วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL.11 NO.3 July - September 2026

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสกลนคร 1
มานิตย์ ไชยพะยวน

การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล จังหวัดสกลนคร 13
มานิตย์ ไชยพะยวน

การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปที่จำหน่ายในประเทศไทย 22
ไพจิตรา ดาบพิมพ์ศรี ,ภาวิต หน่อไชย ,พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือก ในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน 29
วัจนา เนคมานุรักษ์ ,พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์

ผลของการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา 36
เพ็ญแข สุนันต๊ะ

ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย 47
อิสระ พุฒิพุฒชาติ ,ภาวิต หน่อไชย ,สิรภัทรา ทองสว่าง

อุบัติการณ์การเกิด neutropenia ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิ 55
ปัทมา ใจน่าน ,กมลา สดับพจน์ ,อนุกูล วงศาสนธิ์

การศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ 63
ญาณีนาฏ รอดโพธิ์ทอง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร 70
มานิตย์ ประดับการ

การสำรวจปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย 83
สุจิตรา เหล็กศรี ,พัฒนา เต็งอำนวย

การศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย 91
พิมพ์พิศา ธนากรกลโกฐ์ ,นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแลคติก ที่เกี่ยวข้องกับยาเมทฟอร์มินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเภสัชกรรมทางไกล 102
กมลวรรณ ปัญญามงคล ,สุขุมาภรณ์ ปุณณะบุตร ,ตรีรัตน์ วิชญชีวินทร์ ,เนตรณภัทร แสนองอาจ,กรรณิกา ดรอินทร์ ,เจทสริยา ดวงราช

การพัฒนามาตรฐานการใช้ยาของหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์ 112
ปิยพร ผลประดับเพ็ชร์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 121
สิริพิมล ชาญตะคุ

การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียนตอนต้นที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง :รายงานผู้ป่วยเฉพาะราย 132
สลิลรัตน์ วัฒนวงษ์สิงห์

การพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา 2 ราย 145
ภารดี อุบลพันธุ์

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด 157
นันทกานต์ นักผูก ,ดารานาถ ทองม้วน ,เพลินตา กุลทรัพย์ธนา

การวัดปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ที่จำหน่ายในประเทศไทย 168
นิรมล ใบปกทอง ,ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์

ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์: การศึกษาแบบย้อนหลัง 174
ศิริวุฒิ ศิริเดชอุดม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ: กรณีศึกษา 2 ราย 181
ปวีณ์ริศา อินทรพิมพ์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลลัพธ์ของการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก 191
วรัญญากานต์ สุขนาบัว

ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ 199
ญาสิณี ทองมี ,ปัณณทัต จันพานิช ,โสพิน พิมเทพา ,จุฑามาศ แก้วจันดี

การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตโดยตรงในผู้ป่วยที่มีจุดเกาะต่ำของเนื้อเยื่อยึดริมฝีปาก: รายงานผู้ป่วย 213
อนงค์นาฏ หุ่นงาม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 224
กุศลิน กัณหา ,อักษรา นินนานนท์

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้องของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 236
กฤษตินา สุรชัยดังถวิล

การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำปาง 244
อุสยา เกษมจันทรกุล ,ชญาภา แสนหลวง ,ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 251
สิทธิวัฒน อินทรขาว

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น 260
สงกรานต์ กลั่นด้วง ,เพ็ญพักตร์ เทพนรินทร์ ,พฤกษชาติ ชูชื่น

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 272
สุทัศน์ สีทน

ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี 283
ณัฐกานต์ ควรหาเวช

ประสิทธิผลของรูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายอำเภอสามเงา จังหวัดตาก 292
นลพรรณ สาลีวัฒนผล

การพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กแบบครบวงจรในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 301
ภาคิน ธนการเวคิน ,สุธาสินี เหล่าวิศาลสุวรรณ ,กาญจนา จันทะนุย

ปัจจัยทางครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัยจังหวัดสุพรรณบุรี 315
อัมพร สัจจวีรวรรณ ,มัณฑนาวดี เมธาพัฒนะ

พัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 325
สกาวรัตน์ ศรีชุ่มจิตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ ,กุลวดี อภิชาติบุตร

การพัฒนารูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร 334
วลัยพรรณ เคะนะอ่อน

อิทธิพลของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 346
กิ่งแก้ว พรอภิรักษสกุล ณัฐสพันธ์ เผ่าพันธ์

การเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด : รูปแบบการประเมินและผลลัพธ์ของโครงการ TO BE NUMBER ONE ในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด 353
วิทยา โคตรท่าน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “เบาหวานจัดการได้” (DM Managed Care) ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี 365
ชนะ หอมจันทร์ ,วัชรากรณ์ ยุตะวัน ,ยุภาพร สืบสุนทร

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัด ขอนแก่น 375
สุภัทรา อามาตย์

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร 385
ตระกูลไทย ฉายแม้น

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา 399
สมรทิพย์ วิภาวนิช

ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดจันทบุรี 408
สิริลักษณ์ บัวเย็น ,พงศ์ธนัช ขาวกระโทก ,ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ 418
รัดเกล้า วงษ์กาวิน ,เจษฎาภรณ์ อิกำเหนิด

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม 427
ยศสรัล พิมพา

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท 441
ไพโรจน์ พุดลา

ผลของการพัฒนาสื่อเว็บแอพพลิเคชั่น เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานสำหรับนิสิตพยาบาลต่อความมั่นใจ และทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐานในห้องปฏิบัติการพยาบาล 449
อรพิญ บัวงาม ,พรเทพ โรจนวสุ ,วิชานีย์ ใฉมาลัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความเชื่อมั่นกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติในกรุงเทพมหานคร 457
กมลทิพย์ ดวงจันทร์

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ 468
ทิวาวรรณ สกุลจันทร์ ,อารีย์ บุตรสอน ,นพดล พิมพ์จันทร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 483
จันจิรา ชวดศรี ,ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร ,กัลย์สุดา จูเจ้ย ,ชาคริญา นิลสกุล ,ณัฐนันท์ ชูสีอ่อน ,สิรภัทร บุญสนอง

ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง: ความจำเป็นหรือตั้งใจ..... 493
วรุณศิริ ปราณีธรรม ,ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์

การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยา Tranexamic acid ทางหลอดเลือดดำเพื่อลดการสูญเสียโลหิตและให้เลือดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร 500
สิทธิโชค พรหมเกาะ

การสัมผัสแนฟทาลีนจากการประกอบอาชีพและการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางในเขตเมือง 510
ศศิธร ศรีมีชัย

ผลลัพธ์ของโครงการป้องกันผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก (Phanat FLS) โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี 520
พีรพัฒน์ วัฒนานนท์

การพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดระยะเวลาการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน 525
สัตกช โพธิ์คำ

การพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 536
ขวัญทิชา อินชาวนา เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์

ผลของรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชั่นต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ 546
มลิจันทร์ เกียรติสังวร ,จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์ ,สาวิตรี แจ่มถาวร

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

แบบจำลองสมการโครงสร้างของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 558
นฤนาท ยืนยง ,วนัสรา เชาวน์นิยม ,จรรยา เสียงเสนาะ

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บเพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานในบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ 568
อัจฉรา ม่วงศรี

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี 575
เกษรา เวทยานนท์

สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 587
ณิชทินันทน์ อยู่สายบัว ,อรอนงค์ วิชัยคำ ,กุลวดี อภิชาติบุตร

การเปรียบเทียบองค์ประกอบ แนวคิดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย และหลักฐานทางเภสัชวิทยาของยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ 595
ระพีพร ชนะภักดิ์ ,พิทักษ์ ศรีสน ,อัชฌา สมนึก

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แบบบูรณาการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 603
สิโรนี ฟองแก้ว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังในบุคลากรของสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ “องค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล” โปรแกรมมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน 610
เพ็ญพรรณ นุชนารถ ,ภาสินี วันฟู ,วรรณา จงจิตรไพศาล

การศึกษาระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดสุพรรณบุรี และการทบทวนมาตรการเกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 618
เทิดศักดิ์ จารุจารีต

ผลของโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 628
สุจริต ศรียางค์

การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดูแลและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุราโดยชุมชนด้วยกลไก “ธรรมนำทาง” กรณีศึกษาศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี 637
อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากูล ,อนุธิดา ขันทะมูล ,สุวิทย์ชัย ทองกูล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อควบคุมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน 648
นรีนุช จันทร์ฉวี ,ชวินทร์ สุวรรณฉัตรชัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อระดับความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ 657
รุ้งตะวัน จันคณา

ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด และค่าใช้จ่ายด้านยา ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม 665
จุฑามาส ใจพรหม ,เดชา มีสุข

มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส 678
สุพัตรา อันทรินทร์ และสุภาพร ประนัดทา

การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม 688
ลภัสรดา คำมุงคุณ

คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่..... 700
วรินธร พยาเทพ กุลวดี อภิชาติบุตร อรอนงค์ วิชัยคำ

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคภูมิแพ้จมูกในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด-19 712
ณัฐชรินธร ทวีพลอังศุชวาล

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ 721
วิไลวรรณ แสงธรรม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี โดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี 730
ธรณ์พัฒน์ กลับภิรมย์

การเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนกับการดูแลแบบทั่วไป อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย 743
ชัยพร อมรมุณีพงศ์ ,ยุทธนา แยบคาย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู 756
ณฐกร จันทรเสนา ,สุณัฐชณา แสนมานิตย์ และอิทธิพล พลบูรณ์

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 768
สีนวล สารขันธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลต่อการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรม หลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย 780
จุฬาลักษณ์ พรพัฒนารักษ์ ,เบ็ญจวรรณ ทอดเสียง

การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร 795
พัชนี วังคะฮาต

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 807
รัตนา แก้วคุณนอก

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่อดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร 818
วราภรณ์ ยืนยั่ง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมองและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 828
จุฬามณี สมใจ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 837
ประยงค์ เหลาพรหม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี 843
ไชยยันต์ อินทรศักดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว 857
สมเจตน์ เณรรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 869
ศศิธร สุนรกุมภ์ ,สุพัตรา วัฒนเสน ,เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการทำงานของระบบประสาทในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตรัง: การศึกษา 879
สุนทร กิตติเชษฐ์

อัตราการลดลงของค่า eGFR และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคของไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ G2-G3a: การศึกษาแบบRetrospective Cohort ณ โรงพยาบาลพะเยา 887
ปกฉัตร ผ่องสวัสดิ์กุล ,ไกรรัตน์ คำดี

การประเมินแนวโน้มระดับน้ำตาลในเลือดในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน 898
ปรานทิพย์ ศรีสัตยกุล

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทำหัตถการทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลดอนมดแดง 906
สิทธิศักดิ์ หลักทอง

การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์เพื่อยกระดับระบบตระหนักรู้สถานการณ์ด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 916
วรางคณา จันทรสุข ,ภันทิลา ทวีวิกยการ ,เจษฎา ธนกิจเจริญกุล ,ณัฐพล หอมหวล ,ธนัชชา ไทยธนสาร

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว 925
อรพิน พิมพาสูง

ผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก 934
นันธญา พันอินากูล

การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง 946
วารี เดชวงศ์ญา ,ชญาภา แสนหลวง ,อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์

การสลายตัวของวัสดุอินทรีย์ต่างชนิดกันต่อปริมาณการกระจายตัวของขนาดเม็ดดิน และการกักเก็บคาร์บอนในดินเค็มเนื้อทราย 958
ศกุนตลา สุภาสัย ,วิทยา ตรีโลเกศ ,อรรณพ พุทธโส ,นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก 967
นพภัสสร วิเศษ ,นิศารัตน์ วสยางกูร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช 976
ณิชา เขียวฤทธิ์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus ของกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 988
สุจริต ศรียางค์

การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 1002
คมสัน รัตนสีหภูมิ ,สุทธิศักดิ์ นรดี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลรักษาระยะกลาง ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ 1015
ระเบียบ โตแก้ว ,วิมลนันท์ พุฒิวณิชพงศ์ ,กงจักร สอนลา ,ณัฐกฤตา ทุมวงศ์ ,นิพิฐพนธ์ สุปัญบุตร

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม 1029
สุภัทร กตัญญุทิตา ,ธารารัตน์ สัญญะโม ,ภคภัทร บุญยโกวิทย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน 1039
ธมภร มหัสพัน ,จิรพันธ์ อินทรศักดิ์ ,กัลยากร แสงคำ ,อำพร ยศอาลัย ,สุรีภรณ์ แสงรัตน์

บทบาทของเภสัชกรโรคหัวใจแนวใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevation, NST elevation โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี 1051
วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ร่วมกับภาวะคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 1057
สุพรรณี ชัยประเสริฐ

ผลลัพธ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง หลังการใช้แนวทางในการดูแลรักษา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ 1068
ธีรวัฒน์ วงเนตร

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ 1077
สุทัศน์ สิมพราช

ผลของแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย 1089
บัวพลอย พรหมแจ้ง ,เจียรนันต์ จันทร์แก้ว

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ 1099
สุชลี แสนธรรมจักร ,สมใจ ศิระกมล ,ชญาภา แสนหลวง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบและติดเชื้อในช่องคอส่วนลึกร่วมกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา 1111
มานิดา ตันติเดชามงคล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง: กรณีศึกษา 1126
ณิชาภา แสงวิภาค

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยา ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี 1141
บงกช เพียรไทย ,ธงชัย ทองปู่

การศึกษาเชิงสำรวจหาปริมาณโลหะหนักชนิด ตะกั่ว, แคดเมียม, นิกเกิล ที่ปนเปื้อนในครีมกันแดดผิวกายแบรนด์ไทย 1156
ณัฏฐนันท์ กาญจนพัฒนา ,ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์

การศึกษาแนวทางการพัฒนาเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด 1165
กรรณิกา นันตา ,ปริพัช เงินงาม ,ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์ ,หทัยกาญจน์ เยาวบุตร ,ธัญลักษณ์ ปู่คำสุข

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช 1173
ผดุงขวัญ แก้วจำรัส ,เกสราวรรณ ประดับพจน์ ,อรพรรณ คงศรีชาย

การดูแลสุขภาพครอบครัวตลอดช่วงชีวิตในครอบครัวพหุวัย: บริบทการดูแลผู้สูงอายุและสมรรถนะผู้ดูแลในชุมชน 1184
อุมาสวรรค์ คลาร์ก ,ชื่นชม ยุสเซน

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 1192
นิตยา แสงประจักษ์ ,ภัทราวดี โสภัย ,เกวลิน วงศ์จรัส ,กัลยา ลาไป ,ประดิษฐ์ แก้วพาปราบ ,ชนิสรา ทีทา
ณัฐเดช เทศารินทร์ ,วรกร วิชัยโย ,ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี

การศึกษาตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานของวัดมหาชัยภาคอีสานในผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้ 1201
บัววรุณ ศรีชัยกุล ,รังสฤษฎ์ สุนันท์ ,นฤนารถ ยืนยง ,เรืองสิทธิ์ วิทยาภัค ,ทวีศักดิ์ เทรุยะ ,พุฒิพงศ์ มากมาย
ดวงฤทัย เขมะไชเวช ,วสวัตต์ ฉายวัง

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น 1208
วีรยา ชัวจิตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 1219
กฤตภาส เนียมจีน ,ฝนทิพย์ เปรื้องไชโย ,พัชรา แผงศร ,พรณภา พิชัยเชิด ,กันทิมา ศิริสันติเมธาคม
ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี ,วรกร วิชัยโย ,นิตยา แสงประจักษ์

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ : กรณีศึกษา 2 ราย 1230
โสภา พาดี

การใช้ซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำเพื่อเป็นเป้าหมายในการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1240
ณพิชญา วิริยะ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง: กรณีศึกษา 2 ราย 1250
จรรยา เคหฐาน

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล 1265
วรายุส วรรณวิไล ,สันติพงษ์ ทองหอม

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง 1278
จักรี สาริกานนท์

การศึกษาลักษณะทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับสารเสพติดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1291
ศิวพันธ์ เพชรอุดม ,ณรงค์ กุลนิเทศ ,ณิช วงศ์ส่องจ้า

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 1299
ภูวนาท บุญมา

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา 1311
พิมพ์ชนก บัวแก้ว

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมหาสารคาม 1324
ศิริพร ราชรามแก้ว ,อดิศักดิ์ ถมอุดทา ,ประถมพร มาตย์วิเศษ ,ธิดาภรณ์ ใสโศก

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 1332
ภัสราภรณ์ จวบบุญ ,ณัชชวกร เกตุสิริ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูญเสียฟันในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร 1342
เทพฤทธิ์ ไตรฟื้น

ผลของไกลโคซามิโนไกลแคน (GAGs) จากเห็ดแชมปิญองขาว (Agaricus bisporus) ในการลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาล (FBS) และไขมันในกระแสโลหิต ในกลุ่มผู้ที่มีอาการเมตาบอลิก: การทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม 1351
ประภัสสร จรูญพงศ์ ,ภาวิต หน่อไชย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน 1361
ประดับ เพ็ชรจรูญ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1370
สุทธินนท์ เสนารินทร์ ,อุบล เชื้อนิตย์ ,วาสนา รวยสูงเนิน

การพัฒนาแอพพลิชั่นเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด 1381
รักษ์สุดา ชูศรีทอง ,ขวัญจิรา อินกว่าง

การพัฒนารูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการเพื่อการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 1393
สิทธิศักดิ์ หลักทอง

การศึกษากิจกรรมการเรียนรู้ VRU Got Talent ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนของนักศึกษาในรายวิชา VGE116 1402
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ ,ธีรพงษ์ น้อยบุญญะ

ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 1408
ชญาพัฒน์ ปุ่นนิน ,วรรณชนก จันทชุม

การวิจัยและพัฒนากลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดสงขลา 1420
สุเมธ อุ่นเสียม

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายต่อความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช 1431
พรพิมล พรมนัส ,ธนะรัชต์ งอบโพธิ์ ,จิตราภรณ์ จิตรมาศ ,,ณภัคอร ช่วงสกุล ,ขจรอรรถพณ พงศ์วิริทธิ์ธร

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 1442
ผกามาศ มณีอินทร์ ,วัชรี มีศิลป์ ,รัชนีพร จันทร์มณี ,สุดารัตน์ ,อรัญญา ,ศศิภรณ์ วิงวอน

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเฉพาะทางเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น 1454
วีระยุทธ หุมอาจ ,เตชสิทธิ์ สิทธิกานต์ ,ธนากร สำเภาทอง

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1460
ลภณพร วงษ์อินตา ,กัลยาณี ประทุมทอง ,วิยดา ดุลยเกียรติ ,ประครอง ประกิระนะ ,กาญจนา จันทะนุย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model)
เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี 1474
อุสนีย์ แวลี

การพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด โดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด
อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น 1485
นุชนาฏ หินวิเศษ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนการผลิตต่อชิ้นของขนมปังปลาและขนมปังไส้หมูหยองเพื่อการกำหนดราคาขาย: แนวทาง
เสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจของชุมชนท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี 1497
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ

ความรู้ความเข้าใจด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่ายและพฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือนของครัวเรือนผู้ผลิตขนมปังปลา: กรณีศึกษา
ชุมชนท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี 1506
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ

การบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล 1514
ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและ
ข้อสะโพกเทียม หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 1524
สุภาภรณ์ พยัคฆชัยวรกุล

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสาหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง
(JAUNDICE-CARE Plus) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 1533
กาญจนา ตีเมืองซ้าย

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้สาหรับหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 1541
ดรุณี เปลี่ยนดิษฐ

การเปรียบเทียบคุณภาพและโครงสร้างการนอนหลับในผู้ที่มีน้าหนักเกินและโรคอ้วน ระหว่างการใช้
แบบประเมิน PSQI, อุปกรณ์สวมใส่ เทียบกับ polysomnography 1550
สิริญญา ปราบริปูตลุง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือใน
การรักษาแบบบูรณาการ ด้วย กงไกรลาศ MODEL จังหวัดสุโขทัย 1562
จันทนา เชื้อผู้ดี

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 1574
ดรุณี พิชิตชัยวัฒนกุล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว
และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1588
กัลยาณี ประทุมทอง ,วิยดา ดุลยเกียรติ ,ลภณพร วงษ์อินตา ,ภิรญา พินิจกลาง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ palliative reality
โดยบูรณาการ กงไกรลาศโมเดล ร่วมกับชุมชนโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 1606
ฐณัชชา ต้นประสงค์

การพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่
และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 1618
สราวุธ พิชิตสุริยา

การพัฒนารูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1634
พัชรมาศ คุณวงศ์ ,กาญจนา จันทะนุย ,อารีร่า สว่างไธสง ,จันจิรา เพ็ชรนาค ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1649
วิยดา ดุลยเกียรติ ,กัลยาณี ประทุมทอง ,ลภณพร วงษ์อินตา ,กาญจนา จันทะนุย

การพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร 1665
ภาวิณี หงษ์เจริญ

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา 1679
ญาดา ไพหารวิจิตรนุช กนกศรี จาดเงิน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 1692
อมรภัค พิศงาม

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทย 1707
วรวุฒิ ชมภูพาน ,สุพันทิพย์ ภูศรีโสม ,กนกอร บุญมี ,เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ,วรางคณา ชมภูพาน

จจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์..... 1718
นิตยา แสงประจักษ์ ,ดวงพร ดิษฐ์เจริญ ,สุวนันท์ จาเริญสรรพ์ ,ฉวีวรรณ วงไว ,พัชราภา หัสวงศ์ ,กันทิมา ศิริสันติเมธาคม
วรกร วิชัยโย ,ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 1728
สุชาดา ดาทุมมา

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด ตำบลโคกยาง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ 1737
สมบูรณ์ นิยามรัตนกุลศิริ

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ 1747
ญาณี สีหบุตร

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมด้วยการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): รูปแบบ A²S³HC Model 1760
ภูริชา พัชรธรภากุล ,ศุลีมาศ ราชประโคน ,มณีรัตณ พันธุ์นิน

การพัฒนาระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยาผ่านแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคในชุมชน 1774
ภูริชา พัชรธรภากุล ,ปวีณ์ธิดา ไชยคำ ,อมรพรรณ มาลัย ,ปภัสสร โยวะกา

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน 1782
กชนิภา ขวาวงษ์ ,ดวงดาว กะพิลา ,ดนัย ศิริบุรี

ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุดรธานี 1793
พวงผกา อินทร์เอี่ยม ,กชนิภา ขวาวงษ์ ,ระพีพรรณ จันทรสา ,ลักขณา พุทธรักษ์

ผลของนวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี 1800
ฐิติรดา กัณหา

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดต่อความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี 1810
วรนุช ไชยวาน อำภา ทาเวียง ชรินทร์พร ชะมะรา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู 1818
นิโลบล ช่วยแสง

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย : กรณีศึกษาอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 1831
จรูญ ดวงพร

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์	1843
วาสนา บุณยมณี ,หทัยรัตน์ กระต่ายน้อย ,ดวงดาว เทพทองคำ	
การประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล JEE/IHR 2005 เขตสุขภาพที่ 6	1852
สิริลักษณ์ บัวเย็น ,พงศ์ธณัช ขาวกระโทก ,ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช	
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล โรงพยาบาลอุดรธานี	1862
นิลุบล เทศเรียน ,วิภาวี เสนาลอย	
การประเมินกระบวนการบริหารจัดการ และผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี : การวิจัยเชิงประเมินผล	1877
ชนะ หอมจันทร์ ,รัชนีพร เชื้อสระคู ,ลลิตา บูรณะ	
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู	1889
ณฐกร จันทรเสนา ,เชาวชื่น เชี่ยวการรบ ,ฉันทนา ศรีภูแพน	
การพัฒนาการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย	1901
เนตรณภัทร แสนองอาจ ,กรรณิกา ดรอินทร์ ,นิศารัตน์ ลืออุตติกุลวงศ์ ,มณีวรรณ ดาวาท ,นราภรณ์ ท่อนโพธิ์	
การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี	1909
ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์ ,ปัทมา โกเมนท์จำรัส ,ภาวิศา การัตน์	
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส	1917
รูซือมัน อาแวเง๊าะ	
การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส	1932
รูซือมัน อาแวเง๊าะ	
ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้องต่อทักษะการให้นมทารก การขับถ่าย น้ำหนักตัว และระดับบิลิรูบินของทารกแรกเกิดในมารดาที่มีบุตรคนแรก	1946
มินตรา ภักดีศรี สมสกูล นีละสมิต	
ประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่	1960
ปาราลี ประสงค์ ,กรรณิการ์ ชัยนันท์	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง	1972
เจนจิรา ตั่นเล่ง	
การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง จังหวัดปราจีนบุรี	1983
เพ็ญพรรณ นุชนารถ ,อารยา ประเสริฐชัย ,วรวิช นาคแป้น	
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม	1996
ยศสรัล พิมพา	
การประเมินและพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย ในโรงพยาบาลสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี พ.ศ. 2568	2009
พิทยา หล้าวงค์	
การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส	2022
อรรคเดช อรรคเศรษฐัง	

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 43 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป การใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน การพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย รูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL.11 NO.3 July - September 2026

Part I

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026
Part 1

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสกลนคร 1
มานิตย์ ไชยพะยวน

การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล จังหวัดสกลนคร 13
มานิตย์ ไชยพะยวน

การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปที่จำหน่ายในประเทศไทย 22
ไพจิตรา ดาบพิมพ์ศรี ,ภาวิต หน่อไชย ,พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือก ในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน 29
วัจนา เนคมานุรักษ์ ,พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์

ผลของการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา 36
เพ็ญแข สุนันต๊ะ

ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย 47
อิสระ พุฒิพุฒชาติ ,ภาวิต หน่อไชย ,สิรภัทรา ทองสว่าง

อุบัติการณ์การเกิด neutropenia ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิ 55
ปัทมา ใจน่าน ,กมลา สดับพจน์ ,อนุกูล วงศาสนธิ์

การศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ 63
ญาณีนาฏ รอดโพธิ์ทอง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร 70
มานิตย์ ประดับการ

การสำรวจปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย 83
สุจิตรา เหล็กศรี ,พัฒนา เต็งอำนวย

การศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย 91
พิมพ์พิศา ธนากรกลโกฐ์ ,นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแลคติก
ที่เกี่ยวข้องกับยาเมทฟอร์มินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเภสัชกรรมทางไกล 102
กมลวรรณ ปัญญามงคล ,สุขุมาภรณ์ ปุณณะบุตร ,ตรีรัตน์ วิชญชีวินทร์ ,เนตรณภัทร แสนองอาจ,กรรณิกา ดรอินทร์
,เจทสริยา ดวงราช

การพัฒนามาตรฐานการใช้ยาของหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์ 112
ปิยพร ผลประดับเพ็ชร์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ 121
สิริพิมล ชาญตะคุ

การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียนตอนต้นที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง :รายงานผู้ป่วยเฉพาะราย 132
สลิลรัตน์ วัฒนวงษ์สิงห์

การพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา 2 ราย 145
ภารดี อุบลพันธุ์

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็ง
ต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด 157
นันทกานต์ นักผูก ,ดารานาถ ทองม้วน ,เพลินตา กุลทรัพย์ธนา

การวัดปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ที่จำหน่ายในประเทศไทย 168
นิรมล ใบปกทอง ,ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์

ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
เฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์: การศึกษาแบบย้อนหลัง 174
ศิริวุฒิ ศิริเดชอุดม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ: กรณีศึกษา 2 ราย 181
ปวีณ์ริศา อินทรพิมพ์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026Part 1

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลลัพธ์ของการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก 191
วรัญญากานต์ สุขนาบัว

ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ 199
ญาสิณี ทองมี ,ปัณณทัต จันพานิช ,โสพิน พิมเทพา ,จุฑามาศ แก้วจันดี

การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตโดยตรงในผู้ป่วยที่มีจุดเกาะต่ำของเนื้อเยื่อยึดริมฝีปาก: รายงานผู้ป่วย 213
อนงค์นาฏ หุ่นงาม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา 224
กุศลิน กัณหา ,อักษรา นินนานนท์

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้องของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 236
กฤษตินา สุรชัยดังถวิล

การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำปาง 244
อุสยา เกษมจันทรกุล ,ชญาภา แสนหลวง ,ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 251
สิทธิวัฒน อินทรขาว

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น 260
สงกรานต์ กลั่นด้วง ,เพ็ญพักตร์ เทพนรินทร์ ,พฤกษชาติ ชูชื่น

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 272
สุทัศน์ สีทน

ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี 283
ณัฐกานต์ ควรหาเวช

ประสิทธิผลของรูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายอำเภอสามเงา จังหวัดตาก 292
นลพรรณ สาลีวัฒนผล

การพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กแบบครบวงจรในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 301
ภาคิน ธนการเวคิน ,สุธาสินี เหล่าวิศาลสุวรรณ ,กาญจนา จันทะนุย

ปัจจัยทางครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัยจังหวัดสุพรรณบุรี 315
อัมพร สัจจวีรวรรณ ,มัณฑนาวดี เมธาพัฒนะ

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 43 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป การใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน การพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย รูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสกลนคร

Development of an Operational Model for District Health Boards in Sakon Nakhon Province.

(Received: September 21,2026 ; Revised: September 23,2026 ; Accepted: September 25,2026)

มานิตย์ ไชยพะยวน[1]
Manit Chaipayuan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร 2) พัฒนา ตรวจสอบคุณภาพ และทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบตามองค์ประกอบของทฤษฎีระบบ และระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) คณะกรรมการ พชอ. ในพื้นที่ทดลอง 3 อำเภอ จำนวน 63 คน โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามสภาพการดำเนินงาน แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินคุณภาพรูปแบบ และแบบประเมินระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน และการวิเคราะห์เนื้อหา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนสภาพการดำเนินงานสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบในทุกองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยด้านบริบทและสภาพแวดล้อมเพิ่มจาก 3.44 เป็น 4.43 ด้านปัจจัยนำเข้าเพิ่มจาก 3.42 เป็น 4.33 ด้านกระบวนการดำเนินงานเพิ่มจาก 3.14 เป็น 4.25 ด้านผลผลิตเพิ่มจาก 3.40 เป็น 4.27 ด้านผลลัพธ์เพิ่มจาก 3.20 เป็น 3.92 และด้านข้อมูลย้อนกลับและการปรับปรุงการดำเนินงานเพิ่มจาก 3.23 เป็น 4.04 นอกจากนี้ระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE ของพื้นที่ทดลองทั้ง 3 อำเภอเพิ่มขึ้นจากระดับ 3 เป็นระดับ 4 โดยองค์ประกอบต่าง ๆ หลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับ 4–5

คำสำคัญ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การพัฒนารูปแบบ, ทฤษฎีระบบ, UCCARE, การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This research aimed to study the operational status, problems, and obstacles in the operation of the District-level Quality of Life Development Committee in Sakon Nakhon Province; 2) To develop, verify the quality, and test the operational model of the District-level Quality of Life Development Committee in Sakon Nakhon Province; and 3) To evaluate the effectiveness of the model based on the components of systems theory and the level of development according to the UCCARE process. This research was action research to applying systems theory and the UCCARE development process. The research is divided into three phases: Phase 1: Studying the operational status through document analysis. The research was 63 District Quality of Life Development Committee members. The instruments used included a questionnaire on operational status, focus group discussion guidelines, a model quality assessment form, and a UCCARE process development level assessment form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, correlated t-test, and content analysis. The statistical significance level was set at 0.05.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

Results: The findings indicated that after implementing the model. The experimental group showed statistically significant improvements ($p<.05$) in operational performance scores compared to before the model was implemented across all components. The average scores for context and environment increased from 3.44 to 4.43; inputs from 3.42 to 4.33; processes from 3.14 to 4.25; outputs from 3.40 to 4.27; outcomes from 3.20 to 3.92; and feedback and operational improvement from 3.23 to 4.04. Furthermore, the level of development according to the UCCARE process in the three experimental districts increased from level 3 to level 4, with all components after the model implementation at levels 4–5.

Keywords: District Health Board, model development, systems theory, UCCARE, research and development.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาสิ่งแวดล้อม ตลอดจนข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ ล้วนมีสาเหตุเชื่อมโยงกันหลายมิติ จำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดกลไกการจัดการปัญหาคุณภาพชีวิตที่ใกล้ชิดประชาชน ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 ได้กำหนดให้รัฐดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยกำหนดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ให้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อกำหนดเป้าหมาย แนวทาง และแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละอำเภอ ส่งเสริมการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โดยยึดหลักพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน[1]

ปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกันหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา และครอบครัว การพัฒนารูปแบบจึงต้องมองความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งหมด มิใช่มุ่งแก้ไขเฉพาะกิจกรรมหรือปัญหาเฉพาะส่วน[2, 3,] การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พชอ. จึงมีความจำเป็น เนื่องจาก พชอ. มิใช่กลไกที่ดำเนินงานโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นระบบความร่วมมือที่เชื่อมโยงฝ่ายปกครอง หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดังทฤษฎีระบบของ Ludwig von Bertalanffy กล่าวว่า การดำเนินงานของ พชอ. เป็น “ระบบเปิด” ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายส่วนซึ่งมีความสัมพันธ์และพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยรับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น นโยบาย สภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสถานการณ์สุขภาพของพื้นที่ ความสำเร็จของระบบ จึงมิได้เกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง แต่เกิดจากความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิต ผลลัพธ์ และการนำข้อมูลย้อนกลับมาใช้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง[2] การขับเคลื่อนงานโดยอาศัยองค์ประกอบที่เหมาะสมตามบริบทจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในเชิงพัฒนา[3, 4, 5]

ทฤษฎีระบบเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนางานขององค์กร โดยใช้การวิเคราะห์ที่ครอบคลุมตั้งแต่บริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิต ผลลัพธ์ และข้อมูลย้อนกลับ ทำให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า นโยบาย โครงสร้างคณะกรรมการ ภาวะผู้นำ ความรู้และ

สมรรถนะของกรรมการ ข้อมูล งบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรสนับสนุน จะถูกนำมาใช้ในกระบวนการแก้ไขปัญหา การกำหนดประเด็น การจัดทำแผน การบูรณาการ การมีส่วนร่วม และการติดตามประเมินผล[3] รวมทั้งมีกลไกข้อมูลย้อนกลับเพื่อช่วยให้สามารถนำข้อมูลกลับมาทบทวน ปรับแผน พัฒนาศักยภาพ และจัดสรรทรัพยากรในรอบต่อไปอย่างต่อเนื่อง[4, 5, 6]

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร มีพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุม 18 อำเภอ ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่คณะกรรมการ พชอ. จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2566 พบประเด็นปัญหาทั้งหมด 8 ประเด็น ได้แก่ 1) การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 2) การแก้ไขปัญหายาเสพติด 3) การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม 4) การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5) การแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ 6) การดำเนินการอาหารปลอดภัย 7) การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ และ 8) การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน พบว่าประเด็นที่มีการคัดเลือกเพื่อมาดำเนินการแก้ไขปัญหามากที่สุด คือ การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มีจำนวน 12 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ปัญหายาเสพติด จำนวน 7 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 38.89 และปัญหาการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม จำนวน 7 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 38.89 รองลงมาคือ การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 4 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 22.22 จากการประเมินระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE พบว่ามีระดับการพัฒนาอยู่ในขั้นดำเนินการเป็นระบบหรือครอบคลุม (ระดับ 3) จำนวน 17 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 94.44 มีเพียง 1 อำเภอ คืออำเภอกุสุมาลย์ ที่ระดับการพัฒนาอยู่ในขั้นเรียนรู้และปรับปรุง (ระดับ 4) คิดเป็นร้อยละ 5.56 และเมื่อวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงาน ยังพบปัญหาเชิงระบบหลายประการทั้งในด้านปัจจัยนำเข้า พบว่ามีคณะกรรมการซึ่งมาจากหลายหน่วยงานและหลายวิชาชีพ ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ระเบียบ และแนวทางดำเนินงาน ขาดการวิเคราะห์ปัญหา ขาดบุคลากร งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอ รวมทั้งยังไม่มีระบบพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง นอกจากการประเมินตามองค์ประกอบของ UCCARE พบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายในบางองค์ประกอบ ซึ่งพบว่ายังมีความแตกต่างกันโดยเฉพาะด้านการกำหนดเป้าหมายของแผนงานโครงการ การมีส่วนร่วมของภาคี การแบ่งปันทรัพยากร การติดตามผล และการนำข้อมูลย้อนกลับมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน จากการนิเทศติดตามพบความแตกต่างระหว่างอำเภอในการวิเคราะห์สถานการณ์ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด การจัดทำแผนแบบบูรณาการ การมอบหมายบทบาท ตลอดจนการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน บางพื้นที่ยังคงขับเคลื่อนงานโดยหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก ทำให้การเป็นเจ้าของร่วมและการระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่ายเกิดขึ้นไม่เต็มศักยภาพ ส่วนด้านผลผลิตและผลลัพธ์แม้จะมีการดำเนินกิจกรรมตามประเด็นที่กำหนด แต่การเชื่อมโยงผลการดำเนินงานกับการเปลี่ยนแปลงของปัญหาคุณภาพชีวิตยังไม่ชัดเจน นอกจากนั้นระบบติดตาม ประเมินผล การคืนข้อมูล และถอดบทเรียนเพื่อนำกลับไปปรับปรุงแผนในรอบต่อไปยังดำเนินการไม่สม่ำเสมอ สะท้อนให้เห็นว่ากลไกข้อมูลย้อนกลับของระบบยังไม่สมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญา พละศักดิ์ พบว่า การพัฒนางาน พชอ. ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต้องอาศัยการเชื่อมโยงข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคี การบูรณาการทรัพยากร การคืนข้อมูล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง[4] ขณะที่กชพรรณ หาญชิงชัย พบข้อจำกัด

ด้านงบประมาณและความพร้อมของปัจจัยสนับสนุน [7] ส่วนถนัด ใบยา และยุพิน แตงอ่อน พบว่า ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขึ้นอยู่กับการเชื่อมโยงกลไกระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน การมีส่วนร่วม การเรียนรู้ร่วมกัน และการคืนข้อมูลสะท้อนกลับ[6] นอกจากนี้ การศึกษาการพัฒนารูปแบบในพื้นที่อื่นยังยืนยันว่า ภาวะผู้นำ การกำหนดบทบาทที่ชัดเจน การมีแผนร่วม ระบบข้อมูล การสนับสนุนทรัพยากร และการติดตามประเมินผลเป็นองค์ประกอบสำคัญของประสิทธิผลการดำเนินงาน พชอ.[5]

จากการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร มิได้เกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งโดยลำพัง แต่เป็นความไม่สอดคล้องเชื่อมโยงระหว่างบริบทและสภาพแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิต ผลลัพธ์ และกลไกข้อมูลย้อนกลับ แม้ว่าจังหวัดสกลนครจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. ครบทุกอำเภอและมีการกำหนดประเด็นคุณภาพชีวิตแล้ว แต่ยังพบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ด้านความพร้อมของคณะกรรมการ การใช้ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคี การบูรณาการทรัพยากร การกำกับติดตาม และการนำผลการประเมินกลับมาปรับปรุงการดำเนินงาน ส่งผลให้ระดับการพัฒนาและผลสำเร็จของแต่ละอำเภอแตกต่างกัน แม้มีการศึกษาการดำเนินงาน พชอ. ในหลายพื้นที่ แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสภาพการดำเนินงานหรือการพัฒนาเฉพาะประเด็น ยังขาดรูปแบบที่พัฒนาจากข้อมูลเชิงประจักษ์และบริบทของจังหวัดสกลนครโดยตรง รวมทั้งขาดการศึกษาที่เชื่อมโยงองค์ประกอบของการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และข้อมูลย้อนกลับ ตลอดจนประเมินผลทั้งตามกรอบทฤษฎีระบบและระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารในการกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงสนใจพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร โดยใช้ทฤษฎีระบบเป็นกรอบในการศึกษาและพัฒนารูปแบบ ร่วมกับการประเมินระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีหลักการ องค์ประกอบ กระบวนการ และกลไกสนับสนุนที่ชัดเจน เหมาะสมกับบริบท และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม การบูรณาการทรัพยากร การใช้ข้อมูลการติดตามประเมินผล และการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อพัฒนา ตรวจสอบคุณภาพ และทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร ตามองค์ประกอบของทฤษฎีระบบและระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบและกระบวนการ UCCARE เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพ

การดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคือ คณะกรรมการ พชอ. ระดับอำเภอ จำนวน 126 คน และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 7 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ รวมทั้งการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระยะที่ 3 การประเมินผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการ พชอ. ในพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอวานรนิวาส อำเภอพังโคน และอำเภอเต่างอย จำนวน 63 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 16 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2568 รวมระยะเวลา 14 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คณะกรรมการ พชอ. ในพื้นที่นำร่องได้รับการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิร่วมกับการสุ่มแบบกลุ่มขั้นตอนเดียว 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอวานรนิวาส อำเภอพังโคน และอำเภอเต่างอย อำเภอละ 21 คน รวม 63 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) เป็นคณะกรรมการ พชอ. ในระดับพื้นที่ทดลองจังหวัดสกลนคร (2) ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงาน พชอ. ระดับพื้นที่ จังหวัดสกลนครไม่น้อยกว่า 1 ปี (3) เข้าร่วมกิจกรรมหลักของรูปแบบตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการ พชอ. ในระดับพื้นที่ จังหวัดสกลนครย้ายหน่วยงานขณะทำการศึกษาวิจัย (2) คณะกรรมการ พชอ. ในระดับพื้นที่ จังหวัดสกลนครที่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด (3) ขอถอนตัวจากการวิจัย

นตอนในการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1) ผู้วิจัยจัดส่งหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่และเก็บข้อมูลตามแผนงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2) ผู้วิจัยแนะนำตนเองและให้คำชี้แจงตามเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรแก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้แบบสอบถามและให้อาสาสมัครทำแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที

3) ผู้วิจัยศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่จากเอกสารการดำเนินงาน ได้แก่ 1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ. และคณะทำงานรายประเด็น 2) รายงานการประชุมคณะกรรมการ พชอ. 3) ประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4) แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและแผนปฏิบัติการ 5) โครงการ กิจกรรม และงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน 6) รายงานผลการดำเนินงานตามประเด็น พชอ. 7) ผลการประเมินตามกรอบ UCCARE และ 8) รายงานการติดตาม ประเมินผลและการถอดบทเรียน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนาแบบกลุ่ม ดำเนินการดังต่อไปนี้ดังนี้

1) กำหนดประเด็นการสนทนาและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม

2) ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจนครบทุกประเด็น

3) รวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนา ตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร ตามองค์ประกอบของทฤษฎีระบบและระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เพื่อประเมินคุณภาพของรูปแบบฯ เพื่อประเมินคุณภาพของรูปแบบครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสอดคล้องกับปัญหาและบริบท ความเหมาะสมขององค์ประกอบและกิจกรรม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความเป็นประโยชน์ และความยั่งยืนหรือความสามารถในการขยายผล โดยพบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านและภาพรวมไม่น้อยกว่า 3.51 จากคะแนนเต็ม 5 พร้อมนำข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพมาปรับปรุงรูปแบบก่อนทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 5 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบโดยคณะกรรมการ พชอ. แต่ละอำเภอในพื้นที่นำร่อง 3 อำเภอ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบ

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการประเมินผล โดยการเก็บข้อมูลการประเมิน UCCARE ดำเนินการโดยคณะกรรมการ พชอ. แต่ละอำเภอนำเสนอข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ประเมินระดับจังหวัด 2 คน ประเมินรายองค์ประกอบอย่างเป็นอิสระ บันทึกคะแนนแยกกัน และประชุมหาข้อสรุปร่วมกันเมื่อคะแนนแตกต่างกัน

ขั้นตอนที่ 7 การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (3) แบบสอบถามสภาพการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (4) แบบประเมินระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE และ (5) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม พร้อมแบบบันทึกประกอบการเก็บข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.90

3. แบบประเมินระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE นำไปทดลองใช้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้อยู่ในพื้นที่ศึกษาจริง วิเคราะห์ผลความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) พบว่า ด้านบริบทและสภาพแวดล้อม เท่ากับ .85, ด้านปัจจัย

นำเข้า เท่ากับ .90, ด้านกระบวนการดำเนินงาน เท่ากับ .85, ด้านผลผลิต เท่ากับ .85, ด้านผลลัพธ์ เท่ากับ .90, ด้านข้อมูลย้อนกลับและการปรับปรุงการดำเนินงาน เท่ากับ .85 และค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .87

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สภาพการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้การพรรณนาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสภาพการดำเนินงาน พชอ. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป คำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การสังเคราะห์และยกร่างรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยวิธีการ Systematic Review

4. ข้อมูลระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024–034 รหัสโครงการ 122/2566

ผลการศึกษา

1) สภาพการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

พบว่า มีความพร้อมด้านโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานในระดับอำเภอ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรายประเด็นแต่กำหนดผู้รับผิดชอบเชิงปฏิบัติในบางพื้นที่ยังไม่ชัดเจน มีการดำเนินงานและการติดตามมติที่ประชุมยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการกำหนดปัญหาคุณภาพชีวิตที่สำคัญตามบริบทของพื้นที่ได้ มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อวางกรอบและทิศทางการดำเนินงานในระดับพื้นที่ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติแต่ยังขาดความชัดเจนและไม่สามารถติดตามประเมินผลได้อย่างเป็นระบบ มีการประเมินระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE แต่ขาดการนำผลประเมินไปใช้ปรับปรุงงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ระบบกำกับติดตามและรายงานความก้าวหน้ายังไม่ต่อเนื่อง และขาดกระบวนการเรียนรู้และการนำข้อมูลย้อนกลับไปปรับปรุงการดำเนินงาน นอกจากนั้นจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า นโยบายและบริบทพื้นที่เอื้อต่อการจัดตั้งกลไก พชอ. แต่ประสิทธิผลของการดำเนินงานยังขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำ ความพร้อมของภาคี ระบบข้อมูล และการมีส่วนร่วมของประชาชน มีข้อจำกัดด้านความเข้าใจในบทบาท งบประมาณ ระบบข้อมูล บุคลากร และการบูรณาการทรัพยากรระหว่างหน่วยงาน กระบวนการดำเนินงานยังมีช่องว่างด้านการใช้ข้อมูลการจัดลำดับปัญหา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความครบถ้วนของแผน การเชื่อมโยงแผนกับงบประมาณ และการติดตามมติระหว่างดำเนินงานขาดความครบถ้วน ความต่อเนื่องด้านผลผลิตและขาดระบบจัดเก็บข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้ ส่งผลให้ไม่สามารถยืนยันผลต่อคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจน เนื่องจากขาดตัวชี้วัด ข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ ขาดความต่อเนื่องในระบบ

ติดตามรายประเด็น การรายงาน การคืนข้อมูล การใช้ข้อมูลย้อนกลับ และการถอดบทเรียน จึงไม่สามารถนำผลประเมินไปปรับปรุงงานได้ทันเวลาและครบวงจร สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่เหมาะสมควรเป็นรูปแบบเชิงระบบที่เชื่อมโยงข้อมูล ผู้นำและทีมขับเคลื่อน การวางแผน การมีส่วนร่วม การบูรณาการทรัพยากร การติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียนเข้าด้วยกันอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นสำหรับการพัฒนารูปแบบ พบว่า ควรกำหนดขั้นตอนและมาตรฐานการดำเนินงานร่วมกัน กำหนดบทบาท ระบบข้อมูล แผนและกลไกติดตาม มีการสร้างทีมและระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง มีการพัฒนาคู่มือ ระบบข้อมูล เครือข่ายเรียนรู้ และพัฒนารูปแบบเชิงระบบที่ยืดหยุ่นตามบริบท

2) การพัฒนา ตรวจสอบคุณภาพ และทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและจัดลำดับปัญหา เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตที่สำคัญ และจัดทำข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน 2) กลไกผู้นำและทีมขับเคลื่อน เพื่อกำหนดบทบาท หน้าที่ของแต่ละภาคส่วนในกระบวนการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน 3) การวางแผนแบบมุ่งผลลัพธ์ เพื่อกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการของแต่ละประเด็นปัญหา ใช้ระยะเวลา 1 เดือน 4) การมีส่วนร่วมและบูรณาการทรัพยากร เพื่อจัดทำแผนและดำเนินกิจกรรมตามแผน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน 5) ระบบติดตาม ประเมินผล และข้อมูลย้อนกลับ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน และ 6) การถอดบทเรียนและขยายผล เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เกิดนวัตกรรม และข้อเสนอเพื่อปรับปรุงรูปแบบ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

3) ผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

3.1) ผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสกลนคร โดยภาพรวมในแต่ละด้านพบว่า (1) ด้านบริบทและสภาพแวดล้อม พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 3.44, SD = 0.43 หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 4.43, SD = 0.27 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านบริบทและสภาพแวดล้อมมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 3.42, SD = 0.35 หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 4.33, SD = 0.26 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านปัจจัยนำเข้ามากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (3) ด้านกระบวนการดำเนินงาน พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 3.14, SD = 0.45 หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 4.25, SD = 0.33 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านกระบวนการดำเนินงานมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (4) ด้านผลผลิต พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 3.40, SD = 0.34 หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 4.27, SD = 0.25 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านผลผลิตมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (5) ด้านผลลัพธ์ ก่อนการใช้รูปแบบมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 3.20, SD = 0.34 หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 3.92, SD = 0.19 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านผลลัพธ์มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (6) ด้านข้อมูลย้อนกลับและการปรับปรุงการดำเนินงาน ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ = 3.23, SD = 0.39 หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก $\bar{x}$ = 4..4, SD = 0.18 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านข้อมูลย้อนกลับและการปรับปรุงการดำเนินงานมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสกลนคร (n=63)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ (n=63)			หลังใช้รูปแบบ (n=63)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ด้านบริบทและสภาพแวดล้อม	3.44	0.43	ปานกลาง	4.43	0.27	มาก	-20.32	62	<0.001*
2. ด้านปัจจัยนำเข้า	3.42	0.35	ปานกลาง	4.33	0.26	มาก	-20.47	62	<0.001*
3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน	3.14	0.45	ปานกลาง	4.25	0.33	มาก	-23.76	62	<0.001*
4. ด้านผลผลิต	3.40	0.34	ปานกลาง	4.27	0.25	มาก	-23.11	62	<0.001*
5. ด้านผลลัพธ์	3.20	0.34	ปานกลาง	3.92	0.19	มาก	-17.62	62	<0.001*
6. ด้านข้อมูลย้อนกลับและการปรับปรุงการดำเนินงาน	3.23	0.39	ปานกลาง	4.04	0.18	มาก	-19.35	62	<0.001*

* p<0.05

3.2) ระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE

ระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ มีระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE อยู่ในระดับ 2-3 หลังการใช้รูปแบบมีระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE อยู่ในระดับ 4 โดยมีผลต่างของระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE เท่ากับ +1 ถึง +2 ซึ่งอยู่ในระดับการพัฒนา เมื่อวิเคราะห์รายองค์ประกอบของ UCCARE พบว่า (1) ด้าน Unity Team พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 4 หลังการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 5 โดยมีผลต่าง เท่ากับ +1 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา (2) ด้าน Customer Focus พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 2-3 หลังการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 4-5 โดยมีผลต่าง เท่ากับ +1 ถึง +2 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา (3) ด้าน Community Participation พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 3 หลังการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 4-5 โดยมีผลต่างเท่ากับ +1 ถึง +2 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา (4) ด้าน Appreciation พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับ 3 หลังการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 5 โดยมีผลต่าง เท่ากับ +2 ซึ่งเพิ่มขึ้นชัดเจนมากกว่าก่อนการพัฒนา (5) ด้าน Resource Sharing and Human Development พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับ 2-3 หลังการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 4

โดยมีผลต่าง เท่ากับ +1 ถึง +2 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา พัฒนา และ (6) ด้าน Essential Care พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 2-3 หลังการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับ 4-5 โดยมีผลต่างเท่ากับ +1 ถึง +2 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (3 อำเภอคือ วานรนิวาส พังโคน และเต่างอย)

องค์ประกอบ UCCARE	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	ผลต่าง	การเปลี่ยนแปลง
Unity Team	4	5	+1	เพิ่มขึ้น
Customer Focus	2–3	4–5	+1 ถึง +2	เพิ่มขึ้น
Community Participation	3	4–5	+1 ถึง +2	เพิ่มขึ้น
Appreciation	3	5	+2	เพิ่มขึ้นชัดเจน
Resource Sharing and Human Development	2–3	4	+1 ถึง +2	เพิ่มขึ้น
Essential Care	2–3	4–5	+1 ถึง +2	เพิ่มขึ้น
ระดับภาพรวม	2–3	4	+1 ถึง +2	ระดับการพัฒนาสูงขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1) สภาพการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า มีความพร้อมด้านนโยบาย โครงสร้างคณะกรรมการ และการกำหนดประเด็นปัญหาตามบริบทของพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจในบทบาท ระบบข้อมูล การจัดทำแผนปฏิบัติการ การมีส่วนร่วม การบูรณาการทรัพยากร การติดตามประเมินผล และการถอดบทเรียน ดังการศึกษาของศรีเรือน ดีพูน พบว่าความสำเร็จของกลไก พชอ. ขึ้นอยู่กับบทบาทผู้นำ การมีส่วนร่วม การกำหนดประเด็นร่วม และการเชื่อมทรัพยากร มากกว่าการมีคำสั่งแต่งตั้งเพียงอย่างเดียว[8] สอดคล้องกับอรรถวิทย์ วงศ์มณี และกิตติ เหลาสุภาพ พบว่าปัจจัยการบริหาร ความรู้ บทบาท การสนับสนุนจากองค์กร และการทำงานร่วมกับเครือข่ายมีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการ พชอ.[9] และกานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ พบว่าความชัดเจนของเป้าหมาย ภาวะผู้นำ การแบ่งบทบาท และการติดตามประเมินผลเป็นกลไกขับเคลื่อนที่ดี[10] รวมทั้งกชพรรณ หาญชิงชัย ที่พบข้อจำกัดด้านงบประมาณ เป็นต้น[7]

2) รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและจัดลำดับปัญหา 2) กลไกผู้นำและทีมขับเคลื่อน 3) การวางแผนแบบมุ่งผลลัพธ์ 4) การมีส่วนร่วมและบูรณาการทรัพยากร 5) ระบบติดตาม ประเมินผล และข้อมูลย้อนกลับ และ 6) การถอดบทเรียนและขยายผล รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศิวาภรณ์ เงินราง ที่เสนอให้การพัฒนาสมรรถนะเชื่อมกับการนิเทศติดตาม การถอดบทเรียน และการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง[11] และปัญญา พละศักดิ์ ที่ใช้กระบวนการศึกษาสถานการณ์ สร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาศักยภาพ และติดตามประเมินผล[4] และสอดคล้องกับมานะ ศิริเลี้ยง ที่ใช้การศึกษาบริบท การจัดตั้งกลไกหลายระดับ การพัฒนาศักยภาพ การติดตาม และการประเมิน UCCARE[12]

3) ผลการใช้รูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดสกลนครพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนทุกด้านมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับการพัฒนาตามกระบวนการ UCCARE โดยภาพรวมและทุกองค์ประกอบของ UCCARE พบว่า หลังการใช้รูปแบบมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบทั้ง 6 องค์ประกอบมีลักษณะเป็นวงจรที่ครบวงจรและเสริมหนุนกัน กล่าวคือ เริ่มจากการวิเคราะห์บริบท/จัดลำดับปัญหาที่ตรงจุดตามพื้นที่จริง ต่อด้วยกลไกผู้นำที่เข้มแข็งขับเคลื่อนการวางแผนเชิงผลลัพธ์อย่างมีทิศทาง เปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมและระดมทรัพยากรจากภาคีเครือข่ายเพิ่มความเป็นเจ้าของ มีระบบติดตามประเมินผลที่ให้ข้อมูลย้อนกลับต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงงานทันท่วงที และปิดท้ายด้วยการถอดบทเรียนเพื่อขยายผลอย่างยั่งยืน การที่องค์ประกอบเหล่านี้เชื่อมโยงเป็นระบบ (context-driven, participatory, evidence-based feedback loop) จึงส่งผลให้ พชอ. ในจังหวัดสกลนครสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีทิศทางและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับกระบวนการ UCCARE ที่เน้นความเข้าใจปัญหา ความร่วมมือ และการปรับปรุงต่อเนื่อง จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยทุกด้านและทุกองค์ประกอบของ UCCARE เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวสอดคล้องกับปัญญา พละศักดิ์ และมานะ ศิริเลี้ยง ที่พบว่ากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมและวงจรการติดตามรายเดือน และ UCCARE ทำให้ระดับการพัฒนาสูงขึ้น[4, 12]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดให้แผน พชอ. เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาจังหวัด แผนพัฒนาอำเภอ และแผนพัฒนาท้องถิ่น เพื่อให้สามารถระดมงบประมาณและทรัพยากรได้อย่างเป็นรูปธรรม เน้นทีมสนับสนุนหรือทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด เพื่อให้คำปรึกษาด้านข้อมูล การวางแผน ตัวชี้วัด การติดตาม และการประเมิน UCCARE แก่ทุกอำเภอ

2. ควรพัฒนาด้าน Customer Focus, Resource Sharing and Human Development และ Essential Care ภายใต้ความต้องการของพื้นที่เพื่อออกแบบกิจกรรม รวมทั้งจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรกับทรัพยากรร่วมกัน

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของรูปแบบ เช่น ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน การมีส่วนร่วมของประชาชน ระบบข้อมูล และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ควรศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่าของการดำเนินงานตามรูปแบบ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา, 135(ตอนพิเศษ 54 ง), 1–7.
2. Bertalanffy, L. von. (1968). General system theory: Foundations, development, applications. George Braziller.
3. de Savigny, D., & Adam, T. (Eds.). (2009). Systems thinking for health systems strengthening. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/44204.
4. Bertalanffy, L. von. (1968). General system theory: Foundations, development, applications. George Braziller.
5. de Savigny, D., & Adam, T. (Eds.). (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for

Health Policy and Systems Research, World Health Organization.

6. ปัญญา พละศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 40–53.
7. ไพรจิตร ศิริมงคล. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 26(2), 1–13.
8. ถนัด ใบยา, และยุพิน แตงอ่อน. (2565). การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 18(1), 59–68.
9. กชพรรณ หาญชิงชัย. (2563). การประเมินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดสระแก้ว ปี 2563. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 5(3), 47–55.
10. ศรีเรือน ดีพูน, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2562). ประสิทธิผลของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่องอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน, 7(2), 263–281.
11. อรรถวิทย์ วงศ์มณี, และกิตติ เหลาสุภาพ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(3), 169–183.
12. กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์. (2566). รูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. คลังปัญญามหาวิทยาลัยนเรศวร.
13. ศิวาภรณ์ เงินราง. (2562). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2(2), 108–116.
14. มานะ ศิริเลี้ยง. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอศรีสมเด็จ. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(3), 146–163.

การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล จังหวัดสกลนคร

The Development Model of Effective Administration of Sub-district Health Promotion Hospitals in Sakon Nakhon Province.

(Received: September 21,2026 ; Revised: September 23,2026 ; Accepted: September 25,2026)

มานิตย์ ไชยพะยวน[1]
Manit Chaipayuan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล จังหวัดสกลนคร และ 2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร จำนวน 72 คน และผู้มารับบริการ จำนวน 180 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินระดับการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามองค์ประกอบ SMART PHC MODEL แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และแบบประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น "SMART PHC MODEL" ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กำหนดวิสัยทัศน์และทิศทาง 2) สร้างระบบบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐาน 3) กำกับดูแลตามหลักธรรมาภิบาล 4) บูรณาการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5) สนับสนุนการบริหารด้วยข้อมูลและเทคโนโลยี 6) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 7) พัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 8) พัฒนาคุณภาพองค์กรและบริการอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.54, S.D. = 0.56) ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ ระดับการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและความพึงพอใจของผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่วิจัยผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิทุกแห่ง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ SMART PHC MODEL การบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ABSTRACT

This action research aimed to: 1) develop an effective administration model for Subdistrict Health Promotion Hospitals (SHPHs) in Sakon Nakhon Province, and 2) evaluate the effectiveness of the developed model. The samples consisted of 72 healthcare personnel working in SHPHs under the Sakon Nakhon Provincial Administrative Organization and 180 service recipients. Data were collected using an assessment form of the SHPH administration level based on the SMART PHC MODEL components, a service recipient satisfaction questionnaire, and an assessment form of primary care unit quality based on the quality standards for primary healthcare services. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results revealed that the developed model, the "SMART PHC MODEL", comprised eight components: 1) defining vision and direction; 2) establishing a standardized management system; 3) supervising in accordance with good governance principles; 4) integrating resources efficiently; 5) supporting administration with data and technology; 6) promoting participation of all sectors; 7) developing personnel capacity; and 8) continuously improving organizational and service quality. The overall appropriateness of the model was rated at a high level (Mean = 4.54, S.D. = 0.56). Following the implementation of the developed model, the management of Subdistrict Health Promotion Hospitals and service recipients' satisfaction significantly improved ($p < .001$). In addition, the post-development assessment indicated that all primary care units met the required quality standards.

Keywords: Model Development, SMART PHC MODEL, Sub-district Health Promotion Hospital Management, Primary Health Care System

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปฏิญญาอัลมา-อะตา (Alma-Ata Declaration) ค.ศ. 1978 ที่กำหนดให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน[1] และปฏิญญาอัสตานา (Astana Declaration) ค.ศ. 2018 ที่ยืนยันบทบาทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[2] องค์การอนามัยโลกได้เสนอกรอบองค์ประกอบพื้นฐานของระบบสุขภาพ (Health System Building Blocks) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การจัดบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศสุขภาพการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยเน้นว่าความสำเร็จของระบบสุขภาพเกิดจากการบริหารจัดการที่บูรณาการองค์ประกอบทั้งหมดให้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ[3] พร้อมทั้งส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านสู่สุขภาพดิจิทัลและการบริหารจัดการโดยใช้ข้อมูล (Data-driven Management)[4]

ประเทศไทยประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพต่อเนื่องและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง[5] ภายใต้พระราชบัญญัติดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญ ขณะเดียวกันการดำเนินนโยบายการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพไทย[6] ซึ่งก่อให้เกิดความท้าทายหลายด้าน ทั้งการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของหน่วยงาน การบูรณาการงบประมาณและทรัพยากร การบริหารกำลังคน การพัฒนาศักยภาพผู้บริหาร และการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศระหว่างหน่วยงาน[7] ผู้บริหาร รพ.สต. จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ การจัดการทรัพยากร การใช้ข้อมูลสารสนเทศ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดสกลนครมี รพ.สต. กระจายอยู่ทั้งในเขตเมือง เขตชนบท และพื้นที่ห่างไกล จำนวน 168 แห่ง ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้ว 149 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.69[8] จากการกำกับติดตามการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบจุดอ่อนหลายประการ เช่น การบริหารทรัพยากรไม่เพียงพอ บุคลากรมีภาระงานสูง การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพไม่สมบูรณ์ การบริหารแบบแยกส่วน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังไม่ต่อเนื่อง และคุณภาพบริการแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ แม้จะมีการพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการพัฒนารายด้าน เช่น การพัฒนาระบบข้อมูล การพัฒนาศักยภาพบุคลากร หรือการพัฒนาคุณภาพบริการเฉพาะด้าน ยังขาดรูปแบบการบริหารที่มีความเป็นองค์รวมและยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล "SMART PHC MODEL" โดยสังเคราะห์จากแนวคิด WHO Health System Building Blocks ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการบริหารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบว่าการประเมินและพัฒนาระบบสุขภาพตามองค์ประกอบพื้นฐานของระบบสุขภาพช่วยยกระดับสมรรถนะของหน่วยบริการ[9] และการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพสูงจำเป็นต้องพัฒนาทั้งระบบมากกว่าการพัฒนาองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง[10] เพื่อให้ได้แนวทางการบริหาร รพ.สต. ที่เหมาะสมกับบริบทภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ และเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพปัญหา การพัฒนารูปแบบ การนำไปใช้ และการประเมินผล องค์ประกอบพื้นฐานของระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Building Blocks) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) และการบริหารแบบมีส่วนร่วม (Participatory Management) ระหว่าง เดือนมกราคม 2567 ถึง เดือนมิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร โดยคัดเลือก รพ.สต. แบบเฉพาะเจาะจง อำเภอละ 1 แห่ง ครอบคลุมทั้ง 18 อำเภอ ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็น รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร และ 2) ผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งนั้นดำรงตำแหน่งประธานเครือข่าย รพ.สต. ระดับอำเภอ จากนั้นคัดเลือกบุคลากรแห่งละ 4 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานประจำใน รพ.สต. แห่งนั้นมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการบริหารหรือการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการ ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 72 คน สำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มารับบริการใน รพ.สต. พื้นที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่มอิสระ ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการก่อนการใช้รูปแบบ จำนวน 180 คน และกลุ่มผู้รับบริการหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 180 คน ซึ่งเป็นผู้รับบริการคนละลุ่มกัน คัดเลือกแบบสะดวก (Convenience Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินระดับการบริหาร รพ.สต. "SMART PHC Scale" ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์แนวคิดการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 8 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ รวม 48 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ แปลผลตามแนวคิดของ Best[11] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก (3.68–5.00) ปานกลาง (2.34–3.67) และต่ำ (1.00–2.33)

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจาก รพ.สต. ปรับปรุงจากแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้บริการในชุมชนของสำนักการพยาบาล จำนวน 4 ด้าน 18 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ

3. แบบประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง) จำนวน 8 ส่วน คะแนนเต็ม 335 คะแนน โดยหน่วยบริการต้องได้คะแนนร้อยละ 100 ทุกข้อในส่วนที่ 1–4 และได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปในส่วนที่ 5–8 จึงจะผ่านเกณฑ์ ประเมินโดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.)[12]

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินระดับการบริหาร รพ.สต. เท่ากับ .82 และแบบประเมินความพึงพอใจเท่ากับ .84

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา (มกราคม–เมษายน 2567) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครและระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบท และสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีเป็นกรอบในการออกแบบรูปแบบ

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ (พฤษภาคม–ธันวาคม 2567) นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ออกแบบเป็น SMART PHC MODEL 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) S : Strategic Leadership กำหนดวิสัยทัศน์และทิศทาง 2) M : Management System สร้างระบบบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐาน 3) A : Accountability & Good Governance กำกับดูแลตามหลักธรรมาภิบาล 4) R : Resource Integration บูรณาการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 5) T : Technology & Digital Health สนับสนุนการบริหารด้วยข้อมูลและเทคโนโลยี 6) P : Participatory Management ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 7) H : Human Resource Development พัฒนาศักยภาพบุคลากร และ 8) C : Continuous Quality Improvement พัฒนาคุณภาพองค์กรและบริการอย่างต่อเนื่อง จากนั้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสม ทดลองนำร่องกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คนในพื้นที่อำเภอเมืองสกลนคร และปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ (มกราคม–มิถุนายน 2568) นำ SMART PHC MODEL ไปใช้ในพื้นที่ศึกษา 18 แห่ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยดำเนินกิจกรรม Online Coaching และ Dashboard Monitoring ทุกสัปดาห์ ประชุม SMART Team นิเทศติดตาม และ CQI Meeting ทุกเดือน และ Coaching หน้างานทุก 2 เดือน

ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยประเมินระดับการบริหาร รพ.สต. ของบุคลากรกลุ่มเดิมก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (One-group Pretest–Posttest Design) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการจากกลุ่มตัวอย่างอิสระก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิภายหลังการใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบระดับการบริหาร รพ.สต. ของบุคลากรกลุ่มเดิมก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ใช้สถิติ Paired-samples t-test และการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างอิสระจากกัน ใช้สถิติ Independent-samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เลขที่ SKN REC 2024-024 วันที่ 16 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 15 มกราคม 2568 ต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 16 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 15 มกราคม 2569

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล จังหวัดสกลนคร "SMART PHC MODEL" ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ S : Strategic Leadership M : Management System A : Accountability & Good Governance R : Resource Integration T : Technology & Digital Health P : Participatory Management H : Human Resource Development และ C : Continuous Quality Improvement ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน พบว่าโดยรวมมีความ

เหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.54, S.D. = 0.56) ทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ P – Participation (Mean = 4.67, S.D. = 0.47) รองลงมาได้แก่ S – Strategic Leadership (Mean = 4.63, S.D. = 0.49) และ A – Accountability & Good Governance (Mean = 4.61, S.D. = 0.50) ตามลำดับ

2. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ตอบแบบประเมิน 72 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.56 อายุเฉลี่ย 43.64 ปี (S.D. = 8.84) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.17 ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 37.50 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36.11 และผู้อำนวยการ รพ.สต. ร้อยละ 25.00 มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 17.47 ปี (S.D. = 6.53) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ขนาดกลาง ร้อยละ 76.39 **2.1 ระดับการบริหาร รพ.สต.** ก่อนการพัฒนารูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.01, S.D. = 0.25) ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.60 (S.D. = 0.17) สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.13, p < .001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6 ด้าน โดยด้านที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านระบบการบริหารจัดการ (M) เพิ่มขึ้น 1.11 คะแนน รองลงมาคือ ด้านภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (S) เพิ่มขึ้น 0.99 คะแนน และด้านการบูรณาการทรัพยากร (R) เพิ่มขึ้น 0.76 คะแนน ส่วนด้านความรับผิดชอบและธรรมาภิบาล (A) และด้านเทคโนโลยีและสุขภาพดิจิทัล (T) ก่อนและหลังการพัฒนาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล ตามองค์ประกอบ SMART PHC MODEL ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n = 72)

องค์ประกอบ	ก่อนพัฒนา $\bar{x}$ (S.D.)	หลังพัฒนา $\bar{x}$ (S.D.)	t	p-value
S ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์	3.13 (0.26)	4.12 (0.25)	23.75*	< .001
M ระบบการบริหารจัดการ	3.02 (0.35)	4.13 (0.26)	20.03*	< .001
A ความรับผิดชอบและธรรมาภิบาล	3.09 (0.33)	3.15 (0.34)	1.56	.123
R การบูรณาการทรัพยากร	2.97 (0.33)	3.73 (0.27)	14.97*	< .001
T เทคโนโลยีและสุขภาพดิจิทัล	3.01 (0.36)	3.08 (0.35)	1.72	.090
P การมีส่วนร่วม	3.02 (0.35)	3.62 (0.28)	11.11*	< .001
H การพัฒนาทรัพยากรบุคคล	2.87 (0.36)	3.45 (0.39)	8.64*	< .001
C การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	2.94 (0.45)	3.48 (0.37)	8.69*	< .001
รวม	**3.01 (0.25)**	**3.60 (0.17)**	**16.13***	**< .001**

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired-samples t-test, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มละ 180 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างอิสระจากกัน มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 40–59 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ความพึงพอใจในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.52 เป็น 3.88 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 12.26, p < .001) โดยด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น 0.80 คะแนน และด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการเพิ่มขึ้น 0.67 คะแนน อยู่ในระดับมากที่สุดทั้งสองด้าน ส่วนด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพการให้บริการ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n = กลุ่มละ 180)

ความพึงพอใจ	ก่อนพัฒนา $\bar{x}$ (S.D.)	หลังพัฒนา $\bar{x}$ (S.D.)	t	p-value
ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการ	3.68 (0.42)	4.35 (0.29)	17.73*	< .001
ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	3.57 (0.43)	4.37 (0.31)	20.35*	< .001
ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก	3.42 (0.39)	3.40 (0.31)	0.54	.591
ด้านคุณภาพการให้บริการ	3.41 (0.37)	3.40 (0.34)	0.27	.790
รวม	**3.52 (0.32)**	**3.88 (0.23)**	**12.26***	**< .001**

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-samples t-test, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายหลังการพัฒนารูปแบบ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่วิจัยทั้ง 18 อำเภอ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิทุกแห่ง โดยมีคะแนนผลการประเมิน อยู่ในช่วงระหว่าง 308 คะแนน ถึง 329 คะแนน (คะแนนเต็ม 335 คะแนน)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล จังหวัดสกลนคร "SMART PHC MODEL" 8 องค์ประกอบ ที่ประยุกต์จากองค์ประกอบพื้นฐานของระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา การสนทนากลุ่มกับผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทดลองนำร่องและการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้รูปแบบที่ตอบสนองต่อปัญหาและบริบทจริงของพื้นที่ สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม[1,2] และสอดคล้องกับภานุพันธ์ ไพฑูรย์[13] ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จของการขับเคลื่อน รพ.สต.ติดดาว ได้แก่ กลยุทธ์องค์กรที่มีเป้าหมายและแผนงานชัดเจน โครงสร้างองค์กรที่แบ่งหน้าที่รับผิดชอบเหมาะสม ระบบการทำงานที่มีแผนปฏิบัติการ การจัดการทรัพยากร และบุคลากรที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ สำหรับองค์ประกอบการมีส่วนร่วม ที่มีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมสูงสุด สะท้อนว่าการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมักเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ Sitienei และคณะ[14] ที่พบว่าโครงสร้างรองรับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการอภิบาลแบบร่วมมือส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้นโยบายกระจายอำนาจ

ภายหลังการนำ SMART PHC MODEL ไปใช้ระดับการบริหาร รพ.สต. ในภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.01 เป็น 3.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสามารถยกระดับการบริหาร รพ.สต. ได้อย่างเป็นรูปธรรม อธิบายได้ว่า SMART PHC MODEL มีองค์ประกอบการบริหารที่ครอบคลุมทั้งภาวะผู้นำระบบการบริหารจัดการ ธรรมาภิบาล การบูรณาการทรัพยากร เทคโนโลยี การมีส่วนร่วม การพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นการพัฒนาระบบบริหารอย่างเป็นองค์รวม มิใช่การปรับปรุงเฉพาะกระบวนการใดกระบวนการหนึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพตามองค์ประกอบพื้นฐานทั้ง 6 ด้าน ที่ต้องพัฒนาอย่างเชื่อมโยงกันทั้งระบบ[3,15] ประกอบกับการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 6 เดือน ทั้งการ Coaching การนิเทศติดตาม และ CQI

Meeting ทำให้บุคลากรได้เรียนรู้ ทดลองปฏิบัติ และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการรับรู้แนวคิดไปสู่การปฏิบัติจริง

ความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสนับสนุนว่าภายหลังการนำ SMART PHC MODEL ไปใช้ ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจโดยรวมสูงขึ้น โดยเฉพาะด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการและด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อธิบายได้ว่ารูปแบบมิได้มุ่งเน้นเฉพาะการพัฒนาระบบบริหารภายใน แต่มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงถึงผู้รับบริการ ทั้งการกำหนดระบบงานที่ชัดเจน การปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เมื่อระบบบริหารภายในชัดเจนขึ้น ย่อมส่งผลต่อกระบวนการให้บริการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ผู้รับบริการจึงรับรู้การเปลี่ยนแปลงผ่านประสบการณ์การรับบริการ สอดคล้องกับสุภาภรณ์ เลี้ยงอำนวย[16] ที่พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจผู้อำนวยการ รพ.สต. คะแนนศักยภาพการบริหารจัดการและคะแนนการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ขณะที่ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพการให้บริการ ไม่พบความแตกต่าง สะท้อนข้อจำกัดของการพัฒนาที่ต้องอาศัยการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและระยะเวลาในการสร้างผลลัพธ์ เช่นเดียวกับองค์ประกอบด้านธรรมาภิบาล (A) และเทคโนโลยีและสุขภาพดิจิทัล (T) ที่ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งต้องอาศัยการพัฒนากลไกเชิงระบบ โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล และการพัฒนาทักษะบุคลากรอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ผลการประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกแห่ง มีความสอดคล้องกับผลการประเมินระดับการบริหาร โดยเฉพาะด้านระบบการบริหารจัดการ (M) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากที่สุด อาจอธิบายได้ว่าการพัฒนาระบบบริหารจัดการภายในอย่างเป็นระบบ ทั้งการวิเคราะห์และปรับปรุง Workflow การจัดทำ SOP การกำหนดบทบาทหน้าที่และผู้รับผิดชอบ การจัดทำ Action Plan การกำหนด KPI และการกำกับติดตามคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีส่วนสนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ 1) ใช้รูปแบบการวัดผลก่อน–หลังภายในกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถตัดปัจจัยกวนได้สมบูรณ์ 2) ระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบ 6 เดือน อาจยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวและความยั่งยืน 3) การประเมินระดับการบริหารและความพึงพอใจเป็นการรายงานด้วยตนเอง อาจมีอคติจากการรับรู้ของผู้ตอบ และ 4) การประเมินคุณภาพหน่วยบริการดำเนินการภายหลังการพัฒนา จึงไม่สามารถยืนยันการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการพัฒนาได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรนำ SMART PHC MODEL ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริหาร รพ.สต. โดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ พร้อมกำหนดตัวชี้วัดและระบบกำกับติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการพัฒนากลไกด้านความรับผิดชอบและธรรมาภิบาล และสนับสนุนเทคโนโลยีและสุขภาพดิจิทัลอย่างเป็นระบบ ทั้งโครงสร้างพื้นฐาน ระบบสารสนเทศ การเชื่อมโยงข้อมูล และการพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากร

3. ผู้บริหาร รพ.สต. ควรใช้ SMART PHC MODEL เป็นกรอบในการจัดทำแผนพัฒนาหน่วยบริการ นำระบบ KPI Dashboard มาติดตามผลการดำเนินงาน และส่งเสริมเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่าง รพ.สต. โดยให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานดีเป็นพี่เลี้ยงแก่หน่วยบริการอื่น

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของ SMART PHC MODEL ในระยะยาว โดยติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างน้อย 6–12 เดือน ออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาเงื่อนไขความสำเร็จ ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคที่ทำให้รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่สนับสนุน ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ขอบคุณสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ศึกษา และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเอื้ออำนวยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization; 2020.
5. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. เล่ม 136 ตอนที่ 56 ก; 30 เมษายน 2562. หน้า 101-121.
6. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, วิทยา โชคเศรษฐกิจ, ภัควัฒน์ ภูริพงศ์ธนวัต, อุกฤษณ์ กฤตยโสภณ, ณฐนภ ศรัทธาธรรม และเยาววัลยา อ่อนโพธิ์ทอง. การสังเคราะห์ข้อเสนอและออกแบบเชิงนโยบายการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
7. รุ่งนภา จันทรา, ธัญพร ชื่นกลิ่น, ทัศนีย์ เกริกกุลธร, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, อติญาณ์ ศรเกษตริน, รวิวรรณ คำเงิน และคณะ. บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567; 18(2): 173-192.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. สรุปผลการดำเนินงานและการกำกับติดตามการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพ จังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2567.
9. Manyazewal T. Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities. Arch Public Health 2017; 75: 50.
10. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health 2018; 6(11): e1196-e1252.
11. Best JW. Research in education. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1981.
12. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
13. ภานุพันธ์ ไพฑูรย์. ปัจจัยความสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพ.สต.ติดดาว เขตอำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2563; 6(2): 168-179.
14. Sitienei J, Manderson L, Nangami M. Community participation in the collaborative governance of primary health care facilities, Uasin Gishu County, Kenya. PLoS One 2021; 16(3): e0248914.

15. Mutale W, Bond V, Mwanamwenge MT, Mlewa S, Balabanova D, Spicer N, et al. Systems thinking in practice: the current status of the six WHO building blocks for health system strengthening in three BHOMA intervention districts of Zambia: a baseline qualitative study. BMC Health Serv Res 2013; 13: 291.
16. สุภาภรณ์ เลี้ยงอำนวย. การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2567; 43(4): 591-607.

การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปที่จำหน่ายในประเทศไทย

ANALYSIS OF AFLATOXIN LEVELS IN COMMERCIAL RED CURRY PASTE SOLD IN THAILAND

(Received: June 26,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: July 6,2026)

ไพจิตรา ดาบพิมพ์ศรี[1] ภาวิต หน่อไชย[2] พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์[3]
Phaijittra Dabphimsri[1] Phawit Norchai[2] Phunsak Sukraroek[3]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2569 โดยดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปจำนวน 24 ตัวอย่าง ครอบคลุมรูปแบบบรรจุภัณฑ์ปิดสนิทและตักแบ่งขาย จาก 3 ช่องทางการจำหน่าย ได้แก่ ห้างสรรพสินค้า ตลาดสด และแพลตฟอร์มออนไลน์ นำไปตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสารอะฟลาทอกซินด้วยเทคนิคโครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง (HPLC) เพื่อสำรวจและประเมินระดับการปนเปื้อนของสารอะฟลาทอกซินรวม ตลอดจนชนิดย่อย (AFB1, AFB2, AFG1 และ AFG2) ในผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปที่จำหน่ายในประเทศ

ผลการตรวจวิเคราะห์พบว่า ผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ (คิดเป็นร้อยละ 87.50) ปราศจากการปนเปื้อน โดยมีเพียง 3 ตัวอย่าง (คิดเป็นร้อยละ 12.50) ที่ตรวจพบเฉพาะสารอะฟลาทอกซิน บี1 (Aflatoxin B1) ในระดับที่ต่ำมาก (Trace level) คือน้อยกว่า 0.70 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งปริมาณที่ตรวจพบทั้งหมดอยู่ภายใต้เกณฑ์ควบคุมของประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่อนุญาตให้มีการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินรวมได้สูงสุดไม่เกิน 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม

คำสำคัญ: อะฟลาทอกซิน, น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป, การปนเปื้อน, ความปลอดภัยอาหาร

Abstract

A Survey research by cross-sectional study was conducted between February and March 2026 to investigate the occurrence of aflatoxins in commercially available ready-to-use red curry paste products marketed in Thailand. A total of 24 samples, including both sealed-packaged and bulk-sold products, were randomly collected from three distribution channels: supermarkets, traditional fresh markets, and online platforms. The concentrations of total aflatoxins and individual aflatoxin subtypes (AFB1, AFB2, AFG1, and AFG2) were determined using High-Performance Liquid Chromatography (HPLC).

The analytical results showed that the majority of samples (87.50%) contained no detectable aflatoxins. Only three samples (12.50%) were positive for Aflatoxin B1 (AFB1), which was detected at trace levels (<0.70 µg/kg). No other aflatoxin subtypes were detected. All detected concentrations were well below the maximum permissible limit established by the Thai Ministry of Public Health, which allows total aflatoxin contamination of up to 20 µg/kg in food products.

Keywords: aflatoxins; ready-to-use red curry paste; contamination; food safety

บทนำ

น้ำพริกแกงเผ็ดเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องแกงที่ใช้ปรุงรสและได้รับความนิยมบริโภคมายาวนาน ใช้เป็นส่วนประกอบในอาหารไทยได้หลากหลายเมนู ประกอบด้วยสมุนไพรและเครื่องเทศหลายชนิดที่มีคุณค่าทางโภชนาการและสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ

[1] นักศึกษาปริญาโท สาขาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
[2] M.D., Ph.D. อาจารย์ที่ปรึกษา สาขาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Corresponding author
[3] M.D.อาจารย์ที่ปรึกษา สาขาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย Corresponding author

ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ[1] ปัจจุบันพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น เนื่องจากตอบสนองพฤติกรรมของผู้บริโภคในสังคมปัจจุบันให้ความสำคัญกับความสะดวกและการประหยัดเวลาในการเตรียมอาหาร โดยมีหลายช่องทางการจำหน่าย ทั้งในรูปแบบบรรจุภัณฑ์ปิดสนิทและแบบแบ่งจำหน่าย[2,3] นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปยังมีแนวโน้มการเติบโตทางการตลาดอย่างต่อเนื่องทั้งในและต่างประเทศ สะท้อนถึงความต้องการบริโภคที่เพิ่มขึ้นและศักยภาพทางเศรษฐกิจของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว[4]

ในมิติความปลอดภัยของอาหาร ความเสี่ยงการปนเปื้อนสารพิษจากวัตถุดิบในผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดยังคงเป็นประเด็นที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะสารพิษอะฟลาทอกซิน (Aflatoxin) ที่ถูกผลิตจากเชื้อรากลุ่ม *Aspergillus* spp. ซึ่งในธรรมชาติมีหลายชนิด แต่ชนิดที่มีความเป็นพิษสูงสุด คือ AFB1[5,6] คุณสมบัติที่สำคัญประการหนึ่งของอะฟลาทอกซินคือ ความสามารถในการทนต่อความร้อน ส่งผลให้สารพิษดังกล่าวยังคงหลงเหลือแม้ผ่านกระบวนการผลิตหรือการปรุงอาหารในครัวเรือน[7,8] นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมให้เชื้อรากลุ่มนี้เพิ่มจำนวนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในผลผลิตทางการเกษตร อาทิ พืชตระกูลถั่ว ธัญพืช หรือเครื่องเทศ และผลิตภัณฑ์พริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป ได้แก่ สภาพอากาศร้อนชื้น คุณสมบัติของพืช แนวทางจัดการหลังการเก็บเกี่ยว และกระบวนการผลิต ซึ่งเป็นความเสี่ยงเพิ่มเติมต่อการปนเปื้อนตลอดห่วงโซ่อุปทาน[9,10]

การเฝ้าระวังและควบคุมการปนเปื้อนของอะฟลาทอกซินจึงเป็นวาระสำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจากสารพิษนี้ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง หากได้รับในปริมาณมากอาจทำให้เกิดภาวะตับวายเฉียบพลัน ในขณะที่การได้รับปริมาณต่ำอย่างต่อเนื่องจะเกิดพิษสะสม ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะชะงักการเจริญเติบโตในเด็ก และสร้างความเสียหายต่อเซลล์ตับจนอาจเกิดการกลายพันธุ์ องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงจัดให้อะฟลาทอกซินเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่มที่ 1 (Group 1 Carcinogen)[5,11] ความสำคัญของปัญหานี้ยิ่งชัดเจนมากยิ่งขึ้นเมื่อพิจารณาบริบทสาธารณสุขของประเทศไทย ที่พบว่าโรคมะเร็งตับเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิต ซึ่งการได้รับอะฟลาทอกซินถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักร่วมกับปัจจัยทางพฤติกรรมและโรคทางตับอื่นๆ[12]

แม้ประเทศไทยจะมีการกำหนดปริมาณอะฟลาทอกซินในอาหารเพื่อเป็นมาตรฐานควบคุม[13] แต่รายงานล่าสุดยังคงพบการปนเปื้อนอะฟลาทอกซิน บี1 สูงถึงร้อยละ 72.00 ในพริกแกงพื้นบ้านแบบตักขายจากตลาดสดในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี[14] ซึ่งสะท้อนว่าผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งนี้ งานวิจัยที่ผ่านมามักให้ความสำคัญกับการตรวจวิเคราะห์ในวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์พริกแกงในระดับท้องถิ่นเป็นหลัก ในขณะที่ข้อมูลการปนเปื้อนในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปเชิงพาณิชย์ ซึ่งวางจำหน่ายผ่านช่องทางที่หลากหลาย และสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้บริโภคในปัจจุบันกลับยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปนเปื้อนของอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปที่จำหน่ายในประเทศไทย เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหารต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจการปนเปื้อนของสารอะฟลาทอกซิน (Total Aflatoxin และ Aflatoxin B1, B2, G1 และ G2) ในผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปที่วางจำหน่ายในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross-sectional study) ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2569 เพื่อสำรวจสถานการณ์การปนเปื้อนของอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป ที่ผู้บริโภค

สามารถเข้าถึงและเลือกซื้อได้จาก 3 ช่องทางการจำหน่าย ได้แก่ ห้างสรรพสินค้า ตลาดสด ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี และแพลตฟอร์มออนไลน์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปที่วางจำหน่ายในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 24 ตัวอย่าง ใช้วิธีการการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกที่สะท้อนถึงแหล่งการจัดจำหน่ายหลักและสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้บริโภคในปัจจุบัน จาก 3 ช่องทางการจำหน่าย ช่องทางละ 8 ตัวอย่าง ได้แก่ แหล่งจำหน่ายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วย 1) ห้างสรรพสินค้าหรือซุปเปอร์มาร์เก็ต และ 2) ตลาดสดขนาดใหญ่ ได้แก่ ตลาดยิ่งเจริญ ตลาดคลองเตย และตลาดท่าน้ำนนท์ และ 3) แพลตฟอร์มพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (Shopee และ Lazada) ทั้งนี้ สำหรับช่องทางออนไลน์ได้ใช้เกณฑ์พิจารณาคัดเลือกเพิ่มเติมจากร้านค้าที่มียอดจำหน่ายและระดับความนิยมสูงเป็นหลัก

กลุ่มผลิตภัณฑ์ที่นำมาศึกษา ครอบคุลมทั้งรูปแบบบรรจุภัณฑ์ปิดสนิทจากโรงงานผู้ผลิตและรูปแบบตักแบ่งจำหน่าย โดยผลิตภัณฑ์ทั้งหมดอยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมจำหน่าย ไม่หมดอายุ ณ วันที่ดำเนินการจัดซื้อ ซึ่งจะใช้ปริมาณตัวอย่างละ 300-500 กรัม เพื่อให้เพียงพอสำหรับการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณสารอะฟลาทอกซินทางห้องปฏิบัติการ

ขั้นตอนการศึกษาและรวบรวมข้อมูล

1. การสำรวจและจัดซื้อกลุ่มตัวอย่าง: ดำเนินการสำรวจและจัดซื้อผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป จำนวน 24 ตัวอย่าง จาก 3 ช่องทางการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การบันทึกข้อมูล (Metadata) และการใช้รหัส: นำกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาบันทึกรายละเอียดข้อมูลที่สำคัญ เช่น วันที่จัดซื้อ แหล่งจำหน่าย ชนิดบรรจุภัณฑ์ วันผลิต วันหมดอายุ และข้อมูลความนิยม (สำหรับช่องทางออนไลน์) พร้อมทั้งทำการอำพรางการเปิดเผยชื่อทางการค้า (Blinding) และกำหนดรหัสกลุ่มตัวอย่าง (Coding) ลงในภาชนะบรรจุอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและลดอคติ (Bias) ในการวิจัย

3. การจัดการและจัดเก็บตัวอย่าง: ผลิตภัณฑ์ในรูปแบบบรรจุภัณฑ์ปิดสนิทจากผู้ผลิตรวมถึงจากช่องทางออนไลน์ จะถูกเก็บรักษาในบรรจุภัณฑ์เดิมที่ยังไม่เปิดใช้งาน ส่วนผลิตภัณฑ์ในรูปแบบแบ่งตักขายจะถูกบรรจุลงถุงซิปล็อกที่สะอาดและปิดสนิททันทีหลังการจัดซื้อ โดยตัวอย่างทั้งหมดถูกจัดเก็บไว้ ณ อุณหภูมิห้องตามปกติ เพื่อจำลองสภาวะแวดล้อมให้ใกล้เคียงกับสภาพจริงในขั้นตอนการจัดจำหน่ายและการจัดส่งถึงมือผู้บริโภคมากที่สุด

4. การส่งตรวจวิเคราะห์: นำกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไปยัง บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ปริมาณสารอะฟาทอกซิน

5. การประมวลผลข้อมูล: เมื่อได้รับรายงานผลการตรวจวิเคราะห์อย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

วิธีการทดสอบ

ทดสอบตามวิธีมาตรฐานสากล AOAC Official Method โดยใช้เทคนิคโครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูงร่วมกับเครื่องตรวจวัดแบบฟลูออเรสเซนซ์ (High-Performance Liquid Chromatography with Fluorescence Detector; HPLC-FLD) ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีความโปร่งใสและมีความแม่นยำสูง ทั้งนี้ เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความโปร่งใสและสามารถสอบกลับได้ (Reproducibility) ผู้วิจัยได้นำตัวอย่างทั้งหมดไปตรวจวิเคราะห์ ณ บริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งเป็นหน่วยงานทดสอบคนกลาง (Third-party laboratory) ที่ได้รับการรองรับมาตรฐานสากลทางห้องปฏิบัติการทดสอบและสอบเทียบ (ISO/IEC 17025)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายสถานการณ์และประเมินระดับการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินในตัวอย่างทั้งหมด โดยนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยทางอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับ414) พ.ศ. 2563 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน ซึ่งกำหนดให้มีการปนเปื้อนสารอะฟลาทอกซินรวมในอาหารไม่เกิน 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม

จริยธรรมการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต (DPUHREC) ตามเลขที่โครงการ DPUHREC2702/2568 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 21 รายการ (คิดเป็นร้อยละ 87.5) ไม่พบการปนเปื้อนของสารอะฟลาทอกซินทุกชนิด (Not Detected) ทั้งในรูปแบบปริมาณรวม (Total Aflatoxin) และชนิดย่อย (B1, B2, G1 และ G2) ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 3 รายการ (คิดเป็นร้อยละ 12.5) ที่ตรวจพบสารอะฟลาทอกซินชนิด บี1 (Aflatoxin B1) ได้แก่ ตัวอย่างจากช่องทางห้างสรรพสินค้า ตลาดสด และแพลตฟอร์มออนไลน์ ช่องทางละ 1 ตัวอย่าง โดยตรวจพบในปริมาณต่ำกว่า 0.70 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งจัดอยู่ในระดับที่ปนเปื้อนต่ำมาก (Trace level) และไม่พบสารอะฟลาทอกซินชนิดอื่นเจือปนรวมด้วยในกลุ่มตัวอย่างนี้

ตารางที่ 1 ผลการตรวจพบอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปจำแนกตามช่องทางการจำหน่าย

ช่องทางการจำหน่าย	จำนวนตัวอย่าง (n)	AFB1 (n)	AFB2 (n)	AFG1 (n)	AFG2 (n)	Total AF (n)	ตรวจพบ (n) %	ตรวจไม่พบ (ND) n (%)
ห้างสรรพสินค้า	8	1	0	0	0	1	12.50	87.50
ตลาดสด	8	1	0	0	0	1	12.50	87.50
ออนไลน์	8	1	0	0	0	1	12.50	87.50
รวม	24	3	0	0	0	3	3 (12.50)	21 (87.50)

หมายเหตุ:

- *ND (Not Detected) หมายถึง ตรวจไม่พบสารในระดับที่สูงกว่าขีดจำกัดการตรวจวัด (Limit of Detection; LOD)*
- *Total AF หมายถึง ผลรวมของอะฟลาทอกซินชนิด B1, B2, G1 และ G2*
- *ตัวอย่างที่ตรวจพบ AFB1 มีค่า <0.70 µg/kg ซึ่งต่ำกว่าค่าขีดจำกัดการหาปริมาณ (Limit of Quantitation; LOQ)*

เมื่อนำผลการทดสอบไปเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 414) พ.ศ. 2563 ซึ่งกำหนดให้ผลิตภัณฑ์อาหารทั่วไปต้องมีปริมาณสารอะฟลาทอกซินรวมเจือปนได้สูงสุดไม่เกิน 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปทั้ง 24 ตัวอย่าง มีปริมาณสารพิษอยู่ในเกณฑ์ที่ได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดทุกรายการ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์การปนเปื้อนของสารอะฟลาทอกซินในผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปจำนวน 24 ตัวอย่าง จาก 3 ช่องทางการจัดจำหน่ายหลัก ผลการตรวจวิเคราะห์ด้วยเทคนิค HPLC-FLD พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 ไม่พบการปนเปื้อน และร้อยละ 12.5 ตรวจพบสารอะฟลาทอกซิน บี1 ในระดับร่องรอย (<0.70 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม) ซึ่งทุกตัวอย่างผ่านเกณฑ์มาตรฐานความ

ปลอดภัยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ไม่เกิน 20 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม) ในทางพิษวิทยาเชิงวิเคราะห์ การที่ผลการทดสอบส่วนใหญ่แสดงค่าตรวจไม่พบ (Not Detected; ND) ไม่ได้หมายความว่าผลิตภัณฑ์ปราศจากสารพิษโดยสิ้นเชิง (Absolute zero) แต่อาจหมายถึงมีสารตกค้างอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจวัดของเครื่องมือ (Limit of Dectection: LOD) ที่ 0.25 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่า ผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระดับการปนเปื้อนอะฟลาทอกซินอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยที่กฎหมายกำหนด

ระดับการปนเปื้อนที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญในการศึกษานี้ สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยร่วมทั้งในมิติกระบวนการผลิตและบริบทแวดล้อม ดังนี้ ประการแรก ปัจจัยด้านกระบวนการผลิตและบรรจุภัณฑ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์ที่บรรจุในบรรจุภัณฑ์ปิดสนิท ซึ่งช่วยตัดขาดผลิตภัณฑ์จากความชื้นและสปอร์เชื้อราจากอากาศภายนอก[4] ร่วมกับการใช้ความร้อนในบางขั้นตอนการผลิต (เช่น การผัดหรือคั่ว) แม้จะไม่สามารถทำลายโมเลกุลของอะฟลาทอกซินที่ทนความร้อนสูงได้ แต่ความร้อนสามารถทำลายสปอร์ของเชื้อรา *Aspergillus* ได้บางส่วน[3,8] จึงเป็นการตัดวงจรการสร้างสารพิษสะสมเพิ่มเติมในระหว่างการจัดจำหน่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยมีข้อสังเกตจากฉลากผลิตภัณฑ์ว่า ตัวอย่างจำนวนหนึ่งมีการใช้วัตถุเจือปนอาหารประเภทสารกันเสีย (Preservatives) และสารปรับความเป็นกรด (Acidity regulators) ซึ่งเป็นตัวแปรแฝงที่ช่วยปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้ไม่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อราโดยตรง[3] ประการที่สองคือ ปรากฏการณ์เจือจาง (Dilution effect) เนื่องจากน้ำพริกแกงเผ็ดเป็นเครื่องปรุงรสที่มีความซับซ้อนของวัตถุดิบ[8] โดยประกอบด้วยสมุนไพรและเครื่องเทศหลายชนิด การนำพริกแห้งที่อาจมีการปนเปื้อนกระจุกตัวแบบไม่สม่ำเสมอไปผ่านกระบวนการบดผสมระดับอุตสาหกรรมร่วมกับวัตถุดิบอื่นๆ จำนวนมหาศาล ส่งผลให้ความเข้มข้นสุทธิของสารพิษต่อกิโลกรัมถูกเจือจางลงจนอยู่ในระดับต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจวัดของเครื่องมือ[2,3] ประการที่สาม คืออัตราการหมุนเวียนสินค้าและฤดูกาล เนื่องจากการคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีการเจาะจงแหล่งจำหน่ายขนาดใหญ่ที่มีผู้บริโภคเข้าถึงเป็นจำนวนมาก ทั้งจากห้างสรรสินค้าและตลาดสด ผนวกกับการคัดเลือกในช่องทางออนไลน์ที่อิงจากร้านค้าที่มียอดจำหน่ายและได้รับความนิยมสูงเป็นหลัก ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาล้วนมาจากแหล่งที่มีอัตราการหมุนเวียนของรวดเร็ว (High turnover rate) และระยะเวลาการจัดเก็บบนชั้นวางจึงสั้น[8] เชื้อราจึงไม่มีระยะเวลาฟักตัวมากพอที่จะผลิตสารพิษ ผนวกกับบริบทของฤดูกาล ณ ขณะที่จัดซื้อ (กุมภาพันธ์-มีนาคม) ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อนที่มีความสัมพัทธ์ต่ำจึงไม่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อรา ที่มักต้องการความชื้นสัมพัทธ์สูงกว่าร้อยละ 80[3,15]

เมื่อนำผลลัพธ์ไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผลการศึกษานี้ มีความขัดแย้งอย่างเห็นได้ชัด กับรายงานการสำรวจล่าสุดที่จังหวัดนนทบุรี ที่พบการปนเปื้อนของสารอะฟลาทอกซินบี 1 สูงถึงร้อยละ 72.00 ในผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดพื้นบ้าน[13] ความขัดแย้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยความแตกต่างของบริบทกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากพริกแกงพื้นบ้านตามตลาดสด มักวางจำหน่ายแบบตักขายและเปิดเผยสัมผัสกับความร้อนและความชื้นในสภาพแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งเอื้อต่อการเติบโตของเชื้อรา ในขณะที่งานวิจัยนี้มุ่งเน้นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปเชิงพาณิชย์ที่มีการควบคุมคุณภาพสูงกว่า อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Thanaboripat และคณะ (2016)[10] ที่ระบุว่า พริกแห้งและเครื่องเทศคือแหล่งเสี่ยงหลักของอะฟลาทอกซิน แต่หากผ่านกระบวนการผลิตตามสุขลักษณะที่ดี (GMP) และการควบคุมความชื้นอย่างเข้มงวด ความเสี่ยงดังกล่าวจะถูกจำกัดและควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ามาตรฐานได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ประกอบการอุตสาหกรรมอาหาร ควรให้ความสำคัญตั้งแต่การคัดเลือกและควบคุมคุณภาพวัตถุดิบต้นทาง (พริกแห้งและเครื่องเทศ) ควบคู่ไปกับการควบคุมความชื้นในกระบวนการผลิตอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ยังควรเลือกใช้บรรจุภัณฑ์ที่ปิดสนิทเพื่อป้องกันความชื้นจากสภาพแวดล้อม และจัดให้มีการสุ่มตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ

2. เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ผู้บริโภคควรพิจารณาเลือกซื้อผลิตภัณฑ์น้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูปที่มีบรรจุภัณฑ์ปิดสนิท มีฉลากระบุข้อมูลและแหล่งผลิตที่ชัดเจน หลีกเลี่ยงการจัดเก็บผลิตภัณฑ์ในบริเวณที่มีความชื้นหรืออุณหภูมิสูง และควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการบริโภคอาหารที่หลากหลาย เพื่อลดความเสี่ยงจากการได้รับสารปนเปื้อนสะสมในระยะยาว

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของสถานการณ์ในระดับประเทศ ตลอดจนศึกษาเปรียบเทียบการปนเปื้อนในวัตถุดิบตั้งต้นเทียบกับผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป นอกจากนี้เพื่อให้การคุ้มครองผู้บริโภคเกิดความสมบูรณ์ในทุกมิติ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องไม่ควรหยุดเพียงแค่การเฝ้าระวังสารพิษจากเชื้อรา แต่ควรขยายขอบเขตการส่งตรวจให้ครอบคลุมถึงการลักลอบหรือการใช้สารกันเสียเกินมาตรฐานร่วมด้วย เพื่อให้มั่นใจว่าความปลอดภัยจากสารพิษชีวภาพ จะไม่ถูกทดแทนด้วยภัยเงียบจากการสะสมเคมีในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงอุตสาหกรรมประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม เรื่อง กำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม น้ำพริกแกงและ . เครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส .มอก)429–2548). ราชกิจจานุเบกษา 2549 ก .พ.9;123(12 ก:(26.
2. สุพรรษา ก้งเซ่ง .Estimated Risk of Liver Cancer Due to Aflatoxin Exposure from Red Curry Paste Consumption in Bangkok Population [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล :นครปฐม .[; 2551.
3. อดิพล ดิลกพิภิล. ราและอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงและเครื่องเทศที่เป็นองค์ประกอบ .[ทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตวิ] กรุงเทพฯจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย :; 2546.
4. Krungthai COMPASS. ธุรกิจเครื่องปรุงรส ธนาคารกรุงไทย :กรุงเทพฯ .[อินเทอร์เน็ต]; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ .ย.2568]. เข้าถึงได้จาก: https://media.settrade.com/settrade/Documents/2024 /Nov/211124-Krungthai-COMPASS-Seasoning.pdf
5. Shabeer S, Asad S, Jamal A, Ali A. Aflatoxin contamination, its impact and management strategies: an updated review. Toxins (Basel). 2022;14(5):307. doi:10.3390/toxins14050307.
6. Okechukwu VO. Aflatoxins: Occurrence, biosynthesis, mechanism of action. Food Chem. 2024; 429:137775. doi: 10.1016/j.foodchem.2023.137775.
7. Abrehame S, Remony VR, Hailu M, Chen YP, Lin YC, Chen YP. Aflatoxins: Source, Detection, Clinical Features and Prevention. Processes. 2023;11(1):204. doi: 10.3390/pr11010204.
8. อังกินันท์ ณ, ชาญพิพัฒนชัย ว, นาคะสูนย์ ส, สิริเลิศศักดิ์สกุล ม, โชติวิทยารัตน์ ช, สาชลวิจารณ์ ช, และคณะการ . ประเมินการปนเปื้อนสารอะฟลาท็อกซินในอาหารแห้งจากซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านของชำในเขตกรุงเทพมหานคร . วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน .2567;10(4):175-183.
9. Hassan FF. Detection of Aflatoxin B1 in Some Canned Foods and Reduction of Toxin by Ultraviolet Radiation. Iraqi J Sci. 2017;58(4C):2343-9.
10. Thanaboripat D, Sattasakulchai S, Wiwattanakul N, Tuntiprapas P. Aflatoxin in Thai chili powder. Commun Agric Appl Biol Sci. 2016;81(1):49–56.
11. International Agency for Research on Cancer. Aflatoxins. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 100F. Lyon: IARC; 2012.

12. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024 [cited 2025 Nov 20].
13. กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข .414) พ .ศ.2563 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน . ราชกิจจานุเบกษา 2563 พ .ค.20;137(พิเศษ 118 ง:(17.
14. นิธิศ สมานทอง, กฤษณัฐ กิจสงวน, ชิชฌา เกษตรเจริญกิจ, วิลาสินี บุญจริยะวัฒน์, แคลร์ริตา ใบโพธิ์วงศ์, จีรภา น้อยสีเหลืองความสัมพันธ์ระหว่างการปนเปื้อนของอะฟลาท็อกซิน บี .1 และจุลินทรีย์ในพริกแกงพื้นบ้านจากตลาดสดในจังหวัดนนทบุรี .วารสารอาหารและยา .2569;33(1):45-57.
15. Ruengsitagoon W, Promdee T, Pearruksa P. Determination of aflatoxin B1, B2, G1 and G2 in chilli paste by high performance liquid chromatography. KKU Research Journal. 2005;10(3):242-249.

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน

The use of cold water immersion as an alternative therapy For menopausal symptoms: a narrative review.

Received: May 25,2026 ; Revised: June 27,2026 ; Accepted: July 6,2026)

วัจนา เนคมานุรักษ์[1] พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์[2]
Watjana Nakamanuruk[1] Pansak Sugkraroek[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการแช่น้ำเย็นในการบำบัดอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สภาวะจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีวัยหมดประจำเดือน ทั้งนี้การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนอาจมีข้อจำกัดและผลข้างเคียงในผู้ป่วยบางราย การแช่น้ำเย็นจึงได้รับความสนใจในฐานะทางเลือกในการบำบัดอาการดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย (Narrative Review) โดยรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลวิชาการระดับสากล ได้แก่ PubMed, Scopus, Sage Journals, Springer Nature Link, Oxford Academic, MDPI และ Google Scholar เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการแช่น้ำเย็นต่ออาการวัยหมดประจำเดือน รวมถึงข้อควรระวังและแนวทางการใช้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาพบว่า การแช่น้ำเย็นสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบได้ โดยมีกลไกสำคัญจากการช่วยปรับสมดุลศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในสมองส่วนไฮโปทาลามัส ส่งผลให้ร่างกายสามารถควบคุมอุณหภูมิได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และช่วยลดความเครียดได้ อย่างไรก็ตาม สตรีวัยหมดประจำเดือนถือเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ จึงควรกำหนดอุณหภูมิของน้ำให้อยู่ในช่วง 12–15 องศาเซลเซียส และจำกัดระยะเวลาในการแช่เพียง 5–15 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละประมาณ 2–3 ครั้ง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ รวมถึงผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

คำสำคัญ: การแช่น้ำเย็น, วัยหมดประจำเดือน, อาการร้อนวูบวาบ, การบำบัดทางเลือก

Abstract

This study was survey research aimed to investigate the effectiveness and safety of cold water immersion as a therapeutic approach for menopausal symptoms, particularly hot flashes and night sweats, which significantly affect women's quality of life, emotional well-being, and daily functioning during menopause. Hormone replacement therapy may present limitations and side effects in certain individuals; therefore, cold water immersion has gained increasing attention as an alternative therapeutic method. This study was conducted as a narrative review by collecting and synthesizing information from international academic databases, including PubMed, Scopus, Sage Journals, Springer Nature Link, Oxford Academic, MDPI, and Google Scholar. The reviewed literature focused on the effects of cold water immersion on menopausal symptoms, as well as recommendations and precautions for safe practice.

The findings revealed that cold water immersion may help reduce the severity of hot flashes through mechanisms involving thermoregulatory balance within the hypothalamus, thereby improving the body's temperature control. In addition, cold exposure may stimulate neurotransmitter release associated with mood enhancement, promote sleep quality, and reduce stress. However, menopausal women are considered a vulnerable

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

population with increased sensitivity to rapid temperature changes. Therefore, it is recommended that the initial water temperature be maintained between 12–15 degrees Celsius, with immersion durations limited to 5–15 minutes per session, approximately 2–3 times per week. Excessive exposure may increase the risk of hypothermia and adverse cardiovascular effects.

Keyword: Cold Water Immersion, Menopause, Hot Flashes, Alternative Therapy

บทนำ

ภาวะวัยหมดประจำเดือน (Menopause) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญในวงจรชีวิตของสตรี ซึ่งจากนิยามทางการแพทย์คือการหยุดอย่างถาวรของการมีระดู (Permanent cessation of menstruation) โดยเป็นผลมาจากการสูญเสียการทำงานของฟอลลิเคิลในรังไข่ (Ovarian follicular activity) ซึ่งภาวะนี้วินิจฉัยได้จากการขาดประจำเดือนติดต่อกันเป็นเวลา 12 เดือน[1] และปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging society) ส่งผลให้จำนวนสตรีที่อยู่ในภาวะวัยหมดประจำเดือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีสตรีวัยหมดประจำเดือนทั่วโลกสูงถึง 1.2 พันล้านคน[2]

ภาวะวัยหมดประจำเดือนส่งผลกระทบต่อสุขภาพสตรีในหลายด้าน ทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด ความหนาแน่นของมวลกระดูก ระบบเมตาบอลิซึม และคุณภาพการนอนหลับ โดยเฉพาะอาการในกลุ่ม Vasomotor Symptoms (VMS) เช่น อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบควบคุมอุณหภูมิในสมองส่วนไฮโปทาลามัส ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การนอนหลับ อารมณ์ และสมรรถภาพทางสมองอย่างมีนัยสำคัญ[3,4,5,6,7,8] นอกจากนี้ ยังอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความสามารถในการทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน[9]

ปัจจุบัน การรักษามาตรฐานสำหรับอาการ VMS คือการให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone Replacement Therapy: HRT) แต่มีข้อจำกัดและความเสี่ยง เช่น มะเร็งเต้านม ภาวะลิ่มเลือดอุดตันและโรคหัวใจและหลอดเลือด[10] รวมถึงผลข้างเคียงจากยาทางเลือกที่ไม่ใช่ฮอร์โมน เช่น SSRIs และ Gabapentin[11] จึงเกิดความสนใจต่อแนวทางการรักษาที่ไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) มากขึ้น โดยเฉพาะวิธีการที่สามารถช่วยลดอาการได้อย่างปลอดภัยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว นอกจากนี้ สตรีบางรายอาจมีข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมนทดแทน หรือมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยา จึงทำให้แนวทางการรักษาทางเลือกได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[12]

การแช่น้ำเย็นจัดหรือการแช่น้ำแข็ง (Cold Water Immersion: CWI) ได้รับความสนใจในฐานะการแพทย์ทางเลือก โดยเชื่อว่าสามารถช่วยปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ ลดการอักเสบ และกระตุ้นกลไกการตอบสนองแบบ Hormetic response ซึ่งอาจช่วยขยายช่วง Thermoneutral zone และบรรเทาอาการ VMS ได้[13,14,15] นอกจากนี้ การสัมผัสความเย็นยังอาจช่วยกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น Norepinephrine และ Endorphins ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ การลดความเครียด และการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ อีกทั้งยังมีรายงานว่าการแช่น้ำเย็นอาจช่วยส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตและช่วยให้ร่างกายสามารถปรับตัวต่อความเครียดทางสรีรวิทยาได้ดีขึ้น แม้ในประเทศไทยจะยังไม่มีงานวิจัยโดยตรงเกี่ยวกับ CWI ในสตรีวัยหมดประจำเดือน แต่แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้านการกระตุ้นสมดุลร่างกาย[13]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลและกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของการแช่น้ำเย็นต่ออาการร้อนวูบวาบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาแนวทาง

ทางเลือกในการบรรเทาอาการวัยหมดประจำเดือนต่อไป รวมถึงเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยทางคลินิกในอนาคต อันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีความปลอดภัย เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการแช่น้ำเย็นในการบ้าบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจ้าเดือน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย (Narrative Review) เพื่อศึกษาประสิทธิผลและกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของการแช่น้ำเย็น (Cold Water Immersion: CWI) ต่อการบรรเทาอาการร้อนวูบวาบในสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยมุ่งเน้นศึกษาผลต่ออาการในกลุ่ม Vasomotor Symptoms (VMS) ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน

แหล่งข้อมูลและการสืบค้นข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลวิชาการระดับสากล ได้แก่ PubMed, Scopus, Sage Journals, Springer Nature Link, Oxford Academic, MDPI และ Google Scholar โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ “Menopause”, “Hot flashes”, “Cold Water Immersion”, “Cold Exposure”, “Vasomotor Symptoms” และ “Alternative Therapy” ทั้งในรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) งานวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการแช่น้ำเย็นและภาวะวัยหมดประจำเดือน (2) งานวิจัยที่ศึกษากลไกทางสรีรวิทยา ระบบควบคุมอุณหภูมิ หรือผลของความเย็นต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (3) บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ได้รับการยอมรับและสามารถเข้าถึงข้อความเต็มได้

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) บทความที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับอาการวัยหมดประจำเดือน (2) งานวิจัยที่ไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ชัดเจนเกี่ยวกับการแช่น้ำเย็น (3) เอกสารที่ซ้ำซ้อนหรือไม่สามารถเข้าถึงข้อความเต็มได้

การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกบทความตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับผลของการแช่น้ำเย็นต่ออาการร้อนวูบวาบ กลไกการออกฤทธิ์ ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ คุณภาพการนอนหลับ อารมณ์ และข้อควรระวังในการปฏิบัติ เพื่อนำมาสรุปเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับศักยภาพของการแช่น้ำเย็นในฐานะทางเลือกในการบรรเทาอาการวัยหมดประจำเดือน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย (Narrative Review) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้น รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในฐานข้อมูลวิชาการสากล ซึ่งข้อมูลทั้งหมดเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ที่ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของบุคคลได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และคำนึงถึงความซื่อสัตย์ทางวิชาการ (Academic Integrity) โดยไม่มีการบิดเบือน ดัดแปลง หรือคัดลอกผลงานของผู้อื่นโดยมิชอบ ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการทดลองในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง จึงไม่เข้าข่ายการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาภายใต้หลักจริยธรรมทางการวิจัยและหลักวิชาการอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแช่น้ำเย็น (Cold Water Immersion: CWI) มีศักยภาพในการช่วยบรรเทาอาการในกลุ่ม Vasomotor

Symptoms (VMS) โดยเฉพาะอาการร้อนวูบวาบ (Hot flashes) และเหงื่อออกตอนกลางคืนในสตรีวัยหมดประจำเดือน ผ่านกลไกการปรับสมดุลของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ส่งผลให้ร่างกายสามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การสัมผัสความเย็นยังช่วยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) และการหลั่งสารสื่อประสาทกลุ่ม Norepinephrine ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย โดยช่วยขยายช่วง Thermoneutral zone หรือช่วงอุณหภูมิที่ร่างกายสามารถรักษาสมดุลได้โดยไม่กระตุ้นกลไกการระบายความร้อน ส่งผลให้ร่างกายมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิแกนกลางลดลง จึงสามารถช่วยลดทั้งความถี่และความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบในสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ นอกจากนี้ การกระตุ้นระบบประสาทจากความเย็นยังช่วยให้ร่างกายเกิดการปรับตัวต่อภาวะเครียดทางสรีรวิทยา (Physiological stress adaptation) ได้ดีขึ้น ซึ่งอาจส่งผลดีต่อระบบไหลเวียนโลหิตและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติในระยะยาว

ผลการศึกษายังพบว่า การแช่น้ำเย็นอาจส่งผลดีต่อคุณภาพการนอนหลับ อารมณ์ และระดับความเครียด เนื่องจากสามารถกระตุ้นการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) และโดพามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกผ่อนคลาย ความสุข และการลดความวิตกกังวล อีกทั้งยังช่วยปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติระหว่างระบบซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nervous system) ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดภาวะผ่อนคลายมากขึ้น จึงอาจช่วยลดปัญหาการนอนหลับที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน อย่างไรก็ตาม การแช่น้ำเย็นในสตรีวัยหมดประจำเดือนควรดำเนินการอย่างระมัดระวัง เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการสัมผัสความเย็นอย่างเฉียบพลัน

จากการสังเคราะห์ข้อมูล พบว่าช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับการเริ่มต้นแช่น้ำเย็นอยู่ที่ประมาณ 12–15 องศาเซลเซียส ระยะเวลา 5–15 นาทีต่อครั้ง และควรปฏิบัติประมาณ 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) และผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ ผู้เริ่มต้นควรค่อย ๆ ปรับตัวต่ออุณหภูมิที่เย็นลงทีละน้อย และควรหลีกเลี่ยงการแช่น้ำเย็นเป็นเวลานานเกินไป เนื่องจากอาจส่งผลให้เกิดอาการหนาวสั่น ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง หรือภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิตได้ นอกจากนี้ ควรมีการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างการแช่น้ำเย็นอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการปฏิบัติ

โดยสรุป การแช่น้ำเย็นถือเป็นแนวทางการบำบัดทางเลือกที่มีแนวโน้มช่วยลดความรุนแรงอาการวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะอาการร้อนวูบวาบ และอาจช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ ทั้งในด้านการนอนหลับ อารมณ์ และการปรับตัวต่อความเครียด อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการแช่น้ำเย็นในสตรีวัยหมดประจำเดือนยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในมนุษย์และในบริบทของประเทศไทย จึงยังจำเป็นต้องมีการศึกษาทางคลินิกเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผล ความปลอดภัย รวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐานสำหรับการนำไปใช้ในทางการแพทย์และการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การแช่น้ำเย็น (Cold Water Immersion: CWI) มีศักยภาพในการช่วยบรรเทาอาการวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะอาการในกลุ่ม Vasomotor symptoms (VMS) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอน

กลางคืน ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ทั้งด้านการนอนหลับ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตประจำวัน [1,2,6,8]

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า อาการร้อนวูบวาบในวัยหมดประจำเดือนเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่งผลให้การทำงานของศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) เปลี่ยนแปลง ทำให้ช่วงการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (thermoneutral zone) แคบลง ร่างกายจึงตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิเพียงเล็กน้อยด้วยการขยายหลอดเลือดและการหลั่งเหงื่อ ส่งผลให้เกิดอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน [1,7,9] การแช่น้ำเย็นช่วยลดอุณหภูมิผิวหนังและอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย พร้อมทั้งกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและการหลั่งสารสื่อประสาท เช่น Norepinephrine ซึ่งมีส่วนช่วยปรับสมดุลการควบคุมอุณหภูมิและเพิ่มความสามารถของร่างกายในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ จึงอาจช่วยลดความถี่และความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบได้[13,14]

นอกจากนี้ ผลการทบทวนยังพบว่า การแช่น้ำเย็นอาจช่วยส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยผู้ที่มีอาการร้อนวูบวาบลดลงมักมีการตื่นกลางดึกจากเหงื่อออกลดลง ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น[6,8] ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสัมผัสความเย็นกระตุ้นการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) และโดพามีน (Dopamine) รวมทั้งช่วยปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียด และส่งเสริมการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[13,14] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่าสุขภาพจิตและคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการวัยหมดประจำเดือน[6,9]

แม้ว่าการแช่น้ำเย็นจะแสดงแนวโน้มที่เป็นประโยชน์ต่อการบรรเทาอาการวัยหมดประจำเดือน แต่ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าควรใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือโรคประจำตัว เนื่องจากการสัมผัสความเย็นอย่างเฉียบพลันอาจทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงได้[13,14] ดังนั้น การเริ่มต้นด้วยอุณหภูมิประมาณ 12–15 องศาเซลเซียส ระยะเวลา 5–15 นาทีต่อครั้ง และเพิ่มระดับการสัมผัสความเย็นอย่างค่อยเป็นค่อยไป จึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน [13]

เมื่ออภิปรายผลร่วมกับแนวทางการดูแลสตรีวัยหมดประจำเดือนในปัจจุบัน พบว่า การแช่น้ำเย็นสามารถจัดเป็นแนวทางการดูแลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological intervention) ที่อาจนำมาใช้เป็นทางเลือกเสริมหรือใช้ร่วมกับการรักษามาตรฐาน โดยเฉพาะในสตรีที่ไม่สามารถใช้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone Replacement Therapy: HRT) หรือไม่ต้องการใช้ยา เนื่องจาก HRT แม้จะมีประสิทธิภาพในการลดอาการวัยทอง แต่ยังมีข้อห้ามใช้และความเสี่ยงในผู้ป่วยบางกลุ่ม [10,12] ดังนั้น การแช่น้ำเย็นจึงอาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีต้นทุนต่ำ ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง [12,15]

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หลักฐานเกี่ยวกับการใช้การแช่น้ำเย็นเพื่อบรรเทาอาการวัยหมดประจำเดือนยังมีจำนวนจำกัด โดยงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลของการสัมผัสความเย็นต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาหรือศึกษาในประชากรทั่วไป มากกว่าการศึกษาในสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยตรง[13,14] จึงยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลและกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานได้อย่างชัดเจน ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และการติดตามผลระยะยาว โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือนของประเทศไทย เพื่อยืนยันประสิทธิผล ความปลอดภัย และกำหนดแนวทางการใช้ที่เหมาะสมในทางปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรส่งเสริมให้การแช่น้ำเย็น (Cold Water Immersion: CWI) เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone Replacement Therapy: HRT) ได้ หรือผู้ที่ต้องการหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากการใช้ยา

1.2 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแช่น้ำเย็นอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เช่น การกำหนดอุณหภูมิ ระยะเวลา และความถี่ในการแช่ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด

1.3 ควรมีการส่งเสริมแนวทางการดูแลสุขภาพแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions) ร่วมกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลคุณภาพการนอนหลับ เพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการวัยหมดประจำเดือนอย่างครอบคลุม

1.4 หน่วยงานด้านสุขภาพหรือสถานบริการทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหรือกิจกรรมทางเลือกสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดผลกระทบจากอาการในกลุ่ม Vasomotor Symptoms (VMS)

1.5 ควรมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และข้อควรระวังของการแช่น้ำเย็นแก่ประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและลดความเสี่ยงจากการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Study) หรือการวิจัยทางคลินิก เพื่อประเมินประสิทธิผลของการแช่น้ำเย็น (Cold Water Immersion: CWI) ต่อการลดอาการร้อนวูบวาบและอาการในกลุ่ม Vasomotor Symptoms (VMS) ในสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างชัดเจน

2.2 ควรศึกษาระดับอุณหภูมิ ระยะเวลา และความถี่ในการแช่น้ำเย็นที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับสตรีวัยหมดประจำเดือน เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

2.3 ควรมีการศึกษาผลระยะยาวของการแช่น้ำเย็นต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทอัตโนมัติ และคุณภาพการนอนหลับ

2.4 ควรศึกษาปัจจัยที่อาจมีผลต่อประสิทธิภาพของการแช่น้ำเย็น เช่น อายุ ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของอาการวัยหมดประจำเดือน และรูปแบบการใช้ชีวิต

2.5 ควรมีการศึกษาวิจัยในบริบทของประเทศไทยเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับลักษณะประชากร สภาพภูมิอากาศ และวิถีชีวิตของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือน

2.6 ควรศึกษาการใช้การแช่น้ำเย็นร่วมกับวิธีการดูแลสุขภาพแบบไม่ใช้ยาอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ หรือการแพทย์ทางเลือก เพื่อเปรียบเทียบและเพิ่มประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการวัยหมดประจำเดือน

เอกสารอ้างอิง

1.Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. J Clin Endocrinol Metab. 2021;106(1):1-15. World Health Organization.

2.Menopause [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause

3.El Khoudary SR, Aggarwal B, Beckie TM, Hodis HN, Johnson AE, Langer RD, et al. Menopause Transition and Cardiovascular Disease Risk: Implications for Timing of Early Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2020;142(25):e506-e532.

4.Eastell R, O'Neill TW, Hofbauer LC, Langdahl B, Reid IR, Gold DT, et al. Postmenopausal osteoporosis. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16069.

5.Ko SH, Jung Y. Energy Metabolism Changes and Dysregulated Lipid Metabolism in Postmenopausal Women. Nutrients. 2021;13(12):4276.

6.Woods NF, Mitchell ES. Sleep symptoms during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Sleep. 2010;33(4):539-549.

7.Freedman RR. Menopausal hot flashes: mechanisms, endocrinology, treatment. J Steroid Biochem Mol Biol. 2014;142:115-120.

8. Nappi RE, Kroll R, Siddiqui E, Stoykova B, Rea C, Gemmen E, et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. Menopause. 2021;28(8):875-882.

9. Garg, R. and Munshi, A. (2025). 'Menopause and mental health', Journal of Mid-life Health, 16(2), pp. 119–123.

10. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, et al. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA. 2013;310(13):1353-1368.

11. Witten T, Staszkiewicz J, Gold L, Granier MA, Klapper RJ, Lavespere G, et al. Nonhormonal Pharmacotherapies for the Treatment of Postmenopausal Vasomotor Symptoms. Cureus. 2024;16(1):e52467.

12. วิลาสินี หิรัญพานิช ซาโตะ. (2563). รู้เท่าทันการใช้ฮอร์โมนทดแทนในหญิงวัยหมดประจำเดือน. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/535/ฮอร์โมนทดแทนขหญิงหมดประจำเดือน

13. Knechtle B, Waśkiewicz Z, Sousa CV, Hill L, Nikolaidis PT. Cold Water Swimming-Benefits and Risks: A Narrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(23):8984.

14. Kox M, van Eijk LT, Zwaag J, van den Wildenberg J, Sweep FC, van der Hoeven JG, et al. Voluntary activation of the sympathetic nervous system and attenuation of the innate immune response in humans. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(20):7379-7384. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health, Thailand.

15. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเผย 4 แนวทางตามศาสตร์ภูมิปัญญาไทยดูแลสุขภาพสตรีวัยทอง [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2026 Jan 17].Available from: https://pr.moph.go.th/online/index/news/324619

ผลของการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา

The Outcomes of Pharmaceutical Care Development for Pulmonary Tuberculosis Patients at Pong Hospital, Phayao Province.

(Received: July 10,2026 ; Revised: July 11,2026 ; Accepted: July 14,2026)

เพ็ญแข สุนันต๊ะ[1]
Penkhae Sunanta[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปง หลังการพัฒนาระบบ ระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม 2568 – 23 มิถุนายน 2569 (13 เดือน)เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์โดยใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Fisher exact test ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะบางประการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สูตรยารักษาวัณโรค (p=0.024) โดยกลุ่มทดลองทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) ได้รับสูตรยา 2HRZE/4HR ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับสูตรยาดังกล่าวร้อยละ 81.8, การขยายระยะเวลาการรักษา (p<0.001) พบว่ากลุ่มควบคุมต้องขยายเวลารักษาสูงถึงร้อยละ 51.5 มากกว่ากลุ่มทดลองที่พบเพียงร้อยละ 9.1 และการส่งตรวจ NAT2 genotype (p<0.001) ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการส่งตรวจสูงถึงร้อยละ 45.5 ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการส่งตรวจเพียงร้อยละ 3.0 สำหรับรูปแบบการรับประทานยาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.574) โดยทั้งสองกลุ่มจัดยาทานเองและมีญาติช่วยดูแล (DOT) เป็นหลัก ในส่วนของผลลัพธ์สุดท้ายเมื่อสิ้นสุดการรักษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราผลสำเร็จการรักษา (Treatment success rate) สูงถึงร้อยละ 97.0 และไม่มีผู้เสียชีวิตเลย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราผลสำเร็จการรักษาร้อยละ 87.9 และมีผู้เสียชีวิตร้อยละ 12.1 อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบทางสถิติในภาพรวมของผลลัพธ์การรักษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.358) และไม่พบผู้ป่วยที่รักษาล้มเหลวหรือขาดยาเลยในทั้งสองกลุ่ม

คำสำคัญ: การบริบาลเภสัชกรรม, ปัญหาจากการใช้ยา, NAT2 genotype, อัตราผลสำเร็จการรักษา

Abstract

This study aimed to investigate the effects of pharmaceutical care development in patients with pulmonary tuberculosis. It was an action research analyzing pre- and post-intervention outcomes. The sample size consisted of pulmonary tuberculosis patients admitted to Pong Hospital after the system development, between May 24, 2025, and June 23, 2026 (13 months). Data was collected from medical records. Outcome data were analyzed using comparative descriptive statistics, and Fisher's exact test was utilized to compare qualitative outcomes. The results revealed that while participating in the study, participants in both groups exhibited some characteristics that were significantly different. These included anti-tuberculosis drug regimens (p=0.024), where all patients in the experimental group (100.0%) received the 2HRZE/4HR regimen while 81.8% of those in the control group received the same regimen; treatment duration extension (p<0.001), where the control group required treatment extension up to 51.5%, which was higher than the experimental group at only 9.1%; and NAT2 genotype testing (p<0.001), in which the experimental group received testing up to 45.5% while the control group received it at only 3.0%. For medication adherence patterns, no statistically significant difference was found (p=0.574), with both groups primarily utilizing self-preparation of medications and being supervised by relatives (DOT). Regarding the final treatment outcomes at the end of treatment, the experimental group achieved a treatment success rate as

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลปง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

high as 97.0% with zero mortality, whereas the control group had a treatment success rate of 87.9% and a mortality rate of 12.1%. However, the statistical analysis for the overall treatment outcomes showed no statistically significant difference (p=0.358), and no patients experienced treatment failure or default in either group.

Keywords: Pharmaceutical care, Drug-related problems, NAT2 genotype, Treatment success rate

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis ซึ่งสามารถติดต่อกันผ่านทางอากาศด้วยการหายใจ การไอ การจาม หรือการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยวัณโรคเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก วัณโรคเป็นได้ทุกอวัยวะ แต่ที่พบมากที่สุดคือที่ปอด (pulmonary TB) และ endobronchial tree ประมาณร้อยละ 80 ของวัณโรคทั้งหมด และสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ [1]

วัณโรคปอดถือเป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนใน พ.ศ.2562-2566 พบเป็นวัณโรคปอด(pulmonarytuberculosis : PTB) ถึงร้อยละ 85 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคพบการรักษาสำเร็จมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตระหว่างการรักษา และการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค โดยอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 8.2 ในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ. 2565 และอัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ที่ร้อยละ 4.7 ในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งทำให้อัตราการรักษาสำเร็จลดลงจากร้อยละ 85.6 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 79.8 ในปี พ.ศ. 2565 [2]

จากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาลปงในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวน 53 ราย อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 17.24 อัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 3.45 อัตราการรักษาสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 79.31 เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 73 ปี และมีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป นอกจากนั้นยังพบปัญหาจากการใช้ยาที่หลากหลาย เช่น การสั่งใช้ยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ขาดนัด ขาดยา ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยรับประทานยาผิดขนาด ลืมรับประทานยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและยาที่รับประทานอยู่ ขาดนวัตกรรมหรือเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มความถูกต้องในการรับประทานยา วิธีการหรือระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้การค้นหาปัญหาจากการใช้ยาล่าช้า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ส่งผลต่อการรักษาและการดื้อยาตามมาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค พบรายงานการวิจัยของ พรพิมล รัศมีวงษ์จันทร์[3] ที่ทำการพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการพัฒนา ระยะที่ 2 แสวงหาแนวทางการพัฒนา และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 3 ประเมินผลระบบการพัฒนางานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาระบบด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและมีการประสานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้กระบวนการได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของภมร เลิศวรวิทย์[4] ที่ทำการศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปี 2562 อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองศึกษาโดยใช้การสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริบาลเภสัชกรรม ปัญหาการใช้ยาของ

ผู้ป่วย ผลการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการรักษา กลุ่มทดลองหลังดำเนินการใช้การบริบาลเภสัชกรรม มีอัตราการรักษาหายร้อยละ 71.1 รักษาครบร้อยละ 6.5 รวมเป็นร้อยละ 77.2 ซึ่งได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการบริบาลเภสัชกรรมในคลินิกวัณโรค ทำให้มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้นและส่งเสริมความ ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อีกทั้งสามารถร่วมมือกับสหวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ส่งผลให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนิสารัตน์ คำด้วงและ ศุภวรรณ พงศ์พัฒนาวุฒิ[5] ที่ศึกษาผลของการให้การบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีผลเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลองพบปัญหาจากการรักษาด้วยยาทั้งหมด 115 ปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้ 92 ปัญหา (ร้อยละ 80) ปัญหาจากการรักษาด้วยยาที่พบมากที่สุด คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 47) แสดงให้เห็นว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอดทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการบริบาลเภสัชกรรม จึงได้นำเสนอข้อมูลปัญหาในการให้การบริบาลเภสัชกรรมที่ผ่านมาให้ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในคลินิกวัณโรคทราบ และระดมความคิดเพื่อวางแนวทางการแก้ไขปัญหา นำมาซึ่งการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรม โดยเพิ่มขั้นตอน การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ก่อนพบแพทย์ เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา (prescribing error) ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ปรับการทำ intensive ADR ให้เต็มรูปแบบ ปรับการจ่ายยาแบบ Daily package เพิ่มการ DOT โดยคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล เพิ่มการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดด้วย Tele pharmacy ทั้งนี้คาดหวังให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีหลังการพัฒนาระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลปง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ผลก่อนและหลัง (Action research pre-post analysis) สถานที่วิจัย คือ คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง คลินิกเปิดให้บริการทุกวันศุกร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีการขึ้นทะเบียนรักษาและบันทึกข้อมูลโปรแกรมฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ในโรงพยาบาลปง

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปง ก่อนการพัฒนาระบบ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 - 30 เมษายน 2568 (19 เดือน)

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปง หลังการพัฒนาระบบ ระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม 2568 – 23 มิถุนายน 2569 (13 เดือน)

โดยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด และรับยาต้านวัณโรคที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลปง เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร

กันได้เข้าใจโดยภาษาไทย และได้รับการยินยอมจากญาติผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจหรือญาติผู้ดูแลไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามการรักษาได้ ผู้ป่วยที่ย้ายไปรักษายังสถานพยาบาลอื่น

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน[6] กำหนดค่าพารามิเตอร์สำหรับการทดสอบสมมุติฐานชนิดสองทาง (Two tail test) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ α = .05, power = .80 กำหนดค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรสูงสุด (effect size) = 0.80 และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20[7] เพื่อการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (drop-out rate) โดยคำนวณจากสูตรของกัปตาและคณะ[8] คิดเป็นจำนวน 7 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน รวมตัวอย่างทั้งหมด 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยวัณโรคตามนัด

แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยวัณโรค by tele pharmacy

ยาแบบรวมในซองเดียวกัน (Daily Drug Package)

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาและบันทึกข้อมูลโปรแกรมฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ในโรงพยาบาลปงในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 เมษายน 2568

2. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และเสนอทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยวัณโรค (แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค เจ้าหน้าที่รพ.สต.) เพื่อระดมความคิดแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา นำมาซึ่งรูปแบบในการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรม ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยข้างต้น

3. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ดังนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ประกอบไปด้วยข้อมูลพื้นฐาน (เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง IBW สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพ (ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้ยา สมุนไพร อาหารเสริมที่มีผลต่อค่าการทำงานของตับและไต) ผลเสมหะย้อมเชื้อ ผลเอ็กซเรย์ การวินิจฉัย โรคร่วม ผล LAB ก่อนเริ่มยา สูตรยาที่ใช้ ผู้ดูแล DOT ยา เบอร์โทรศัพท์ ขนาดยาที่แนะนำ การให้คำปรึกษาด้านยา โดยระบุประเด็นหลัก คือ ความรู้เรื่องโรค ข้อบ่งใช้ของยา ขนาดยาที่รับประทาน อาการข้างเคียงจากยา ความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง การจัดการปัญหาเมื่อลืมรับประทานยา การเก็บรักษายา และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วยทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ทำ Intensive ADR แบบเต็มรูปแบบ (แนะนำอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ลง note ในโปรแกรม HosxP ออกบัตรเฝ้าระวังการแพ้ยา) ระบุวันที่นัดผู้ป่วยทำ Tele pharmacy และวันที่แพทย์นัด

3.2 แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยวัณโรคตามนัด ประกอบไปด้วยข้อมูลที่ต้องติดตาม ดังนี้ น้ำหนัก BMI การมาตรงตามนัดหรือไม่ ผล LAB การเดินทางมาโรงพยาบาล ปัญหาจากการใช้ยาที่พบ วันที่นัด ประเด็นที่ต้องติดตาม

3.3 แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยวัณโรค by tele pharmacy ประกอบไปด้วยข้อมูลที่ต้องติดตาม ดังนี้ จำนวนยาที่เหลือ ปัญหาจากการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ พร้อมแนวทางแก้ไข และประเด็นที่ต้องติดตามต่อ

3.4 ยาแบบรวมในซองเดียวกัน (Daily Drug Package)

4. ดำเนินการให้การบริบาลเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยทั้งหมด 9 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ขณะแรกรับที่เริ่มยาต้านวัณโรค

ครั้งที่ 2-5 ช่วงการรักษาแบบเข้มข้น (2 เดือนแรก)

ครั้งที่ 6-9 ช่วงการรักษาแบบต่อเนื่อง (เดือนที่ 3-6 หรือเดือนที่ 3-9 กรณีขยายเวลาการรักษา)

กิจกรรมการบริบาลเภสัชกรรมหลังการพัฒนาระบบ มีดังนี้

ให้คำปรึกษาด้านยาก่อนพบแพทย์ (Pre-counselling) : กรณีผู้ป่วยรายใหม่เภสัชกรจะคำนวณขนาดยาที่แนะนำให้แพทย์พิจารณา ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค ข้อบ่งใช้ของยา อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจ เกิดขึ้นได้ การจัดการเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์แต่ละชนิด กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ ดื่มสุรา ใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริมที่ส่งผลต่อการทำงานของตับและไต จะเริ่มยาในขนาดต่ำๆ แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง พฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความเสี่ยง ระบุการส่งตรวจ NAT2 genotype เน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง ความรุนแรงของโรคหากเกิดการดื้อยาหรือการรักษาล้มเหลว กรณีผู้ป่วยรายเดิมที่มาตามนัด เภสัชกรจะดำเนินการค้นหา DRPs ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ น้ำหนักตัวของผู้ป่วย พร้อมคำนวณขนาดยาที่ต้องปรับเปลี่ยน หากผู้ป่วยเกิด DRPs หรือน้ำหนักตัวมีการเปลี่ยนแปลง

ทำ Intensive ADR แบบเต็มรูปแบบ คือ counseling อาการไม่พึงประสงค์จากยา การจัดการเมื่อเกิดอาการดังกล่าว ลง note ในโปรแกรม HosxP ออกบัตรเฝ้าระวังการแพ้ยา และติดสติกเกอร์อาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์บนซองยา daily package

ให้คำปรึกษาด้านยาหลังพบแพทย์ (Post-counselling) : หลังแพทย์มีคำสั่งใช้ยา เภสัชกรจะทำการทวนสอบความถูกต้องทั้งชนิด ขนาด วิธีใช้ จำนวน รวมทั้ง Drug interaction หากพบความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาจะดำเนินการ consult แพทย์เพื่อแก้ไข จากนั้นดำเนินการจัดยาแบบ daily package ให้ครบตามวันนัด (กรณีผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดเภสัชกรจะดำเนินการจัดเตรียมยาไว้ล่วงหน้า 1 วัน เพื่อความรวดเร็วในการจัดจ่ายยา)

เภสัชกรดำเนินการจ่ายยาแบบ one stop service ณ คลินิกวัณโรค โดยก่อนจ่ายจะให้ผู้ป่วยและญาติตรวจสอบชนิดและจำนวนยาที่ได้รับให้ถูกต้อง ครบถ้วน หลังจากนั้นเภสัชกรจึงดำเนินการจ่ายยาโดยอธิบายข้อบ่งใช้ของยา ขนาดยาที่ได้รับ อาการไม่พึงประสงค์จากยา การแก้ไขและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบในการ DOT ยาให้ผู้ป่วยหากประเมินแล้วผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะรับประทานยาไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอ พร้อมทั้งสอนวิธีการ DOT ยาให้แก่ผู้ดูแล ระบุเวลาที่รับประทานยาหน้าซองยา เน้นย้ำการรับประทานยาสม่ำเสมอ ตรงเวลา แนะนำวิธีการเก็บรักษายาไม่ให้เสื่อมสภาพ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยนำซองยาเดิมมาด้วยทุกครั้งเพื่อทวนสอบการรับประทานยา กรณีผู้ป่วยรายใหม่ทำการนัดวันและเวลาที่จะติดตามการใช้ยาโดย Tele pharmacy

ติดตามผู้ป่วยโดย Tele pharmacy เภสัชกรดำเนินการติดตามผู้ป่วยโดยใช้แอปพลิเคชั่นหมอพร้อมหรือสามาร์ทโฟน โดยสอบถามการรับประทานยา จำนวนยาที่เหลือ ค้นหา DRPs อาการไม่พึงประสงค์จากยา และประเด็นปัญหาเดิมของผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ โดยจะติดตามผู้ป่วย 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 หลังเริ่มยาต้านวัณโรค

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคก่อนพัฒนาระบบ (กลุ่มควบคุม) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากเวชระเบียนตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 เมษายน 2568 (19 เดือน) โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนัก อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ผลเสมหะ

ย้อมเชื้อ ผลเอ็กซเรย์ การวินิจฉัย สูตรยาที่ใช้ในการรักษา ปัญหาจากการใช้ยา ผลการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา การส่งตรวจ NAT2 genotype ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาระบบ (กลุ่มทดลอง) จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาและบันทึกข้อมูลโปรแกรมฐานข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Information Program: NTIP) ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค ในโรงพยาบาลปงในช่วงวันที่ 24 พฤษภาคม 2568 – 23 มิถุนายน 2569 โดยใช้เครื่องมือในการติดตามเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยวัณโรค และแบบบันทึกติดตามผู้ป่วยวัณโรค by tele pharmacy ร่วมกับข้อมูลอื่นๆ ในฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย โดยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยแต่ละรายทั้งหมด 9 ครั้ง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 13 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) : ใช้ความถี่และร้อยละในการสรุปตัวแปรต่าง ๆ ใช้สถิติ Chi- square test ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพระหว่างกลุ่ม ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติ Kruskal Wallis test ในการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างกลุ่ม ได้แก่ อายุ วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์โดยใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบ (Inferential Statistics) : ใช้สถิติ Fisher exact test ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ทั้งอัตราผลสำเร็จของการรักษา (Treatment success rate) อัตราตาย (Death rate)

จริยธรรมการวิจัย

ยื่นขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา หมายเลขรับรองการวิจัย เลขที่ 027/2568 วันที่รับรอง 23 พฤษภาคม 2568

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 33 ราย และ กลุ่มทดลอง 33 ราย คุณลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 62-64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรส จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริม

กลุ่มควบคุมมีการใช้สูตรยามาตรฐานในการรักษาวัณโรคร้อยละ 81.8 เมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองที่ใช้สูตรยามาตรฐานร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องด้วยผู้ป่วยกลุ่มควบคุมเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ภาวะตับอักเสบ ภาวะดื้อยา ทำให้ไม่สามารถใช้ยาสูตรมาตรฐานได้ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนและรูปแบบการรับประทานยาที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่จะจัดยารับประทานเอง และ DOT โดยญาติ กลุ่มควบคุมมีการขยายเวลาการรักษาสูงถึงร้อยละ 51.5 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีการขยายเวลาเพียงร้อยละ 9.1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนอัตราการดื้อยาของทั้งสองกลุ่มถือว่าต่ำมาก จึงไม่มีปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยาที่จะมาเป็นปัจจัยกวน (Confounding factor) ต่อผลการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มควบคุมมีการส่งตรวจ NAT2 genotype เพียงร้อยละ 3.0 ขณะที่กลุ่มทดลองมีการส่งตรวจสูงถึงร้อยละ 45.5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งการส่งตรวจดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพิษต่อตับจากยาต้านวัณโรคที่มียีน NAT2 แบบ Slow acetylator ได้รับการปรับขนาดยา Isoniazid เป็น 2.5 mg/kg/day สามารถให้ยาสูตรมาตรฐานกลับเข้าไปใหม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถใช้ยาสูตรมาตรฐานได้ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองขณะเข้าร่วมการวิจัย

คุณลักษณะ	กลุ่มควบคุม (N=33)	กลุ่มทดลอง (N=33)	P-value
สูตรยารักษาวัณโรค			**0.024**
- 2HRZE/4HR	27 (81.8)	33 (100.0)	.....
- 2HRE/7HR	4 (12.1)	0 (0.0)	.....
- 9RZE	2 (6.1)	0 (0.0)	.....
การรับประทานยา			**0.574**
- จัดยาทานเอง	18 (54.5)	14 (42.4)	
- DOT โดยญาติ	13 (39.4)	15 (45.5)	
- DOT โดยเจ้าหน้าที่/อสม.	2 (6.1)	4 (12.1)	
ขยายระยะเวลาการรักษา	**17 (51.5)**	**3 (9.1)**	**<0.001**
ดื้อยา			
- Isoniazid	1 (3.0)	0 (0.0)	
- Rifampicin	0 (0.0)	0 (0.0)	
ส่งตรวจ NAT2 genotype	**1 (3.0)**	**15 (45.5)**	**<0.001**

ผลลัพธ์ของการรักษา

หลังการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรม พบผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีผลเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2 ร้อยละ 93.9 ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่มีผลเสมหะเป็นลบร้อยละ 90.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2

ผลการรักษา	กลุ่มควบคุม (N=33)	กลุ่มทดลอง (N=33)	P-value
- ผลเสมหะเป็นลบ	30 (90.9)	31 (93.9)	1.000
- ผลเสมหะเป็นบวก	3 (9.1)	2 (6.1)	

เมื่อสิ้นสุดการรักษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราผลสำเร็จการรักษา (treatment success rate) ร้อยละ 97.0 เหนือกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราผลสำเร็จการรักษาร้อยละ 87.9 แต่ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.358) ส่วนอัตราการเสียชีวิตของทั้งสองกลุ่มยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (p=0.114) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา (Final outcome)

ผลการรักษา	กลุ่มควบคุม (N=33)	กลุ่มทดลอง (N=33)	P-value
อัตราผลสำเร็จการรักษา (treatment success rate)	**29 (87.9)**	**32 (97.0)**	**0.358**
รักษาหาย (Cured)	29 (87.9)	32 (97.0)	
รักษาครบ (Treatment completed)	0 (0.0)	0 (0.0)	
รักษาล้มเหลว (Treatment failed)	0 (0.0)	0 (0.0)	....
เสียชีวิต (died)	4 (12.1)	0 (0.0)	0.114
ขาดยา (lost to follow-up)	0 (0.0)	0 (0.0)	....
โอนออก (transfer out)	0 (0.0)	1 (3.0)	1.000

จากตารางที่ 3 กลุ่มควบคุมพบปัญหาจากการใช้ยา 3 อันดับแรก คือ ใช้ยาเกินขนาดการรักษา (supra-therapeutic dosage) 23 ครั้ง แก้ไขได้ 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.7 รองลงมาคือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (non-compliance) 19 ครั้ง แก้ไขได้ 7 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 36.8 และ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) 15 ครั้ง แก้ไขได้ร้อยละ 100.0 ส่วนกลุ่มทดลองพบปัญหาจากการใช้ยาน้อยกว่า โดยปัญหาจากการใช้ยา 3 อันดับแรก คือ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 9 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา 4 ครั้ง และ เกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interactions) 3 ครั้ง โดยปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมด สามารถแก้ไขได้ร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

ผลของการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอดในการศึกษานี้ สรุปผลได้ดังนี้

1. ผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาเดือนที่ 2 ทั้งสองกลุ่มมีอัตราผลเสมหะเป็นลบสูงมาก (มากกว่าร้อยละ 90) โดยกลุ่มทดลองอยู่ที่ร้อยละ 93.9 และกลุ่มควบคุมอยู่ที่ ร้อยละ 90.9 ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่น่าพึงพอใจตามมาตรฐานการรักษา[1] แม้จะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อัตราผลสำเร็จการรักษา (Treatment success rate) กลุ่มทดลองมีอัตราผลสำเร็จการรักษาร้อยละ 97.0 เหนือกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราผลสำเร็จการรักษาร้อยละ 87.9 แม้จะไม่แสดงความแตกต่างทางสถิติอย่างชัดเจน เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด แต่ในเชิงระบาดวิทยาและคลินิก รูปแบบการดูแลในกลุ่มทดลองสามารถยกระดับอัตราผลสำเร็จการรักษาให้สูงขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตให้เป็นศูนย์ได้ ซึ่งเป็นผลลัพธ์เชิงบวกที่สะท้อนจากระบบการตรวจ NAT2 genotype และการควบคุมระยะเวลาการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

3. อัตราการเสียชีวิต (Motality rate) พบว่ากลุ่มควบคุมมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 12.1 ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีผู้เสียชีวิตเลย (ร้อยละ 0.0) แม้การทดสอบทางสถิติจะไม่พบนัยสำคัญ ($p=0.114$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขนาดกลุ่มตัวอย่างมีไม่เพียงพอ แต่ในทางคลินิกถือว่าผลลัพธ์มีความแตกต่างอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานันดร์[9] ที่ระบุว่า ผู้ป่วยวัณโรคมักมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นหากมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตับอักเสบจากการใช้ยาหรือการมีโรคร่วมอื่นๆ ดังนั้น บทบาทเชิงรุกของการบริบาลทางเภสัชกรรมในการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาและอันตรกิริยาระหว่างยา จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

4. อัตราการขยายระยะเวลาการรักษา กลุ่มควบคุมมีการขยายระยะเวลาการรักษาสูงถึงร้อยละ 51.5 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีการขยายระยะเวลาการรักษาเพียง ร้อยละ 9.1 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แสดงให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกในกลุ่มทดลองสามารถลดสัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องถูกยืดระยะเวลาการรักษาลงได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่ได้รับสูตรยาทางเลือกอื่น (2HRE/7HR และ 9RZE) รวมถึงมีผู้ป่วยดื้อยา Isoniazid (ร้อยละ 3.0) ซึ่งสูตรยาเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานกว่าสูตรมาตรฐาน (2HRZE/4HR) อยู่แล้ว ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับสูตรยามาตรฐาน 6 เดือนครบทุกราย (ร้อยละ 100.0) และไม่มีประวัติดื้อยา นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการส่งตรวจ NAT2 genotype สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งการส่งตรวจพันธุกรรมนี้จะช่วยให้ทีมการรักษาและเภสัชกรทราบความเร็วในการ

ทำลายยา Isoniazid ของผู้ป่วยแต่ละรายล่วงหน้า ทำให้สามารถปรับขนาดยาได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดตับอักเสบจากยา (ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ต้องหยุดยาและขยายเวลาการรักษา) และลดการเกิดระดับยาในเลือดต่ำจนรักษาไม่ได้ผลได้ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าประชากรไทยมีสัดส่วนผู้มียีน NAT2 ชนิดย่อยสลายยาช้า (Slow acetylators) ค่อนข้างสูง ซึ่งเสี่ยงต่อการสะสมสารพิษจนเกิดภาวะตับอักเสบจากยาหลักอย่าง Isoniazid[10] การที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการส่งตรวจคัดกรอง NAT2 diplotype ก่อนหรือระหว่างการรักษา[11] จึงช่วยให้เภสัชกรร่วมกับทีมแพทย์สามารถปรับขนาดยาให้สอดคล้องกับอัตราเมแทบอลิซึมของผู้ป่วยเฉพาะราย (Personalized Medicine) ได้ทันท่วงที ป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงรุนแรงที่ทำให้ต้องหยุดยาชั่วคราว หรือป้องกันระดับยาต่ำเกินไปจนเสี่ยงล้มเหลวและต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาซ้ำ[12] ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง มี Adherence ที่ดี และสามารถสิ้นสุดการรักษาได้สำเร็จตามกรอบเวลามาตรฐาน 6 เดือนโดยไม่ต้องขยายระยะเวลาการรักษา

5. อัตราปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) ที่แก้ไขได้ เมื่อพิจารณาปัญหาจากการใช้ยา พบว่ากระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกสามารถยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มทดลองสามารถแก้ไขปัญหา DRPs ที่เกิดขึ้นได้สำเร็จครบถ้วนร้อยละ 100.0 ในทุกหัวข้อ โดยเฉพาะการจัดการปัญหาใช้ยาเกินขนาด (Supra-therapeutic dosage) และปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-compliance) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าบทบาทการเฝ้าระวังและการแทรกแซงทางเภสัชกรรมอย่างทันท่วงที ไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงเชิงคลินิกจากอาการไม่พึงประสงค์และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา แต่ยังเป็นปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการทานยา (Adherence) จนนำไปสู่อัตราผลสำเร็จการรักษาที่สูงขึ้น สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ อรทัย และพัชราภรณ์[13] ที่พบว่าการติดตามและสืบค้น DRPs อย่างเป็นระบบโดยเภสัชกรช่วยยกระดับความไวในการตรวจพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ดียิ่งขึ้นนอกจากนี้ อัตราการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) ได้สำเร็จเต็มร้อยเปอร์เซ็นต์ในกลุ่มทดลองนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ และคณะ[15] และ ปัทมา และสุภารัตน์[16] ที่ระบุว่าการประเมิน Adherence ควบคู่ไปกับการแก้ไข DRPs เช่น อาการข้างเคียงจากยาและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นกลไกหลักที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการกินยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลลดพฤติกรรมการหยุดยาหรือลืมกินยาลงได้อย่างชัดเจน และส่งผลลัพธ์โดยตรงทำให้อัตราความสำเร็จในการรักษาภาพรวมเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรม เช่น การประเมินความเสี่ยงล่วงหน้า Telepharmacy และการเฝ้าระวังปัญหา DRPs แบบใกล้ชิด ไปบรรจุไว้ในแนวทางการปฏิบัติงาน (SOP) ของคลินิกวัณโรค เพื่อลดปัญหาผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Non-compliance) และเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา

2. ควรสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลและการประสานงานที่รวดเร็วระหว่างแพทย์และเภสัชกร เมื่อเภสัชกรตรวจพบอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug Interactions) กับโรคร่วม หรือตรวจพบแนวโน้มการเกิดพิษต่อตับ เพื่อให้การปรับเปลี่ยนสูตรยาหรือขนาดยามีความปลอดภัยและทันท่วงที ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้

3. เนื่องจากการตรวจยีน NAT2 genotype ร่วมกับการบริบาลทางเภสัชกรรมสามารถลดอัตราการขยายระยะเวลาการรักษา และช่วยป้องกัน

ปัญหาการใช้ยาเกินขนาด (Supra-therapeutic dosage) ได้อย่างเป็นรูปธรรม โรงพยาบาลจึงควรสนับสนุนให้มีการส่งตรวจยีน NAT2 diplotype เป็นมาตรฐาน (Routine practice) ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ใหญ่ขึ้นและอาจพิจารณารูปแบบการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในหลายศูนย์ (Multicenter Randomized Controlled Trial) เพื่อเพิ่มอำนาจทางสถิติ (Statistical Power) ในการทดสอบตัวแปร ทั้งอัตราผลสำเร็จการรักษา (Treatment success rate) อัตราการเสียชีวิต (Mortality rate) และ อัตราผลเสมหะเปลี่ยนเป็นลบในเดือนที่ 2 ซึ่งการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างอาจจะยังมีขนาดเล็กเกินไป

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่า (Cost-effectiveness analysis) ของการนำโมเดลการตรวจยีน NAT2 ร่วมกับการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกมาใช้ เพื่อเปรียบเทียบดูว่าต้นทุนที่ใช้ในการตรวจยีนและเวลาของบุคลากร มีความคุ้มค่าเพียงใดเมื่อเทียบกับมูลค่าที่ประหยัดได้จากการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการลดระยะเวลาการรักษาของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1253220220330064337.pdf
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562-2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tbthailand.org/download/Manual/สถานการณ์และผลการดำเนินงาน %20TB%20ปี%2062%20-%2066.pdf
3. พรพิมล รัศมีวงษ์จันทร์. การพัฒนาระบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรค อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567] ;5(1):38-54. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MDHJ/article/view/262332
4. ภมร เลิศวรวิทย์. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปี 2562 อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10704
5. นิสารัตน์ คาด้วง, ศุภวรรณ พงศ์พัฒนาวุฒิ. ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารเภสัชกรรมไทย 2561;10(2): 345-56.
6. Cohen J. (1977). Statistical power for the behavioral sciences. 2nded. New York: Academic Press.
7. Burns, N., & Groove, S. K. (2009). The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. St. Louis: Saunders Elsevier.
8. Gupta, K.K., Attri, J.P., Singh, A., Kaur, H. & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. Saudi Journal of Anesthesia, 10, 328-331.
9. ฐานันดร์ ฐานวิเศษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารชัยภูมิการแพทย์. 2563;40(1):97-107. Available from: https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/8860/9194
10. สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์. แนวทางการใช้ผลตรวจยีน NAT2 เพื่อปรับขนาดยาต้านวัณโรค Isoniazid เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2567. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/07/5.8-2-NAT2-Version-newlong.pdf
11. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การตรวจยีน NAT2 (NAT2 diplotype) เพื่อการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยวัณโรค. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2568 [cited 2026 Jul 3]. Available from: https://kmis.dmsc.moph.go.th/th/news/3/detail/15112

12. Wattanapokayakit S, Sawaengdee W, Kunhapan P, Prakongsup P, Kasamatsu A, Imsanguan W, et al. NAT2 rapid acetylator phenotype and increased risk of tuberculosis retreatment: A TB cohort study in Northern Thailand. Int J Infect Dis. 2025;141:108123. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2025.108123
13. อรทัย ทรงเที่ยง, พัชราภรณ์ ปัญญานะ. ผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกแก่ผู้ป่วยวัณโรคประเภทผู้ป่วยในต่อปัญหาจากการใช้ยาและผลการรักษา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2566;19(3):45-56. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/262469
14. สมบัติ สุวรรณนันท์, สายทิพย์ สุทธิรักษา, และ รจเรศ นิธิไพจิตร. (2565). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระยะเข้มข้น. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 18(2), 65-78. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/258262
15. ปัทมา มะโนวรรณ, สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ. ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2564;4(1):89-102. Available from: https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10704

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย

Relation of Creatine Supplementation and Increase of Total Body Water.

(Received: June 26,2026 ; Revised: July 6,2026 ; Accepted: July 11,2026)

อิสระ พุฒิพุฒชาติ[1] ภาวิต หน่อไชย[2] สิรภัทรา ทองสว่าง[2]
Isara Putiputachart [1] Phawit Norchai[2] Siraphatthra Thongsawang[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ บทความปริทัศน์เชิงบรรยายร่วมกับกระบวนการสืบค้นอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับผลของการเสริมครีเอทีนต่อปริมาณน้ำในร่างกายโดยรวม (total body water, TBW) น้ำภายในเซลล์ (intracellular water, ICW) และน้ำภายนอกเซลล์ (extracellular water, ECW) รวมถึงวิเคราะห์ตัวแปรร่วมที่ส่งผล ได้แก่ การเสริมครีเอทีนแบบการให้ขนาดสูงระยะสั้น (loading phase) กับการเสริมในระยะคงระดับ (maintenance phase) ขนาดและระยะเวลาการเสริม เพศกำเนิด สถานะการฝึกซ้อมการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ และวิธีการวัดมวลน้ำ โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar เฉพาะการศึกษาในมนุษย์ ได้ผลการสืบค้นทั้งหมด 2,970 การศึกษา หลังผ่านการคัดกรอง มีบทความนำมาทบทวนรวมทั้งสิ้น 12 การศึกษา ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยการเปรียบเทียบขนาดและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขนาดและระยะเวลาการเสริมครีเอทีน วิธีการวัดปริมาณน้ำในร่างกาย และตัวแปรร่วม โดยแบ่งกลุ่มตามเพศ สถานะการฝึกซ้อมการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ ขนาดและระยะเวลาการเสริมครีเอทีน

ผลการศึกษาพบว่า การเสริมครีเอทีนส่งผลให้ปริมาณน้ำในร่างกายโดยรวม (TBW) เพิ่มขึ้นประมาณ 1–2 ลิตร ซึ่งเกิดขึ้นในส่วนของน้ำภายในเซลล์ (ICW) เป็นหลัก ประมาณ 0.6–1.0 ลิตร และเกิดขึ้นในส่วนของน้ำภายนอกเซลล์ (ECW) ประมาณ 0.46 ลิตร โดยพบว่า ขนาดของการเสริมครีเอทีนในระยะคงระดับในช่วง 3–5 กรัมต่อวัน สามารถส่งผลต่อการเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายได้สอดคล้องกับคุณสมบัติออสโมติกของครีเอทีนที่ดึงน้ำเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ ส่วนตัวแปรร่วมที่ศึกษาพบว่า เพศชายตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำได้มากกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงที่อยู่ในช่วงระยะ luteal phase ของรอบประจำเดือน มีปริมาณน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นมากที่สุดหลังการเสริม ในทางกลับกัน ไม่พบความแตกต่างของอย่างชัดเจนของการเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายเมื่อพิจารณาตามขนาดของการเสริม ระยะเวลาที่ใช้ในการเสริม รวมถึงสถานะการฝึกซ้อมการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: ครีเอทีน , ครีเอทีนเสริมอาหาร , มวลน้ำในร่างกาย

Abstract

This study was survey research conducted as a review article incorporating a systematic search process. The objective was to synthesize evidence regarding the effects of creatine supplementation on total body water (TBW), intracellular water (ICW), and extracellular water (ECW), as well as to examine relevant covariates, including short-term high-dose creatine supplementation, commonly referred to as the loading phase, maintenance-phase supplementation, supplementation dose and duration, biological sex, systematic exercise training status, and methods used to assess body water compartments. Relevant studies were identified through searches of PubMed and Google Scholar, limited to human studies. A total of 2,970 records were retrieved. After screening, 12 studies were included in the review. Data were analyzed descriptively by comparing sample size and participant characteristics, creatine supplementation dose and duration, methods for assessing body water compartments, and relevant covariates.

The included studies were categorized according to sex, systematic exercise training status, supplementation dose, and supplementation duration. The findings indicated that creatine supplementation increased total body water (TBW) by approximately 1–2 L. This increase occurred predominantly in the intracellular water (ICW)

[1] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
[2] สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
Corresponding author: Isara Putiputachart E-mail: isara.putiput@gmail.com

compartment, with an increase of approximately 0.6–1.0 L, while extracellular water (ECW) increased by approximately 0.46 L. A maintenance dose of 3–5 g/day was sufficient to increase body water, which is consistent with the osmotic properties of creatine that promote water movement into muscle cells. Among the covariates examined, males appeared to show a greater increase in body water than females. In contrast, females in the luteal phase of the menstrual cycle demonstrated the greatest increase in body water following supplementation. However, no clear differences in body water changes were observed when stratified by supplementation dose, supplementation duration, or systematic exercise training status.

Keywords: Creatine, Creatine Supplementation, Total Body Water

บทนำ

ครีเอทีนเป็นหนึ่งในสารเสริมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในโภชนาการกีฬาในฐานะสารเสริมสมรรถภาพ (ergogenic aids) เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในระบบฟอสโฟครีเอทีน ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวควบคุม Adenosine triphosphate (ATP) ระยะสั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อ[1] การศึกษาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า การเสริมครีเอทีนช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ (lean body mass) และลดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย[2] นอกจากนี้ครีเอทีนเสริมอาหารยังส่งผลต่อปริมาณน้ำในร่างกายโดยรวม (total body water, TBW) อันเป็นผลจากคุณสมบัติออสโมซิสของครีเอทีน ซึ่งทำให้เกิดการกักเก็บน้ำเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อหรือการกระจายตัวของน้ำภายในเซลล์[3] การเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำในร่างกายโดยรวมอาจเป็นประโยชน์ต่อเซลล์กล้ามเนื้อ โดยนำไปสู่การบวมของเซลล์กล้ามเนื้อซึ่งเป็นสัญญาณกระตุ้นการสังเคราะห์โปรตีน หรืออาจเป็นความเสี่ยง เช่น อาการบวมน้ำหรือความไม่สมดุลของของเหลวในร่างกาย[4] ซึ่งมีงานวิจัยหลายชิ้นรายงานว่า TBW เพิ่มขึ้นภายหลังการเสริมครีเอทีน[3, 5, 6] อย่างไรก็ตามบางการศึกษารายงานว่าไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ TBW อย่างมีนัยสำคัญภายหลังการเสริมครีเอทีน[7] ดังนั้นการสังเคราะห์โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของ TBW ภายหลังการเสริม ครีเอทีนจึงมีความสำคัญ เพื่อตอบคำถามว่า ครีเอทีนเสริมอาหารสามารถเพิ่ม TBW ได้มากน้อยเพียงใด ทั้งในส่วนของน้ำภายในเซลล์และภายนอกเซลล์ รวมถึงผลกระทบจากตัวแปรร่วม เช่น เพศ อายุ การออกกำลังกาย และระยะเวลาการเสริม บทความปริทัศน์ฉบับนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมครีเอทีนกับการเพิ่มขึ้นของ TBW เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบการศึกษาทางคลินิก และการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา

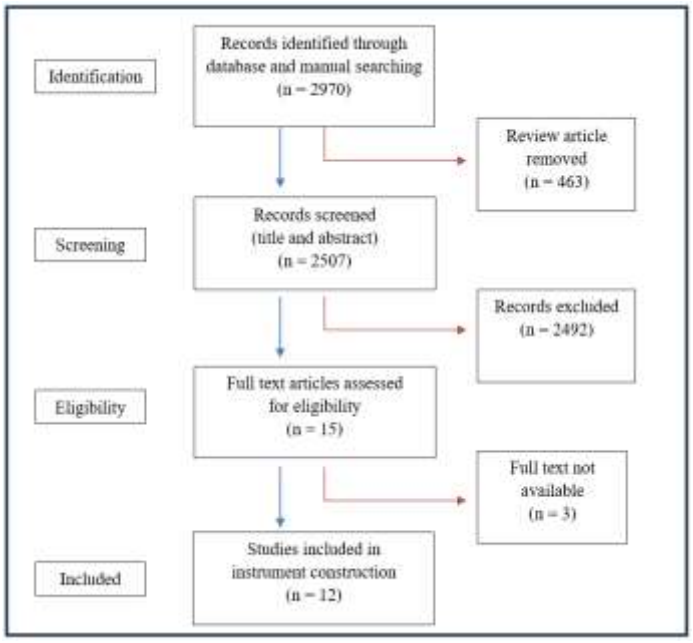
วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อสังเคราะห์หลักฐานที่มีอยู่เกี่ยวกับผลของการเสริมครีเอทีนต่อปริมาณน้ำในร่างกายโดยรวม

2. เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรร่วมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำในร่างกายภายหลังการเสริมครีเอทีน เช่น การให้ครีเอทีนขนาดสูงในระยะสั้น ปริมาณการเสริม เพศ และ การฝึกซ้อมการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ

วิธีการศึกษา

การสืบค้นวรรณกรรมดำเนินการในฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar โดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ creatine, creatine supplement, total body water, intracellular water, extracellular water, human studies, sport, exercise, training, gender, dosage, duration จากนั้นรวบรวม คัดกรอง และจัดเก็บการศึกษาทั้งหมดเพื่อนำมาวิเคราะห์ งานวิจัยที่ได้ทั้งหมด 12 การศึกษา กระบวนการสืบค้นแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาฉบับนี้ครอบคลุมงานวิจัยในมนุษย์ที่รายงานผลของการเสริมครีเอทีนต่อปริมาณน้ำในร่างกายโดยรวม (total body water, TBW) น้ำภายในเซลล์ (intracellular water, ICW) และน้ำภายนอกเซลล์ (extracellular water, ECW) รวมถึงการเสริมครีเอทีนแบบการให้ขนาดสูงระยะสั้น (loading phase) และการเสริมในระยะคงระดับ (maintenance phase) ทั้งก่อนและหลังการเสริม โดยไม่รวมการศึกษาในสัตว์ และการศึกษาที่ไม่มีการวัดปริมาณน้ำหรือของเหลวในร่างกาย

ผลการศึกษา

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลของทั้ง 12 การศึกษา ซึ่งมีความหลากหลายทั้งด้านลักษณะประชากร ขนาดของการเสริมครีเอทีน ระยะเวลาการเสริม และวิธีการประเมินปริมาณน้ำในร่างกาย พบว่าการเสริมครีเอทีนมีแนวโน้มเพิ่ม TBW ในเกือบทุกการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์มีความหลากหลายทั้งด้านสถานะสุขภาพและระดับกิจกรรมทางกาย โดยครอบคลุมผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีทั้งที่มีและไม่มีการฝึกซ้อมการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ กลุ่มนักกีฬาและนักเต้นระดับมหาวิทยาลัย ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต และผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ [3,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16]

เมื่อวิเคราะห์รูปแบบการเสริมครีเอทีน พบว่ามีความหลากหลายของรูปแบบการเสริม ทั้งการเสริมแบบขนาดสูงระยะสั้นร่วมกับระยะคงระดับ เช่น การให้ครีเอทีน 25 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ตามด้วย 5 กรัมต่อวัน จนครบ 30 วัน[3] และการให้ 21 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 5 วัน ตามด้วยการให้ครีเอทีน 3 กรัมต่อวัน ต่อเนื่องอีก 58 วัน[5] การเสริมครีเอทีนในรูปแบบการให้ขนาดสูงในระยะสั้น เช่น การให้ครีเอทีน 0.3 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน[8] รวมถึงการเสริมครีเอทีนใน ขนาดต่ำอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีช่วงการให้ขนาดสูงเริ่มต้น เช่น การให้ครีเอทีน 0.1 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์[9] และการการเสริมครีเอทีน 5 กรัมต่อวัน ต่อเนื่องนาน 12 เดือน[14] เมื่อพิจารณารูปแบบการเสริมครีเอทีนที่แตกต่างกันจะเห็นว่าสามารถเพิ่ม TBW ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดย

พบว่า ปริมาณน้ำในร่างกายโดยรวมเพิ่มขึ้นประมาณ 1–2 ลิตร หรือส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 0.5–2.4 กิโลกรัม [3,5,8-9,13,14,16] ทั้งนี้หลายการศึกษาระบุว่าการเพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดขึ้นใน ICW เป็นหลักโดยพบการเพิ่มขึ้นของ ICW อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ลิตร[5,13,14,15] ขณะที่การเพิ่มขึ้นของ ECW ประมาณ 0.46 ลิตร[13] ขณะที่สอดคล้องกับกลไกการออกฤทธิ์ของครีเอทีนที่มีคุณสมบัติทางออสโมติกและอาจส่งเสริมการเคลื่อนย้ายน้ำเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ[17]

แม้ว่าผลการศึกษาส่วนใหญ่จะสนับสนุนว่าการเสริมครีเอทีนสามารถเพิ่ม TBW ได้ แต่การตอบสนองต่อการเสริมครีเอทีนอาจแตกต่างกันตามตัวแปรร่วมบางประการโดยเฉพาะเพศ โดยมีรายงานว่าการเพิ่มขึ้นของ TBW มีนัยสำคัญเฉพาะในกลุ่มเพศชาย[11] ในเพศหญิง ระยะของรอบประจำเดือนอาจมีผลต่อการตอบสนองต่อการเสริมครีเอทีน โดยพบว่า TBW เพิ่มขึ้นชัดเจนในระยะ luteal phase[13] นอกจากนี้ มีรายงานว่า TBW มีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาภายหลังเริ่มเสริมครีเอทีน โดยเพิ่มขึ้นสูงสุดในวันที่ 3 และวันที่ 5 หลังเริ่มการเสริม ก่อนลดลงกลับสู่ระดับใกล้เคียงเดิมในวันที่ 7[12]

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่า การเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำในร่างกายโดยรวมภายหลังการเสริมครีเอทีนไม่แสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับขนาดหรือระยะเวลาของการเสริม[3,5,8,9,10,13,14,15] เมื่อพิจารณาจากการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มผู้ใหญ่สุขภาพดีที่มีและไม่มีฝึกซ้อมการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่า การเสริมครีเอทีนมีแนวโน้มเพิ่ม TBW ได้ในหลายกลุ่มประชากร อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนว่าสถานะการออกกำลังกายเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของ TBW[3,5, 8,9,10,11,12,13,14,15,16]

ส่วนวิธีการประเมินปริมาณน้ำในร่างกาย พบว่า มีการใช้เครื่องมือหลากหลายในการประเมิน ได้แก่ deuterium oxide dilution, bioelectrical impedance analysis (BIA), bioimpedance spectroscopy (BIS) และ dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) ซึ่งอาจส่งผลต่อความแตกต่างของค่าที่รายงานระหว่างการศึกษา [18,19,20,21,22,23]

นอกจากนี้ มีบางการศึกษาใช้ครีเอทีนร่วมกับสารอื่น เช่น คาร์โบไฮเดรต กลูตามีน[16] guanidinoacetic acid[11] ซึ่งอาจส่งผลต่อปริมาณน้ำในร่างกายและเป็นปัจจัยที่ควรพิจารณาในการตีความผลการวิเคราะห์หลักฐานโดยรวม

สรุปและอภิปรายผล

จากการทบทวนการศึกษาทั้ง 12 ฉบับ พบว่าการเสริมครีเอทีนเพิ่ม TBW ประมาณ 1–2 ลิตร โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นใน ICW ประมาณ 0.6–1.0 ลิตร และ ECW ประมาณ 0.46 ลิตร การกระจายตัวนี้สามารถอธิบายได้จากคุณสมบัติออสโมติกของครีเอทีน เมื่อครีเอทีนถูกขนส่งเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อผ่านตัวขนส่ง SLC6A8 ที่ขึ้นกับโซเดียม ครีเอทีนจะเพิ่มออสโมลาริตีภายในเซลล์และดึงน้ำเข้าสู่เซลล์[17] การเพิ่มขึ้นของน้ำภายในเซลล์หลังการเสริมครีเอทีน แสดงให้เห็นว่าน้ำที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ถูกสะสมอยู่ภายในเซลล์กล้ามเนื้อ มากกว่าการคั่งของน้ำบริเวณนอกเซลล์หรือภาวะบวมน้ำรอบนอก[5,14,15] ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของน้ำในร่างกายจากครีเอทีนจึงอาจสะท้อนถึงการเพิ่มความชุ่มชื้นของเซลล์กล้ามเนื้อ ซึ่งมีบทบาทสนับสนุนสภาพแวดล้อมภายในเซลล์ที่เหมาะสมต่อกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาเมื่อต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ครีเอทีน[10,17,24]

นอกจากนี้ การศึกษาพบว่า เพศอาจเป็นตัวแปรร่วมที่มีผลต่อการตอบสนองของปริมาณน้ำในร่างกายภายหลังการเสริมครีเอทีน มีรายงานการเพิ่มขึ้นของ TBW และ ICW อย่างมีนัยสำคัญเฉพาะในกลุ่มเพศชาย[11] การตอบสนองของปริมาณน้ำในร่างกายที่เด่นชัดกว่าในเพศชายอาจอธิบายได้จากปริมาณมวลกล้ามเนื้อหรือมวลไร้ไขมันที่มากกว่า เนื่องจากเนื้อเยื่อไร้ไขมันเป็นแหล่งสำคัญของน้ำในร่างกาย[25,26,27,28] ส่วนเพศหญิง มีงานวิจัยที่รายงานว่าระยะของรอบประจำเดือนมีผลต่อการตอบสนองต่อ

การเสริมครีเอทีน โดยพบว่า ระยะ luteal phase สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ TBW, ECF และ ICF อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม[13] ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า เพศ และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในรอบประจำเดือนอาจมีบทบาทต่อการกระจายตัวของน้ำในร่างกายภายหลังการเสริมครีเอทีน ซึ่งควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

เมื่อพิจารณาขนาดและระยะเวลาของการเสริมครีเอทีน พบว่า การศึกษาที่นำมาทบทวนมีรูปแบบการเสริมครีเอทีนที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การให้ครีเอทีนขนาดสูงในช่วงสั้น เช่น 20 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 5 วัน หรือ 0.3 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 7 วัน ไปจนถึงการให้ครีเอทีนร่วมกับระยะคงระดับ เช่น 3–5 กรัมต่อวัน เป็นเวลาหลายสัปดาห์ รวมถึงการให้ครีเอทีนขนาดต่ำต่อเนื่อง เช่น 0.1 กรัมต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 สัปดาห์[3,5,8,9,10,13,14,15] หากพิจารณาโดยรวมจะพบว่า TBW เพิ่มขึ้นภายหลังการเสริมครีเอทีนไม่ว่าเสริมในขนาดใด อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรูปแบบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างขนาดหรือระยะเวลาของการเสริมกับระดับการเพิ่มขึ้นของ TBW ดังนั้น ข้อมูลที่มีอยู่จึงสนับสนุนว่า การเสริมในขนาดคงระดับประมาณ 3–5 กรัมต่อวัน อาจเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำในร่างกายในบางกลุ่มประชากร[3,5,8,9,10,13,14,15] จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบผลของขนาดและระยะเวลาการเสริมอย่างเป็นระบบ

มีการศึกษาที่รายงานการเพิ่มขึ้นของ TBW ภายหลังการเสริมครีเอทีนทั้งในกลุ่มผู้ที่มีการออกกำลังกายหรือฝึกซ้อม เช่น นักกีฬา ผู้ที่ฝึกแบบแรงต้าน และนักเต้น รวมถึงในกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไต และผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์[8,9,10,14,15,16] ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า สถานะการออกกำลังกายอาจไม่ใช่ปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่กำหนดการเปลี่ยนแปลงของ TBW ภายหลังการเสริมครีเอทีน อย่างไรก็ตาม การฝึกแบบแรงต้านร่วมกับการเสริมครีเอทีนสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ TBW และ ICW มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[10] จึงอาจเป็นไปได้ว่าการฝึกแบบมีแรงต้านมีส่วนส่งเสริมผลของครีเอทีนต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำในร่างกาย โดยเฉพาะ ICW ทั้งนี้ ประเด็นดังกล่าวควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมด้วยการออกแบบการศึกษาที่สามารถแยกผลของครีเอทีน ออกจากผลของการออกกำลังกายได้อย่างชัดเจน

ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาที่นำมาทบทวน ควรพิจารณาปัจจัยกวนหลายประการ ประการแรก บางการศึกษาใช้ครีเอทีนร่วมกับสารอื่น เช่น คาร์โบไฮเดรต หรือ กลูตามีน และ guanidinoacetic acid ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำในร่างกายหรือองค์ประกอบของร่างกายได้เช่นกัน และอาจเป็นข้อจำกัดของการระบุว่าการเปลี่ยนแปลงของ TBW เกิดจากครีเอทีนเพียงอย่างเดียว[6,9,11,14,16] ประการที่สอง ความแตกต่างของปริมาณสารอาหารหลักที่ได้รับ โดยเฉพาะคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของของเหลวในร่างกายระหว่างการศึกษา เนื่องจากสารอาหารเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับการสะสมไกลโคเจน มวลไร้ไขมัน และสมดุลน้ำในร่างกาย[29,30,31,32] ประการที่สาม ปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต เช่น ปริมาณน้ำดื่มและระดับการออกกำลังกาย อาจมีผลต่อสมดุลของของเหลวและการกระจายตัวของน้ำในร่างกาย[23,25] นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น เช่น คุณภาพการนอนหลับ ความเครียด และการใช้ยาหรือสารที่มีผลต่อการขับน้ำ อาจเป็นปัจจัยที่ควรพิจารณาเพิ่มเติม แม้ยังไม่มีการรายงานหรือควบคุมอย่างสม่ำเสมอในการศึกษาที่นำมาสังเคราะห์ จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบผลระหว่างงานวิจัย ประการสุดท้าย ความแตกต่างของวิธีการประเมินปริมาณน้ำในร่างกาย ได้แก่ deuterium oxide dilution, bioelectrical impedance analysis (BIA), bioimpedance spectroscopy (BIS) และ dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) อาจส่งผลต่อความแม่นยำ ความไว และค่าที่รายงานระหว่างการศึกษา จึงควรพิจารณาความแตกต่างของวิธีการวัดเป็นข้อจำกัดสำคัญในการสังเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์โดยตรง[18,19,20,21,22,23]

ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมครีเอทีนกับการกระจายตัวของน้ำในร่างกายยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีการฝึกซ้อมการออกกำลังกายอย่างเป็นระบบ การเปรียบเทียบระหว่างการให้ครีเอทีนขนาดสูงในช่วงเริ่มต้นกับการให้ขนาดคงระดับ ระยะเวลาการเสริมที่สั้นและยาว รวมถึงความแตกต่างของวิธีการประเมินปริมาณน้ำในร่างกาย แม้หลักฐานที่มีอยู่จะแสดงให้เห็นว่า การเสริมครีเอทีนมีผลต่อการเพิ่ม TBW และอาจมีความสัมพันธ์กับเพศ แต่ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรร่วมอื่น ๆ ได้แก่ สถานะการออกกำลังกาย ขนาดของการเสริม และระยะเวลาการเสริม ยังมีไม่เพียงพอ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต โดยใช้การออกแบบการศึกษาที่เป็นระบบและวิธีการวัดที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้สามารถประเมินและพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงของปริมาณน้ำในร่างกายภายหลังการเสริมครีเอทีนได้แม่นยำยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์แบบบูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ เป็นอย่างสูง สำหรับคำแนะนำที่มีคุณค่าและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นทั้งหมดสำหรับการศึกษาฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Harris RC, Söderlund K, Hultman E. Elevation of creatine in resting and exercised muscle of normal subjects by creatine supplementation. Clinical Science. 1992;83(3):367-74.
2. Forbes SC, Candow DG, Krentz JR, Roberts MD, Young KC. Changes in fat mass following creatine supplementation and resistance training in adults≥ 50 years of age: a meta-analysis. Journal of functional morphology and kinesiology. 2019;4(3):62.
3. Powers ME, Arnold BL, Weltman AL, Perrin DH, Mistry D, Kahler DM, et al. Creatine Supplementation Increases Total Body Water Without Altering Fluid Distribution. J Athl Train. 2003;38(1):44-50.
4. Wilcock IM, Cronin JB, Hing WA. Physiological Response to Water Immersion. Sports Med. 2006;36(9):747-65.
5. Francaux M, Poortmans JR. Effects of training and creatine supplement on muscle strength and body mass. Eur J Appl Physiol Occup Physiol. 1999;80(2):165-8.
6. Kern M, Podewils LJ, Vukovich M, Buono MJ. Physiological response to exercise in the heat following creatine supplementation. Journal of Exercise Physiology Online. 2001;4(2).
7. Brilla LR, Giroux MS, Taylor A, Knutzen KM. Magnesium-creatine supplementation effects on body water. Metabolism. 2003;52(9):1136-40.
8. Deminice R, Rosa FT, Pfrimer K, Ferrioli E, Jordao AA, Freitas E. Creatine Supplementation Increases Total Body Water in Soccer Players: a Deuterium Oxide Dilution Study. Int J Sports Med. 2016;37(2):149-53.
9. Brooks SJ, Candow DG, Roe AJ, Fehrenkamp BD, Wilk VC, Bailey JP, et al. Creatine monohydrate supplementation changes total body water and DXA lean mass estimates in female collegiate dancers. J Int Soc Sports Nutr. 2023;20(1):2193556.
10. Ribeiro AS, Avelar A, Kassiano W, Nunes JP, Schoenfeld BJ, Aguiar AF, et al. Creatine Supplementation Does Not Influence the Ratio Between Intracellular Water and Skeletal Muscle Mass in Resistance-Trained Men. 2020.
11. Baltic S, Nedeljkovic D, Todorovic N, Ratgeber L, Betlehem J, Acs P, et al. The Impact of Short-Term Supplementation With Guanidinoacetic Acid and Creatine Versus Creatine Alone on Body Composition Indices in Healthy Men and Women: Creatine-Guanidinoacetic Acid Affects Body Composition. J Nutr Metab. 2024;2024:7815807.

12. Meshtel' AV, Мирошников А. DYNAMICS OF WATER CHANGES IN THE BODY DURING WEEKLY INTAKE OF CREATINE SUPPLEMENTS: A PILOT STUDY. Russian Journal of Sports Science: Medicine, Physiology, Training. 2022;1.
13. Moore SR, Gordon AN, Cabre HE, Hackney AC, Smith-Ryan AE. A randomized controlled trial of changes in fluid distribution across menstrual phases with creatine supplementation. Nutrients. 2023;15(2):429.
14. Marini ACB, Schincaglia RM, Candow DG, Pimentel GD. Effect of Creatine Supplementation on Body Composition and Malnutrition-Inflammation Score in Hemodialysis Patients: An Exploratory 1-Year, Balanced, Double-Blind Design. Nutrients. 2024;16(5).
15. Wilkinson TJ, Lemmey AB, Jones JG, Sheikh F, Ahmad YA, Chitale S, et al. Can Creatine Supplementation Improve Body Composition and Objective Physical Function in Rheumatoid Arthritis Patients? A Randomized Controlled Trial. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016;68(6):729-37.
16. Mor A, Karakaş F, Yılmaz AK, Mor H, Acar K, Arslanoğlu E. The Combined Effect of Glutamine and Creatine Supplementation on Body Hydration Level and Some Performance Parameters in Football Players. Herkes için Spor ve Rekreasyon Dergisi. 2024;6(2):169-79.
17. Kreider RB, Kalman DS, Antonio J, Ziegenfuss TN, Wildman R, Collins R, et al. International Society of Sports Nutrition position stand: safety and efficacy of creatine supplementation in exercise, sport, and medicine. Journal of the International Society of Sports Nutrition. 2017;14(1):18.
18. Halliday D, Miller AG. Precise measurement of total body water using trace quantities of deuterium oxide. Biomedical mass spectrometry. 1977;4(2):82-7.
19. Van Marken Lichtenbelt WD, Westerterp KR, Wouters L. Deuterium dilution as a method for determining total body water: effect of test protocol and sampling time. British Journal of Nutrition. 1994;72(4):491-7.
20. Quiterio AL, Silva AM, Minderico CS, Carnero EA, Fields DA, Sardinha LB. Total Body Water Measurements in Adolescent Athletes: A Comparison of Six Field Methods With Deuterium Dilution. The Journal of Strength & Conditioning Research. 2009;23(4).
21. Cataldi D, Bennett JP, Quon BK, Liu YE, Heymsfield SB, Kelly T, et al. Agreement and Precision of Deuterium Dilution for Total Body Water and Multicompartment Body Composition Assessment in Collegiate Athletes. The Journal of Nutrition. 2022;152(9):2048-59.
22. Haas V, Schütz T, Engeli S, Schröder C, Westerterp K, Boschmann M. Comparing single-frequency bioelectrical impedance analysis against deuterium dilution to assess total body water. European Journal of Clinical Nutrition. 2012;66(9):994-7.
23. Moon JR, Smith AE, Tobkin SE, Lockwood CM, Kendall KL, Graef JL, et al. Total body water changes after an exercise intervention tracked using bioimpedance spectroscopy: A deuterium oxide comparison. Clinical Nutrition. 2009;28:516-25.
24. Paddon-Jones D, Børsheim E, Wolfe RR. Potential Ergogenic Effects of Arginine and Creatine Supplementation. The Journal of Nutrition. 2004;134(10):2888S-94S.
25. Zhang N, Zhang J, Du S, He H, Yan X, Ma G. Association between the content of intracellular and extracellular fluid and the amount of water intake among Chinese college students. Nutrition & Metabolism. 2019;16(1):67.
26. Serra-Prat M, Lorenzo I, Palomera E, Ramírez S, Yébenes JC. Total Body Water and Intracellular Water Relationships with Muscle Strength, Frailty and Functional Performance in an Elderly Population. A Cross-Sectional Study. The Journal of nutrition, health and aging. 2019;23(1):96-101.
27. Serra-Prat M, Lorenzo I, Palomera E, Yébenes JC, Campins L, Cabré M. Intracellular water content in lean mass is associated with muscle strength, functional capacity, and frailty in community-dwelling elderly individuals. A cross-sectional study. Nutrients. 2019;11(3):661.

28. Yoshida T, Yamada Y, Tanaka F, Yamagishi T, Shibata S, Kawakami Y. Intracellular-to-total water ratio explains the variability of muscle strength dependence on the size of the lower leg in the elderly. Experimental Gerontology. 2018;113:120-7.
29. Elstad K, Malone C, Luedke J, Jaime SJ, Dobbs WC, Almonroeder T, et al. The Effects of Protein and Carbohydrate Supplementation, with and without Creatine, on Occupational Performance in Firefighters. Nutrients. 2023;15(24).
30. Theodorou AS, Havenetidis K, Zanker CL, O'Hara JP, King RF, Hood C, et al. Effects of acute creatine loading with or without carbohydrate on repeated bouts of maximal swimming in high-performance swimmers. J Strength Cond Res. 2005;19(2):265-9.
31. Theodorou AS, Paradisis G, Smpokos E, Chatzinikolaou A, Fatouros I, King R, et al. The effect of combined supplementation of carbohydrates and creatine on anaerobic performance. Biol Sport. 2017;34(2):169-75.
32. Islam H, Yorgason NJ, Hazell TJ. Creatine co-ingestion with carbohydrate or cinnamon extract provides no added benefit to anaerobic performance. Eur J Sport Sci. 2016;16(6):685-93.

อุบัติการณ์การเกิด neutropenia ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิ

The incidence of neutropenia in colorectal cancer patients undergoing chemotherapy at Super-tertiary care Hospital.

(Received: July 3,2026 ; Revised: July 6,2026 ; Accepted: August 26,2026)

ปัทมา ใจน่าน[1] กมลา สดับพจน์[2] อนุกูล วงศาสนธิ์[3]
Patama Jainan[1] Kammala Sadabpod[2] Anukun Wongsason[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ neutropenia ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และติดตามการเกิดภาวะ neutropenia จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จากการศึกษาพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 118 ราย จากข้อมูลใบสั่งยาจำนวน 662 รายการ พบการเกิดภาวะ neutropenia จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.98 และไม่เกิดภาวะ neutropenia จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.02 ในกลุ่มที่เกิดภาวะ neutropenia พบว่าได้รับยา granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.65 และไม่ได้รับ G-CSF จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.35 ลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ neutropenia ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.69 โดยตำแหน่งของมะเร็งที่พบมาก ได้แก่ rectum ร้อยละ 35.60 และ sigmoid colon ร้อยละ 27.97 สูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้บ่อย ได้แก่ CapeOX ร้อยละ 39.87, FOLFOX4 ร้อยละ 27.97 และ FOLFIRI ร้อยละ 19.49 ตามลำดับ

คำสำคัญ : ภาวะ neutropenia ยาเคมีบำบัด

ABSTRACT

This study was survey research by cross-sectional study aimed to determine the incidence and associated factors of neutropenia in colorectal cancer patients receiving chemotherapy at a tertiary care hospital. Data on neutropenia were collected from the medical records of colorectal cancer patients receiving chemotherapy at a tertiary care hospital between August 1, 2022, and July 31, 2024, with follow-up for the occurrence of neutropenia until September 30, 2024. From a total of 662 prescription records, 118 patients met the inclusion criteria. Neutropenia was identified in 46 patients (38.98%), while 72 patients (61.02%) did not develop neutropenia. Among patients with neutropenia, 44 patients (95.65%) received granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF), while 2 patients (4.35%) did not receive G-CSF. The majority of patients with neutropenia were male (51.69%). The most common tumor locations were rectum (35.60%) and sigmoid colon (27.97%). The most frequently used chemotherapy regimens were CapeOX (39.87%), FOLFOX4 (27.97%), and FOLFIRI (19.49%), respectively.

Keywords : Neutropenia Chemotherapy drugs

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer) เป็นโรคมะเร็งที่มีความสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต แนวโน้มอุบัติการณ์ของโรค

[1] ภก. ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี
[2] อ.ภก. หมวดวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติทั่วไป วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
[3] อ.ภก. หมวดวิชาเภสัชกรรมปฏิบัติทั่วไป วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

มีการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การบริโภคอาหาร และสังคมผู้สูงอายุ โอกาสในการรักษาและการรอดชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระยะของโรค ณ เวลาที่ได้รับการวินิจฉัย โดยผู้ป่วยที่ตรวจพบในระยะเริ่มต้นและได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะมีอัตราการรอดชีวิต 5 ปีสูงประมาณร้อยละ 90[1] ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะลุกลามหรือมีการแพร่กระจายของโรคจะมีอัตราการรอดชีวิตลดลงอย่างมาก เหลือประมาณร้อยละ 10 ตำแหน่งการเกิดของโรคพบได้ตลอดแนวลำไส้ใหญ่ โดยพบมากบริเวณด้านซ้ายของลำไส้ใหญ่ที่อยู่ต่ำกว่า splenic flexure ซึ่งเป็นรอยต่อระหว่างลำไส้ใหญ่ส่วน transverse colon และ descending colon รวมถึงบริเวณลำไส้ตรง (rectum) และซิกมอยด์โคลอน (sigmoid colon) ซึ่งมักพิจารณาเป็นกลุ่มเดียวกัน โดยพบประมาณร้อยละ 30–35 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในด้านพยาธิวิทยา[2] มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่เป็นชนิด adenocarcinoma คิดเป็นประมาณร้อยละ 98 โดยสามารถแบ่งระดับความแตกต่างของเซลล์ได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ well-differentiated, moderately differentiated และ poorly differentiated ซึ่งระดับการแยกตัวของเซลล์ที่ลดลงมักสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังพบมะเร็งชนิด mucinous adenocarcinoma หรือ colloid carcinoma ประมาณร้อยละ 10–15 ซึ่งมีลักษณะเด่นคือมีการสร้างเมือก (mucin) ภายในเซลล์และเนื้อเยื่อจำนวนมาก และมักมีความรุนแรงของโรคมากกว่าชนิดทั่วไป[3]

ภาวะ neutropenia เป็นภาวะที่มีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำกว่าระดับปกติ ซึ่งโดยทั่วไปพิจารณาจากระดับ absolute neutrophil count (ANC) น้อยกว่า 1.5×10^9/L ภาวะดังกล่าวสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ ตั้งแต่สาเหตุที่ไม่รุนแรงและสามารถหายได้เอง เช่น ภาวะ neutropenia ภายหลังการติดเชื้อ ไปจนถึงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรครุนแรง เช่น การแพร่กระจายของมะเร็งเข้าสู่ไขกระดูก ภาวะ neutropenia มีความสำคัญทางคลินิกเนื่องจาก neutrophil เป็นเม็ดเลือดขาวหลักที่มีบทบาทในการป้องกันและกำจัดเชื้อโรค[4] เมื่อจำนวน neutrophil ลดลง ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราที่อาจมีความรุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิต จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดก้อนแข็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก มีอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะ neutropenia ประมาณร้อยละ 14.9 ขณะที่การเกิด neutropenia จากยาอื่นที่ไม่ใช่ยาเคมีบำบัดพบได้น้อยมากสะท้อนให้เห็นว่ายาเคมีบำบัดเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะ neutropenia ในผู้ป่วยมะเร็ง[5]

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยยาเคมีบำบัดยังคงเป็นแนวทางหลักทั้งในระยะเสริมหลังการผ่าตัด (adjuvant therapy) และระยะโรคแพร่กระจาย อย่างไรก็ตาม ยาเคมีบำบัดหลายชนิดมีผลกดการทำงานของไขกระดูก ส่งผลให้เกิดภาวะ neutropenia ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 14.9 ภาวะดังกล่าวอาจทำให้ต้องปรับลดขนาดยา เลื่อนรอบการให้ยา หรือหยุดการรักษาชั่วคราว ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของการรักษา หากมีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ทั้งความถี่และความรุนแรง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความร่วมมือในการรักษา และในบางกรณีอาจนำไปสู่การยุติแผนการรักษาก่อนกำหนด

ดังนั้น การศึกษาการเกิดภาวะ neutropenia ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือสูงกว่าจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคและการรักษา การศึกษานี้จะช่วยประเมินอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย รวมถึงระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด neutropenia ข้อมูลที่ได้สามารถสะท้อนภาพรวม

ของปัญหาในบริบทจริงของการดูแลผู้ป่วย และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การวางแผนการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะ neutropenia ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ neutropenia ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ
ไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิ

วิธีการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซับซ้อนจากหลากหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ผู้ป่วยในประชากรดังกล่าวมีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากรศาสตร์ ระยะของโรค สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และภาวะร่วมทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และได้รับการติดตามการเกิดภาวะ neutropenia ต่อเนื่องจนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยทุกรายต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัยตามที่กำหนดไว้ โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษารวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งในส่วนของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายละเอียดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การกำหนดช่วงเวลาการติดตามดังกล่าวช่วยให้สามารถประเมินการเกิดภาวะ neutropenia ได้อย่างครอบคลุมตลอดระยะเวลาการรักษา รวมถึงภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดในรอบสุดท้าย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลราชวิถี 2) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 สูตร ได้แก่ 5-fluorouracil/leucovorin, Capecitabine, FOLFOX4, mFOLFOX6, CAPEOX, FOLFIRI, FOLFOXIRI และสูตรเคมีบำบัดร่วมกับ bevacizumab หรือ panitumumab

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย 1) เวชระเบียนมีข้อมูลไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะ neutropenia ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง survey research by cross-sectional เพื่อศึกษาการเกิดภาวะ neutropenia จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และมีการติดตามการเกิดภาวะ neutropenia ต่อเนื่องจนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567 โดยไม่มีการแทรกแซงหรือปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา การวิจัยนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน โดยครอบคลุมข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยาและอาหาร อาการทางคลินิก ประวัติทางสังคม สิทธิการรักษา และระดับการศึกษา รวมถึงข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ ชนิดของ

มะเร็ง ระยะของโรคตามระบบ TNM และรูปแบบการรักษาที่ได้รับ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ neutropenia นอกจากนี้ยังใช้แบบบันทึกข้อมูลการรักษาและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในการติดตามผู้ป่วยในแต่ละช่วงการรักษา (visit 0–12) โดยบันทึกค่าทางโลหิตวิทยา ได้แก่ hemoglobin, hematocrit, white blood cells, differential count, platelet และ absolute neutrophil count รวมถึงค่า tumor marker (CEA) ค่าการทำงานของตับ (ALT) สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และการได้รับยา granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) ตลอดจนการบันทึกอุณหภูมิร่างกาย อาการแสดงของการติดเชื้อ และอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เพื่อใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกและประเมินการเกิดภาวะ neutropenia อย่างเป็นระบบตลอดระยะเวลาการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ ประวัติโรคประจำตัว สูตรยาเคมีบำบัด และการเกิดภาวะ neutropenia รายงานด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และค่าทางห้องปฏิบัติการ จะพิจารณาการแจกแจงของข้อมูลก่อน หากมีการแจกแจงแบบปกติจะรายงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่หากข้อมูลไม่เป็นปกติจะรายงานด้วยค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่าเปอร์เซ็นไทล์ตามความเหมาะสม สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดภาวะ neutropenia ใช้ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ หากข้อมูลมีความถี่คาดหวังน้อยจะใช้ Fisher's exact test และในกรณีข้อมูลแบบจับคู่จะใช้ McNemar test ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณจะใช้ Student's t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และใช้ Mann–Whitney U-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยไม่มีการติดต่อหรือแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่บันทึกชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน เลขที่โรงพยาบาล หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้โดยตรง และใช้รหัสแทนตัวบุคคล ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ จำกัดการเข้าถึงเฉพาะผู้วิจัย และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยรายบุคคล ทั้งนี้ การใช้ข้อมูลเป็นไปตามระเบียบการรักษาความลับของผู้ป่วยและแนวทางการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านเพศ แม้จะเคยมีรายงานว่ามีบทบาทต่อการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดในบางประชากร แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.323$) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความหลากหลายของสูตรยา รวมถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่อาจยังไม่เพียงพอ

ปัจจัยด้านเพศกับการเกิดภาวะ neutropenia พบว่าผู้ป่วยเพศชายที่เกิดภาวะ neutropeniaมีสัดส่วนร้อยละ 66.7 ขณะที่เพศหญิงมีสัดส่วนร้อยละ 33.3 ในทางกลับกัน ในกลุ่มที่ไม่เกิดภาวะ neutropenia พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 49.5 และ 50.5 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Pearson's Chi-square test ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับการเกิดภาวะ neutropenia ($p = 0.323$) แสดงให้เห็นว่าเพศไม่ใช่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ neutropenia ในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ทั้งนี้ ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงอิทธิพลของปัจจัย

อื่น ๆ เช่น สูตรยาเคมีบำบัดหรือภาวะสุขภาพร่วมที่มีบทบาทมากกว่าเพศเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดภาวะ neutropenia ไม่มีประวัติการแพ้ยา โดยมีสัดส่วนร้อยละ 77.8 และ 78.1 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา พบว่าการแพ้ oxaliplatin เป็นชนิดที่พบมากที่สุด รองลงมาคือการแพ้ยาโดยไม่ทราบชนิดยา อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่ม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการแพ้ยากับการเกิดภาวะ neutropenia (p = 0.091) โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ neutropenia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) โดยผู้ป่วยที่ไม่พบโรคประจำตัวมีสัดส่วนการเกิด neutropenia ต่ำกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวอย่างชัดเจน (ร้อยละ 22.2 เทียบกับร้อยละ 48.6 ในกลุ่มไม่เกิด neutropenia) ขณะที่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรคร่วมกัน เช่น เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจขาดเลือด มีแนวโน้มพบภาวะ neutropenia ในสัดส่วนที่สูงกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าโรคประจำตัว โดยเฉพาะการมีหลายโรคร่วมกัน อาจส่งผลต่อความสามารถของร่างกายในการทนต่อผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ neutropenia

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับการเกิดภาวะ neutropenia พบว่าไม่แตกต่างกัน-(p = 0.458) แสดงให้เห็นว่าดัชนีมวลกายไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ neutropenia ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ศึกษา ทั้งนี้ผลดังกล่าวอาจเกิดจากความหลากหลายของสูตรยาเคมีบำบัด การปรับขนาดยาตามพื้นที่ผิวร่างกาย รวมถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับดัชนีมวลกายที่อาจยังไม่เพียงพอในการตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์ของภาวะ Neutropenia และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังจากผู้ป่วย 118 ราย รวมใบสั่งยา 662 ใบ พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะ neutropenia อยู่ที่ร้อยละ 7.63 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะนี้อย่างมีนัยสำคัญคือการมีโรคประจำตัว (p = 0.003) ส่วนปัจจัยอื่น เช่น เพศ ประวัติแพ้ยา ดัชนีมวลกาย และสูตรยาเคมีบำบัด ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์พบว่าสูตรยา CAPEOX พบว่าเป็นสูตรที่มีอัตราการเกิด neutropenia สูงที่สุดในกลุ่มที่ศึกษาร้อยละ 3.39 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ai Tang Xiao et al. และคณะ (2020) ที่พบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 11.9 ในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร และนอกจากนี้ยังมีความเชื่อมโยงระหว่างโรคประจำตัวกับการเกิดภาวะ neutropenia ยังสอดคล้องกับงานของ Michael S. et al. และคณะ (2011)

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย โดยเฉพาะภาวะร่วมทางอายุรกรรม เช่น เบาหวานหรือโรคไต ซึ่งอาจส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและเพิ่มความไวต่อผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ทั้งนี้แม้ปัจจัยอื่น เช่น เพศหรือ BMI จะไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนในการศึกษานี้ แต่ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผล

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด ความหลากหลายของลักษณะผู้ป่วย ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง และระยะเวลาศึกษาที่จำกัด ซึ่งอาจมีผลต่อความแม่นยำของการวิเคราะห์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาภาวะสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย โดยเฉพาะ โรคประจำตัว ที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น

neutropenia ซึ่งเป็นผลจากการกดการทำงานของไขกระดูก ส่งผลให้เกิดการลดลงของจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลอย่างมีนัยสำคัญในบางราย การที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ หรือภาวะไตวาย อาจทำให้ร่างกายมีความสามารถในการฟื้นฟูระบบภูมิคุ้มกันลดลง หรือส่งผลต่อกระบวนการเมแทบอลิซึมของยาเคมีบำบัด

ในทางกลับกัน เพศและ BMI ในบางงานวิจัยพบว่ามีผลต่อความไวต่อยาเคมีบำบัด กลับไม่แสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนในการศึกษาครั้งนี้[7,8] ซึ่งอาจมีสาเหตุจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เพียงพอ หรือมีความหลากหลายในสูตรยาที่ใช้ ส่งผลให้ไม่สามารถจำแนกผลได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ค่า p ของประวัติการแพ้ยาอยู่ที่ 0.091 ใกล้เคียงกับระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งอาจแสดงถึงแนวโน้มความสัมพันธ์ที่ควรมีการศึกษาต่อในอนาคต

สูตรยา CAPEOX ซึ่งเป็นสูตรยาที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับมากที่สุด และพบว่ามีการเกิด neutropenia ถึง 4 ราย (คิดเป็นร้อยละ 3.39 ของกลุ่มทั้งหมด) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามอาการไม่พึงประสงค์เฉพาะสูตรยาที่ใช้ เนื่องจากแต่ละสูตรมีระดับการกดไขกระดูกที่แตกต่างกัน และควรมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยง

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ai Tang Xiao et al. และคณะ(2020) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่ได้รับเคมีบำบัดสูตร CAPEOX พบอุบัติการณ์การเกิด neutropenia ที่ร้อยละ 11.9 ในขณะที่การศึกษานี้พบอุบัติการณ์ในสูตรเดียวกันที่ร้อยละ 3.39 แม้จะมีอัตราที่ต่ำกว่า แต่นับเป็นแนวโน้มที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะในแง่ที่ว่าสูตร CAPEOX อาจมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะ neutropenia ได้บ่อยกว่าสูตรยาอื่น

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Michael S. et al. และคณะ(2011) ที่ศึกษาผลของ Pegfilgrastim ในการลดภาวะ neutropenia ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน มีแนวโน้มเกิด neutropenia มากขึ้น โดยพบในสูตรยา FOLFOX-4 และ FOLFIRI ถึงร้อยละ 6.6 และ 15.6 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราที่พบในผู้ป่วยของการศึกษานี้ โดยเฉพาะในสูตร CAPEOX จึงอาจกล่าวได้ว่าโรคประจำตัวเป็นตัวแปรสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนการให้ยาเคมีบำบัด

แม้ว่าผลการศึกษานี้จะให้ข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของ neutropenia และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง แต่ก็มีข้อจำกัดที่อาจส่งผลต่อความแม่นยำและการนำไปใช้ทั่วไป ได้แก่ (1) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะ neutropenia มีเพียง 9 ราย ทำให้การวิเคราะห์เชิงสถิติในหลายปัจจัยอาจไม่มีความแม่นยำเพียงพอ และอาจไม่สะท้อนถึงแนวโน้มที่แท้จริง (2) ความหลากหลายของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ภาวะโภชนาการ ระยะของโรค และแนวทางการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้การแปรผลลัพธ์ซับซ้อน และอาจแทรกซ้อนความสัมพันธ์ของปัจจัยที่กำลังศึกษา (3) ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากเวชระเบียนย้อนหลัง ซึ่งอาจมีข้อผิดพลาดหรือไม่สมบูรณ์ในการบันทึก โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงระดับเล็กน้อยที่อาจถูกมองข้าม (4) ข้อจำกัดด้านระยะเวลา ของการศึกษา ทำให้ไม่สามารถประเมินผลกระทบในระยะยาวหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการให้เคมีบำบัดได้อย่างครบถ้วนข

จากผลการวิจัยนี้ สามารถเสนอแนะแนวทางที่สำคัญทั้งด้านวิจัยและการปฏิบัติได้ ดังนี้ (1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลล่วงหน้า เช่น โรคประจำตัวหรือค่าดัชนีมวลกาย ควรเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาเคมีบำบัด เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของภาวะ neutropenia (2) การปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับความเสี่ยง โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรค

ประจำตัวหรือมีความเสี่ยงสูง ควรพิจารณาการให้ยาป้องกันการกดไขกระดูก เช่น GCSF อย่างมีระบบ (3) สนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติม ในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและมีความหลากหลาย เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างสูตรยาและปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะ neutropenia อย่างมีนัยสำคัญ (4) การบูรณาการผลการศึกษาในแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีเครื่องมือในการตัดสินใจด้านการรักษาที่แม่นยำ ปลอดภัย และตรงกับความต้องการเฉพาะรายของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะ neutropenia ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลระดับสูงกว่าตติยภูมิอยู่ในระดับที่ควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ neutropenia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงรายบุคคลของผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างเป็นระบบ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนการรักษา การเลือกสูตรยา และการกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

นอกจากนี้ ควรมีการพิจารณาปรับแผนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ neutropenia เช่น การปรับขนาดยา การเว้นระยะการให้ยา หรือการให้ยาป้องกันการกดไขกระดูก เช่น granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก ควบคู่กับการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะค่า absolute neutrophil count เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะ neutropenia ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและจัดการภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา

ในระดับระบบบริการ ควรมีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและเฝ้าระวังภาวะ neutropenia ที่เป็นมาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการติดตามผลการรักษาและการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต โดยเฉพาะการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และมีความหลากหลายมากขึ้น ตลอดจนการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ neutropenia เพื่อยืนยันผลการศึกษาและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Duan, B., Zhao, Y., Bai, J., Wang, J., Duan, X., Luo, X., Zhang, R., Pu, Y., Kou, M., Lei, J., & Yang, S. (2022). Colorectal cancer: An overview. In J. A. Morgado-Diaz (Ed.), Gastrointestinal cancers. Exon Publications. https://doi.org/10.36255/exon-publications-gastrointestinal-cancers-colorectal-cancer
2. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2566). มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer). https://www.chonlatit.com/bs/topicDisplay.php?id=695
3. National Cancer Institute Thailand. แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งทวารหนัก.Nonthaburi: National Cancer Institute Thailand; 2023 [cited 2024 Sep 12].
4. Nakornthon Hospital. แนวทางการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่. Nakornthon Hospital Website. Published [cited 2024 Mar 25].
5. Approach to Neutropenia in Adult. Journal of Hematology and Transfusion Medicine. 2024 [cited 2024 Sep 12].
6. Thai Society of Hematology. Chronic Neutropenia. Thai Society of Hematology; 2024 [cited 2024 Sep 12].

7. Kim HJ, Park JW, Chang HM, Kim DY. Body mass index and sex as risk factors for chemotherapy toxicity in patients with colorectal cancer. Cancer Res Treat. 2016;48(3):943–51. doi:10.4143/crt.2015.253
8. Joerger M, Thürlimann B, Aebi S, Savidan A. Body mass index is associated with hematologic toxicity of chemotherapy in patients with advanced colorectal cancer. J Clin Oncol. 2010;28(6):1044–51. doi:10.1200/JCO.2009.25.3182

การศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์

A Comparative Study on the Pattern of Forensic Illustrations.

(Received: July 3,2026 ; Revised: July 6,2026 ; Accepted: July 9,2026)

ญาณีนาฏ รอดโพธิ์ทอง[1]
Police Captain Yaneenat Rodphothong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์" มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ 6 รูปแบบ ในด้านความพึงพอใจ การรับรู้ต่อความเข้าใจผลการผ่าชันสูตรศพ และความเหมาะสมในการเผยแพร่ต่อสาธารณะ การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นในรูปแบบออนไลน์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนิติเวชศาสตร์ จำนวน 30 คน และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม (พนักงานสอบสวน ทนายความ พนักงานอัยการ) จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (IOC = 0.96, α = 0.969) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ One-Way ANOVA หรือ Welch's ANOVA ตามผลการทดสอบ Levene's Test เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Tukey HSD หรือ Games-Howell ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่ 6 (รูปแบบแรเงาสีพร้อมรายละเอียดภาพ) ได้รับคะแนนประเมินสูงที่สุดในทุกเกณฑ์จากทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง รองลงมาคือ รูปแบบที่ 5 (รูปแบบแรเงาสีเฉพาะส่วน)

คำสำคัญ: ภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์, การสื่อสารทางการแพทย์กับกระบวนการยุติธรรม, การเผยแพร่ต่อสาธารณะ, การนำเสนอภาพทางการแพทย์, การสื่อสารผลการผ่าชันสูตรศพ

Abstract

This study aimed to compare six forensic illustration presentation styles in terms of perceived satisfaction, perceived comprehension of autopsy findings, and suitability for public dissemination. Survey research by cross-sectional design was conducted using an online questionnaire administered to a purposive sample of 60 participants, including 30 forensic physicians and 30 legal professionals (investigators, lawyers, and prosecutors). The research instrument was a 5-point Likert scale questionnaire covering 8 evaluation criteria. The content validity was verified by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.96, and the reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, resulting in a value of 0.969. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. Differences in mean scores across the six illustration styles for each of the eight evaluation criteria were examined using One-Way ANOVA or Welch's ANOVA, depending on the homogeneity of variance (Levene's Test), followed by Tukey HSD or Games-Howell post-hoc comparisons. The results revealed significant differences ($p < .05$) in suitability across styles. Style 6 (Color Shading with Details) achieved the highest mean scores across all criteria for both groups, indicating high to very high suitability. However, while Style 6 is the most effective for professional medico-legal communication, the study suggests that contextual adaptation—such as using simplified styles like Style 3—is recommended for public dissemination to address emotional and ethical considerations while maintaining essential information.

Keywords: Forensic Illustration, Medico-Legal Communication, Public Communication, Medical Visualization, Autopsy Communication

---

[1] ร.ต.อ. นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติวิทยาศาสตร์ คณะนิติวิทยาศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ

บทนำ

ปัญหาอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในปัจจุบัน โดยเฉพาะคดีฆาตกรรม มีแนวโน้มที่จะมีความซับซ้อนและความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้กระบวนการสืบค้นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสาเหตุการเสียชีวิตและพฤติการณ์ที่นำไปสู่การเสียชีวิตดำเนินไปด้วยความยากลำบากมากยิ่งขึ้น[2] นอกจากนี้ การดำเนินงานของกระบวนการยุติธรรมยังคงได้รับผลกระทบจากการนำเสนอข้อมูลของสื่อมวลชนต่อประชาชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่สื่อเชิงสืบสวน (Investigative Journalism) กำลังเป็นที่นิยม ทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับคดีอาชญากรรมได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้น[1]

การผ่าชันสูตรศพ (Autopsy) เป็นกระบวนการสำคัญในการหาสาเหตุการเสียชีวิตที่แน่ชัด โดยเฉพาะในคดีที่มีประเด็นทางกฎหมาย อย่างไรก็ตาม รายงานผลการชันสูตรศพมักประกอบด้วยข้อมูลทางเทคนิคและศัพท์ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อน ทำให้บุคคลที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญด้านนิติเวชศาสตร์ เช่น พนักงานสอบสวน ทนายความ อัยการ หรือประชาชนทั่วไป ไม่สามารถทำความเข้าใจได้อย่างถ่องแท้[16] ซึ่งอาจนำไปสู่ การตีความที่คลาดเคลื่อนและส่งผลกระทบต่อกระบวนการยุติธรรมโดยรวม[5]

ภาพประกอบทางการแพทย์ (Medical Illustration) ได้ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาพประกอบทางการแพทย์สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4,9] โดยเฉพาะในด้านนิติเวชศาสตร์ที่มีความจำเป็นต้องสื่อสารรายละเอียดของบาดแผลและการบาดเจ็บให้กับบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมและสาธารณชนให้เข้าใจตรงกัน[6]

แม้ว่าภาพประกอบทางการแพทย์จะมีประโยชน์อย่างมาก แต่ในทางปฏิบัติยังไม่ได้รับการยอมรับและใช้งานอย่างแพร่หลายในกระบวนการยุติธรรมของประเทศไทยเท่าที่ควร[3] อีกทั้งยังขาดการศึกษาเชิงประจักษ์ที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์รูปแบบต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ที่ส่งผลต่อระดับความพึงพอใจและประสิทธิภาพความเข้าใจในผลการผ่าชันสูตรศพ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ที่มีความเหมาะสมในการนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับความพึงพอใจและประสิทธิภาพความเข้าใจในผลการผ่าชันสูตรศพแตกต่างกัน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นในรูปแบบออนไลน์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แพทย์นิติเวชศาสตร์และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน ประกอบด้วย

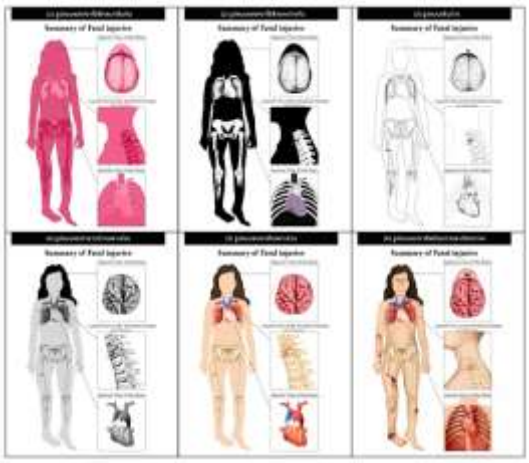
1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนิติเวชศาสตร์ จำนวน 30 คน ซึ่งปฏิบัติงานด้านนิติเวชศาสตร์มาแล้วไม่น้อยกว่า 100 ราย

2. บุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมจำนวน 30 คน ประกอบด้วย พนักงานสอบสวน ทนายความ และพนักงานอัยการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามความคิดเห็น (Questionnaire) แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมเกณฑ์การประเมิน 8 ด้าน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.96 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.969 รูปแบบภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ที่ใช้ในการประเมินมี 6 รูปแบบ ตามแนวคิดของ Scheltema, Reay และ Piper[12] ได้แก่

รูปแบบที่ 1: รูปแบบแสงเงาใช้สีกลมกลืนกัน
รูปแบบที่ 2: รูปแบบแสงเงาใช้สีแตกต่างกัน
รูปแบบที่ 3: รูปแบบเส้นร่าง
รูปแบบที่ 4: รูปแบบแรเงาขาวดำเฉพาะส่วน
รูปแบบที่ 5: รูปแบบแรเงาสีเฉพาะส่วน
รูปแบบที่ 6: รูปแบบแรเงาสีพร้อมรายละเอียดภาพ



ภาพที่ 1 ภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในงานวิจัย

เกณฑ์การประเมิน 8 ด้าน

ข้อ 1: ภาพมีความถูกต้อง สมบูรณ์ครบถ้วน

ข้อ 2: ภาพสามารถสื่อความหมายตรงกับเนื้อหาคำบรรยาย

ข้อ 3: ปริมาณเนื้อหาในภาพมีความเหมาะสม กะทัดรัด เข้าใจง่าย

ข้อ 4: ภาพสามารถนำไปให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้ในกระบวนการพิจารณาคดีเพื่อแสดงผลการชันสูตรและพิสูจน์ข้อเท็จจริงในคดี

ข้อ 5: การจัดองค์ประกอบของภาพมีความเหมาะสม

ข้อ 6: ความเหมาะสมของสีสันของภาพ มีความสวยงามและชัดเจน

ข้อ 7: ความสมจริงของบริบท

ข้อ 8: ความเหมาะสมในการนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ One-Way ANOVA หรือ Welch's ANOVA ตามผลการทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน (Levene's Test) หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Tukey HSD หรือ Games-Howell กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 36 คน (ร้อยละ 60.00) อยู่ในช่วงอายุ 31–45 ปี 32 คน (ร้อยละ 53.33) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี 41 คน (ร้อยละ 68.33) ประกอบด้วยแพทย์นิติเวช 30 คน (ร้อยละ 50.00) พนักงานสอบสวน 22 คน (ร้อยละ 36.67) ทนายความ 6 คน (ร้อยละ 10.00) และพนักงานอัยการ 2 คน (ร้อยละ 3.33) โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุการทำงานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 19 คน (ร้อยละ 31.67)

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประเมินของกลุ่มแพทย์

พบว่ามี 6 เกณฑ์จากทั้งหมด 8 เกณฑ์ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างรูปแบบภาพทั้ง 6 รูปแบบ ได้แก่ เกณฑ์ข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 ในขณะที่เกณฑ์ข้อ 5 (การจัดวางองค์ประกอบสื่อความหมาย) และข้อ 8 (ความเหมาะสมในการนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประเมินของกลุ่มแพทย์

เกณฑ์	สถิติที่ใช้	F	df1	df2	p	ผลการทดสอบ
ข้อ 1	One-Way ANOVA	3.54	5	174	0.006	มีนัยสำคัญ**
ข้อ 2	Welch's ANOVA	3.01	5	80.8	0.015	มีนัยสำคัญ*
ข้อ 3	Welch's ANOVA	2.80	5	80.8	0.022	มีนัยสำคัญ*
ข้อ 4	Welch's ANOVA	3.31	5	80.8	0.009	มีนัยสำคัญ**
ข้อ 5	One-Way ANOVA	1.50	5	174	0.198	ไม่มีนัยสำคัญ
ข้อ 6	Welch's ANOVA	4.39	5	80.5	0.001	มีนัยสำคัญ**
ข้อ 7	One-Way ANOVA	2.76	5	174	0.024	มีนัยสำคัญ*
ข้อ 8	One-Way ANOVA	2.16	5	174	0.066	ไม่มีนัยสำคัญ

หมายเหตุ: *p < 0.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนประเมินของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกเกณฑ์การประเมิน (ทั้ง 8 ข้อ) ที่ระดับ p<0.001 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มแพทย์อย่างชัดเจน โดยค่า F มีค่าสูงมากในหลายเกณฑ์ สะท้อนว่ารูปแบบภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมอย่างมาก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม

เกณฑ์	สถิติที่ใช้	F	df1	df2	p	ผลการทดสอบ
ข้อ 1	Welch's ANOVA	16.32	5	80.3	< 0.001	มีนัยสำคัญ***
ข้อ 2	Welch's ANOVA	14.99	5	80.8	< 0.001	มีนัยสำคัญ***
ข้อ 3	One-Way ANOVA	13.16	5	174	< 0.001	มีนัยสำคัญ***
ข้อ 4	Welch's ANOVA	16.84	5	79.4	< 0.001	มีนัยสำคัญ***
ข้อ 5	Welch's ANOVA	7.81	5	79.5	< 0.001	มีนัยสำคัญ***
ข้อ 6	Welch's ANOVA	8.27	5	79.9	< 0.001	มีนัยสำคัญ***
ข้อ 7	Welch's ANOVA	18.91	5	78.8	< 0.001	มีนัยสำคัญ***
ข้อ 8	One-Way ANOVA	6.99	5	174	< 0.001	มีนัยสำคัญ***

หมายเหตุ: p<0.05

เมื่อพิจารณาเกณฑ์ที่มีค่า F สูงที่สุด 3 อันดับแรกของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม ได้แก่ เกณฑ์ข้อ 7 (ความเหมาะสมในการนำไปใช้ประกอบการทำงานด้านนิติเวช) F = 18.91, เกณฑ์ข้อ 4 (มีความสวยงาม น่าสนใจ) F = 16.84 และเกณฑ์ข้อ 1 (ความถูกต้อง สมบูรณ์ครบถ้วน) F = 16.32

ผลการเปรียบเทียบรายคู่ (Post - hoc comparison)

การเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Tukey HSD และ Games-Howell พบว่ารูปแบบที่ 6 (รูปแบบแรเงาสีพร้อมรายละเอียดภาพ) มีคะแนนประเมินสูงกว่ารูปแบบอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายเกณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบที่ 1 (รูปแบบแสงเงาใช้สีกลมกลืนกัน) และรูปแบบที่ 2 (รูปแบบแสงเงาใช้สีแตกต่างกัน) ในกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม พบความแตกต่างระหว่างรูปแบบภาพอย่างชัดเจนมากกว่ากลุ่มแพทย์

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ที่แตกต่างกันส่งผลต่อประสิทธิภาพของภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยรูปแบบที่ 6 (รูปแบบแรเงาสีพร้อมรายละเอียดภาพ) ได้รับคะแนนประเมินสูงที่สุดในทุกเกณฑ์จากทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้สามารถอภิปรายประเด็นสำคัญได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1: รูปแบบที่มีรายละเอียดและความสมจริงสูงมีประสิทธิภาพมากกว่า

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่มีรายละเอียดสูงและมีความสมจริง (รูปแบบที่ 5 และ 6) มีแนวโน้มที่จะได้รับคะแนนประเมินสูงกว่ารูปแบบที่มีรายละเอียดน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Strong และ Erolin[13] ที่พบว่าผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และบุคคลทั่วไปมีความพึงพอใจต่อภาพประกอบที่มีรายละเอียดสูงมากกว่าภาพประกอบแบบเส้นร่าง (Line drawing) อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มแพทย์พบว่าบางเกณฑ์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเกณฑ์ด้านความถูกต้อง สมบูรณ์ครบถ้วน และความเหมาะสมในการนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ ซึ่งอาจเนื่องมาจากแพทย์มีความคุ้นเคยกับการอ่านรายงานผลการชันสูตรศพในรูปแบบตัวอักษรมากกว่าภาพประกอบ ทำให้ความแตกต่างของรูปแบบภาพส่งผลต่อการรับรู้น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม

ประเด็นที่ 2: ความแตกต่างระหว่างกลุ่มแพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมมีความแตกต่างของคะแนนประเมินระหว่างรูปแบบภาพทั้ง 6 รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกเกณฑ์ ในขณะที่กลุ่มแพทย์พบความแตกต่างเพียง 6 ใน 8 เกณฑ์ สะท้อนให้เห็นว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม ซึ่งไม่มีพื้นฐานทางการแพทย์โดยตรงมีความไวต่อรูปแบบการนำเสนอภาพมากกว่าแพทย์ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดที่ว่าผู้ใช้ข้อมูลที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาต่ำจะได้รับประโยชน์จากภาพประกอบที่มีรายละเอียดสูงมากกว่า[12]

ประเด็นที่ 3: ความเหมาะสมในการเผยแพร่ต่อสาธารณะ

ผลการวิจัยในเกณฑ์ข้อ 8 (ความเหมาะสมในการนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณะ) พบว่ากลุ่มแพทย์ให้คะแนนไม่แตกต่างกันระหว่างรูปแบบภาพทั้ง 6 รูปแบบ ในขณะที่กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรูปแบบที่ 3 (รูปแบบเส้นร่าง) ได้รับคะแนนสูงที่สุดในเกณฑ์นี้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากรูปแบบเส้นร่างมีความรุนแรงทางสายตาน้อยที่สุดและเหมาะสมกับการนำเสนอต่อสาธารณชนทั่วไป โดยเฉพาะในสื่อมวลชนหรือสื่อออนไลน์ที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Haragi et al.[7] ที่ศึกษาความคิดเห็นของคณะลูกขุนต่อภาพประกอบทางการแพทย์และพบว่ารูปแบบภาพที่มีความกราฟิกต่ำช่วยลดความรุนแรงทางจิตใจของผู้ชมได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติในการเลือกใช้รูปแบบภาพประกอบทางนิติเวช

ศาสตร์ให้เหมาะสมกับบริบทการใช้งานและกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมควรพิจารณานำภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์รูปแบบที่ 6 (รูปแบบแรเงาสีพร้อมรายละเอียดภาพ) มาใช้ประกอบรายงานผลการชันสูตรศพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารข้อมูล

3. ในการสื่อสารกับสาธารณชน ควรพิจารณาใช้ภาพประกอบที่ผ่านการลดทอนรายละเอียดหรือปรับเป็นภาพเส้นร่าง เพื่อลดผลกระทบทางจิตใจของผู้รับสารโดยยังคงรักษาเนื้อหาสาระสำคัญทางนิติเวชศาสตร์ไว้ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ในบริบทเฉพาะ เช่น การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการนำเสนอในชั้นศาลโดยตรง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดหรือข้อกำหนดที่แตกต่างจากการเผยแพร่ในสื่อทั่วไป

2. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้พิพากษา คณะลูกขุน และเจ้าหน้าที่พิสูจน์หลักฐาน

3. ควรศึกษาต้นทุนและความคุ้มค่าในการผลิตภาพประกอบแต่ละรูปแบบ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

4. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนา 'การใช้ภาพประกอบรูปแบบผสม' (Hybrid Illustration) ซึ่งเป็นการผสานรวมจุดเด่นของรูปแบบภาพลายเส้นที่ให้รายละเอียดชัดเจนเข้ากับรูปแบบภาพที่เน้นสีสันในส่วนสำคัญของบาดแผล เพื่อเป็นแนวทางในการหาจุดสมดุลใหม่ที่สามารถลดผลกระทบทางจิตวิทยาต่อผู้รับสาร แต่ยังคงรักษาความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทางการแพทย์ไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์พันตำรวจเอก ดร.ธิติ มหาเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางในการศึกษา ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และเมตตาเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนิติเวชศาสตร์และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณสถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาที่ใช้ในการสร้างภาพประกอบ

เอกสารอ้างอิง

1. สุดาพรรณ ธัญจิรา. การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติภัยหมู่. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
2. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. นิติเวชศาสตร์สำหรับพนักงานสอบสวน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานตำรวจแห่งชาติ; 2548.
3. Association of Medical Illustrators. Legal-medical illustration research report [Internet]. 2024 [cited 2026 May 8]. Available from: https://ami.org
4. Baxter M, et al. Can science comics aid lay audiences' comprehension of forensic science? Journal of Science Communication. 2025; 24(1):1-15.
5. Cordner SM, Woodford N. Making the autopsy report more useful for the justice system. Forensic Science, Medicine, and Pathology. 2010; 6(4):263-264.
6. Hamad I. Developing Forensic Communication. KnE Social Sciences. 2018; 3(10):333-345.
7. Haragi M, Yamaguchi R, Okuhara T, Kiuchi T. Interviewing forensic specialists regarding medical-legal illustration methods to replace gruesome graphic evidence. Journal of Visual Communication in Medicine. 2020; 43(1):27-34.

8. Haragi M, Yamaguchi R, Okuhara T, Kiuchi T. Questionnaire survey of a mock jury on their impressions of medical-legal illustrations aimed at reducing trauma and PTSD of jurors. Journal of Visual Communication in Medicine. 2020; 43(2):67-75.
9. Krakow M. Graphic narratives and cancer prevention: A case study of an American Cancer Society comic book. Health Communication. 2017; 32(5):525-528.
10. Petersen K, et al. FATAL: A forensic autopsy annotation tool for digital recording of autopsy findings. Forensic Science International. 2024; 356:111-120.
11. Sakpal P. Types of medical illustrations [Internet]. 2020 [cited 2024 May 6]. Available from: https://medium.com/@priyankaradiancevision/types-of-medical-illustrations-82e064d5aa9b
12. Scheltema E, Reay S, Piper G. Visual representation of medical information: The importance of considering the end-user in the design of medical illustrations. Journal of Visual Communication in Medicine. 2018; 41(1):9-17.
13. Strong J, Erolin C. Preference for detail in medical illustrations amongst professionals and laypersons. Journal of Visual Communication in Medicine. 2013; 36(1-2):38-43.
14. The Editors of Encyclopaedia Britannica. Munsell color system [Internet]. 2018 [cited 2024 May 8]. Available from: https://www.britannica.com/science/Munsell-color-system
15. Walter RD. Review of: Forensic Art and Illustration. Journal of Forensic Sciences. 2002; 47(4).
16. Wilkinson CM. A review of forensic art. Research and Reports in Forensic Medical Science. 2015; 5:17-24.
17. Zhang X. Forensic imaging: A powerful tool in modern forensic investigation. Forensic Sciences Research. 2022; 7(3):120-130.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

Factors Affecting Burnout among Village Health Volunteers in Thung Tako District, Chumphon Province.

(Received: July 5,2026 ; Revised: July 20,2026 ; Accepted: July 24,2026)

มานิตย์ ประดับการ[1]
Manit Pradubgarn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน จากประชากร 711 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามหน่วยบริการสุขภาพ 7 แห่ง ร่วมกับการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน แยกเป็น 3 สมการตามองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับต่ำ (M = 1.14, SD = 0.906 และ M = 1.21, SD = 1.002 ตามลำดับ) ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับ ปานกลาง (M = 3.57, SD = 1.303) พลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลสูงสุดในทุกองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ (β = -.293, -.268 และ .387 ตามลำดับ) โดยพลังสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตการทำงานร่วมกันพยากรณ์ความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ร้อยละ 17.30 พลังสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และสถานภาพโสดร่วมกันพยากรณ์การลดความเป็นบุคคลได้ร้อยละ 15.30 และพลังสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิตการทำงานร่วมกันพยากรณ์ความสำเร็จส่วนบุคคลได้ร้อยละ 31.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, พลังสุขภาพจิต, คุณภาพชีวิตการทำงาน

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine the level and factors affecting burnout among village health volunteers in Thung Tako District, Chumphon Province. The sample consisted of 214 village health volunteers drawn from a population of 711 using stratified random sampling across seven health service units combined with systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis with three separate equations corresponding to the burnout components.

The results showed that emotional exhaustion and depersonalization were at low levels (M = 1.14, SD = 0.906 and M = 1.21, SD = 1.002, respectively), while personal accomplishment was at a moderate level (M = 3.57, SD = 1.303). Resilience quotient was the strongest predictor across all burnout components (β = -.293, -.268, and .387, respectively). Resilience quotient and quality of work life jointly predicted emotional exhaustion, accounting for 17.30% of the variance; resilience quotient, social support, and single marital status jointly predicted depersonalization, accounting for 15.30%; and resilience quotient and quality of work life jointly predicted personal accomplishment, accounting for 31.60%, all statistically significant at the .05 level.

Keywords: Burnout, Village health volunteers, Resilience quotient, Quality of work life

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกพื้นฐานของระบบสุขภาพปฐมภูมิไทยที่ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสื่อกลางเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในชุมชน[1] ในระยะหลังบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการยกระดับเป็นหมอคนที่ 1 ในระบบสามหมอ ซึ่งทำงานร่วมกับหมอสาธารณสุขและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนระดับครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[1,2] ปัจจุบันประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานครอบคลุมทั่วประเทศประมาณ 1.05 ถึง 1.07 ล้านคน สะท้อนขนาดของกำลังคนภาคประชาชนที่รองรับงานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอย่างกว้างขวาง[3]

ภาระงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขยายตัวอย่างต่อเนื่องทั้งเชิงปริมาณและความหลากหลาย นอกเหนือจากการส่งเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังโรคในชุมชนแล้ว ยังรับผิดชอบงานเชิงรุกที่เพิ่มขึ้น ทั้งการเยี่ยมบ้านการดูแลติดตามผู้สูงอายุและผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง งานอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคระบาดดังเช่นสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[1,4] โดยเฉพาะบทบาทการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งในปีงบประมาณ 2568 มีความครอบคลุมการคัดกรองเฉลี่ยทั้งประเทศสูงถึงร้อยละ 92.04[3] นอกจากนี้ยังต้องบันทึกรายงานผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการพัฒนาให้ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน[1,5] ภาระงานที่หลากหลายเช่นนี้สะท้อนความคาดหวังที่สูงต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในฐานะกำลังหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิ[1,2]

ในด้านการตอบแทน แม้ภาครัฐจะกำหนดสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการไว้เป็นการเฉพาะ[6] และปรับเพิ่มอัตราจากเดือนละ 1,000 บาท เป็น เดือนละ 2,000 บาท ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 โดยใช้งบประมาณรวมประมาณ 2.5 หมื่นล้านบาทต่อปี[7] แต่ค่าตอบแทนดังกล่าวยังมีลักษณะเป็นเงินค่าป่วยการ มิใช่เงินเดือนประจำ และเมื่อเทียบกับภาระงานที่ขยายตัวนับว่ายังไม่สอดคล้องกัน ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ต้องประกอบอาชีพหลักควบคู่ไปด้วย ทั้งเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป จึงต้องจัดสรรเวลาระหว่างงานสาธารณสุขกับการหารายได้ของครอบครัว ข้อจำกัดด้านเวลาและเศรษฐกิจที่ซ้อนทับกับภาระงานเช่นนี้อาจนำไปสู่ความเครียดสะสมและความเหนื่อยล้าในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน[8]

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ได้รับการบรรจุไว้ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 ขององค์การอนามัยโลก โดยจัดเป็นปรากฏการณ์ทางอาชีพที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงานซึ่งไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ[9] สอดคล้องกับแนวคิดของมาสลาชและแจ็คสัน[10] ที่อธิบายภาวะหมดไฟผ่าน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล ภาวะหมดไฟเป็นปัญหาสำคัญของกำลังคนด้านสุขภาพทั่วโลก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในกลุ่มบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิของประเทศรายได้น้อยและปานกลางพบความชุกในระดับที่ต้องให้ความสำคัญ[11] สำหรับประเทศไทย การศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบความชุกของภาวะหมดไฟร้อยละ 10.81[12] ภาวะหมดไฟยังสัมพันธ์กับความตั้งใจลาออกจากงานผ่านความพึงพอใจในงานในฐานะตัวแปรส่งผ่าน[13] ขณะที่มาตรการสนับสนุนเพื่อดูแลภาวะหมดไฟในกลุ่มบุคลากรสุขภาพพื้นที่ชนบทและระดับปฐมภูมิยังมีอยู่อย่างจำกัด[14]

สำหรับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉพาะ การศึกษาที่ผ่านมาพบรูปแบบที่ค่อนข้างสอดคล้องกัน กล่าวคือ องค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่องค์ประกอบความสำเร็จส่วนบุคคลกลับพบการลดลงในสัดส่วนราวครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ศึกษา รูปแบบดังกล่าวมีนัยที่น่าสนใจ เนื่องจากงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นงานจิตอาสาที่อาศัยแรงจูงใจภายในและการรับรู้คุณค่าของการช่วยเหลือชุมชนเป็นสำคัญ การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลที่ลดลงจึงอาจบั่นทอนแรงจูงใจและความผูกพันต่อบทบาท และนำไปสู่การลดประสิทธิภาพการปฏิบัติงานหรือการเลิกปฏิบัติหน้าที่ในที่สุด จุดเปราะบางเฉพาะกลุ่มนี้นำไปสู่คำถามว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องและช่วยคงการรับรู้ความสำเร็จและป้องกันภาวะหมดไฟ[15,16]

การอธิบายภาวะหมดไฟในการทำงานเชิงทฤษฎีอาศัยแนวคิดความต้องการและทรัพยากรในงาน ของแบคเกอร์และดีเมอรูติ[17] ที่เสนอว่าภาวะหมดไฟเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการของงานที่สูงกับทรัพยากรในงานที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากรของฮอบโฟลล์[18] ภายใต้กรอบดังกล่าว ปัจจัยที่ทำหน้าที่เป็นทรัพยากรเชิงบวกจึงอาจมีบทบาทป้องกันหรือลดภาวะหมดไฟ การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์[19] ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนด้านอารมณ์ การประเมินคุณค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร เป็นทรัพยากรภายนอกที่สำคัญเป็นพิเศษต่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งฝังตัวอยู่ในชุมชนและต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และหน่วยงานสาธารณสุข โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน และผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐหรือไม่มีที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหามีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่า[8,15] ส่วนพลังสุขภาพจิต (Resilience quotient) ตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต[20] เป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ช่วยให้ปรับตัวและฟื้นคืนสภาพเมื่อเผชิญความเครียดเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่า และการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยลดภาวะหมดไฟในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้[12,21] ขณะที่คุณภาพชีวิตการทำงานตามแนวคิดของวอลตัน[22] ซึ่งครอบคลุมทั้งค่าตอบแทน สภาพแวดล้อมการทำงาน ความก้าวหน้า และคุณค่าทางสังคมของงาน มีความสำคัญสำหรับงานที่ไม่มีเงินเดือนประจำ โดยพบว่าสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[16] นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาระงานยังมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ[15,23]

แม้การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานในประเทศไทยจะมีอยู่จำนวนหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ดำเนินการในกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล[12,24] ขณะที่การศึกษาที่มุ่งกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยตรงยังมีจำกัดและกระจุกตัวอยู่ในบางพื้นที่ ทำให้ยังขาดข้อมูลในบริบทพื้นที่อื่นโดยเฉพาะภาคใต้ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่รายงานระดับหรือความชุก หรือพิจารณาปัจจัยเพียงบางด้าน ยังมีไม่มากที่พิจารณาทรัพยากรเชิงบวกหลายด้านพร้อมกันทั้งการสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงานภายใต้กรอบแนวคิดเดียวกัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับภาวะ หมดไฟแยกตามองค์ประกอบ จึงยังขาดฐานข้อมูลที่เพียงพอต่อการออกแบบมาตรการเฉพาะกลุ่ม[15,16]

อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร เป็นอำเภอในพื้นที่ภาคใต้ที่มีลักษณะกึ่งชนบท มีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานครอบคลุมพื้นที่รวม 711 คน[25] อาสาสมัครในพื้นที่ต้องรับภาระงานด้านสุขภาพที่ขยายตัวเช่นเดียวกับอาสาสมัครทั่วประเทศ แต่ยังไม่พบการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอ ทุ่งตะโกหรือจังหวัดชุมพรมาก่อน ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร โดยศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของการสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงานกับภาวะหมดไฟแยกตามองค์ประกอบ ผลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ในการออกแบบแนวทางและมาตรการสนับสนุนได้อย่างตรงจุด อันจะช่วยป้องกันภาวะหมดไฟ ตลอดจนรักษาการคงอยู่และประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร จำนวน 711 คน กระจายตามหน่วยบริการสุขภาพ 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งตะโก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7[26] สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้น กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (f^2 = .15) ตามเกณฑ์ของโคเฮน[27] ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .95 และจำนวนตัวแปรทำนายเชิงแนวคิด 14 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 194 คน แล้วปรับเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์[28] รวมเป็น 214 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามหน่วยบริการสุขภาพทั้ง 7 แห่ง จัดสรรจำนวนตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละหน่วย แล้วเลือกตัวอย่างภายในแต่ละชั้นภูมิด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อ เกณฑ์คัดเข้าคือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติงานในพื้นที่ ปฏิบัติหน้าที่มาแล้วมากกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในส่วนที่ใช้วิเคราะห์ หรือย้ายออกจากพื้นที่ระหว่างการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 5 ส่วน รวม 100 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ การรับรู้ภาระงาน และการมีความคิดที่จะลาออกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ พัฒนาตามแนวคิดของเฮาส์[19] ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนร่วมงาน และด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5

ระดับตามแนวคิดของลิเคิร์ท[29] แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของเบสท์[30] โดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33

ส่วนที่ 3 แบบวัดพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยดัดแปลงจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[20] ให้เหมาะสมกับบริบทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อคำถามความหมายทางลบ 6 ข้อ ผู้วิจัยกลับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับโดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.00[30]

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงาน จำนวน 32 ข้อ พัฒนาตามแนวคิดของวอลตัน[22] ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านโอกาสในการใช้และพัฒนาศักยภาพ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านการบูรณาการทางสังคม ด้านสิทธิและการมีส่วนร่วมในองค์กร ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว และด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ของงานกับสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับโดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33[30]

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน พัฒนาตามแบบวัดภาวะหมดไฟ Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey[10,31] จำนวน 22 ข้อ จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ การลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ และความสำเร็จส่วนบุคคล 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่าตามความถี่ 7 ระดับ (0–6 คะแนน) การวิเคราะห์พิจารณาแยกรายองค์ประกอบโดยไม่รวมเป็นคะแนนเดียวตามหลักการของมาสลาชและแจ็คสัน แปลผลค่าเฉลี่ยแต่ละองค์ประกอบเป็น 3 ระดับ โดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 2.00 ทั้งนี้องค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล คะแนนสูงสะท้อนภาวะหมดไฟสูง ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลตีความในทิศทางตรงกันข้าม คือคะแนนสูงสะท้อนภาวะหมดไฟต่ำ[10,31]

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .931 แบบวัดพลังสุขภาพจิตเท่ากับ .854 แบบวัดคุณภาพชีวิตการทำงานเท่ากับ .957 และแบบวัดภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล เท่ากับ .876, .777 และ .916 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) วิเคราะห์แยกเป็น 3 สมการตามองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคล ตัวแปรอิสระที่นำเข้าวิเคราะห์ประกอบด้วยตัวแปรต่อเนื่อง 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครัวเรือนที่รับผิดชอบ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ การสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงาน และตัวแปรหุ่นจากตัวแปรเชิงกลุ่ม 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และการรับรู้ภาระงาน รวมตัวแปรอิสระที่นำเข้าวิเคราะห์ 19 ตัว ซึ่งเป็นจำนวนภายหลังการแปลงตัวแปรเชิงกลุ่มเป็นตัวแปรหุ่น ทั้งนี้ไม่นำตัวแปรความคิดที่จะลาออกเข้าเป็นตัวแปรพยากรณ์

เนื่องจากในเชิงทฤษฎีความคิดที่จะลาออกเป็นผลลัพธ์ที่ตามมาจากภาวะหมดไฟ มิใช่ปัจจัยเชิงสาเหตุ จึงคงไว้เฉพาะการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยพหุคูณครบทุกข้อ ได้แก่ การแจกแจงปกติของข้อมูล (skewness อยู่ระหว่าง -.23 ถึง 1.50 และ kurtosis อยู่ระหว่าง -.34 ถึง 2.52) ความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจากกราฟการกระจาย การไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (VIF อยู่ระหว่าง 1.00 ถึง 1.55 และ Tolerance อยู่ระหว่าง .65 ถึง 1.00) การแจกแจงปกติของความคลาดเคลื่อนจากกราฟ Normal P-P Plot ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) และความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน (Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.956 ถึง 2.112) ผลการตรวจสอบพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัสโครงการ CPH-EC-107/2568 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงาน ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ ทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.12 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 41.59 อายุเฉลี่ย 53.97 ปี (*SD* = 10.058) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.89 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 33.18 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 32.24 ประกอบอาชีพหลักด้านเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 58.88 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 59.81 รายได้เฉลี่ย 12,771.96 บาท (*SD* = 8,998.240) มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ไม่เกิน 10 ปี มากที่สุดร้อยละ 37.38 เฉลี่ย 15.47 ปี (*SD* = 9.930) รับผิดชอบไม่เกิน 10 ครัวเรือน มากที่สุดร้อยละ 50.93 เฉลี่ย 12.19 ครัวเรือน (*SD* = 5.393) และรับผิดชอบประชากรระหว่าง 26–50 คน มากที่สุดร้อยละ 62.15 เฉลี่ย 33.71 คน (*SD* = 15.022) ด้านการรับรู้ภาระงาน ส่วนใหญ่รับรู้ว่าภาระงานอยู่ในระดับพอดีร้อยละ 91.59 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยมีความคิดที่จะลาออกร้อยละ 86.45

ตอนที่ 2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตการทำงาน

การสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.94, *SD* = 0.666) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนร่วมงาน (*M* = 4.04, *SD* = 0.753) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานและชุมชน (*M* = 3.93, *SD* = 0.687) และด้านการสนับสนุนจากครอบครัว (*M* = 3.85, *SD* = 0.871) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบรายละเอียดที่สำคัญคือ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในภาพรวมคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำและช่วยแก้ไขปัญหาในการทำงาน (*M* = 4.33, *SD* = 0.802) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดมีสองข้อที่ค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ ครอบครัวช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่จำเป็นในการทำงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (*M* = 3.68, *SD* = 1.184 และ 0.950 ตามลำดับ)

พลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M* = 3.14, *SD* = 0.433) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ฉันมั่นใจว่าปัญหาทุกอย่างต้องมีทางออก (*M* = 3.50, *SD* = 0.723) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันยึดวิธีการเดิม ๆ ในการแก้ปัญหาเพราะรู้สึกปลอดภัยกว่า (*M* = 2.57, *SD* = 0.961)

คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.70, *SD* = 0.566) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก 5 ด้าน และระดับปานกลาง 3 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบูรณาการทางสังคม (*M* = 4.16, *SD* = 0.695) รองลงมาคือ ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ของงานกับสังคม (*M* = 4.05, *SD* = 0.718) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและเป็นด้านเดียวที่ต่ำกว่าด้านอื่นอย่างเด่นชัดคือ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม (*M* = 2.79, *SD* = 0.773) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดของด้านนี้และของทั้งฉบับคือ การได้รับค่าป่วยการที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตตามสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน (*M* = 2.58, *SD* = 0.867)

ตอนที่ 3 ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พิจารณาแยกรายองค์ประกอบ 3 ด้านโดยไม่รวมเป็นคะแนนเดียว พบว่าองค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ (*M* = 1.14, *SD* = 0.906) องค์ประกอบการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ (*M* = 1.21, *SD* = 1.002) ส่วนองค์ประกอบความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.57, *SD* = 1.303) เมื่อตีความตามทิศทางของมาตรวัด ผลสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ ขณะที่การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลยังไม่ถึงระดับสูง

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละองค์ประกอบพบรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้ องค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การทำงานกับคนตลอดทั้งวันเป็นความเครียดที่แท้จริง (*M* = 1.33, *SD* = 1.446) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันรู้สึกเหมือนฉันกำลังจะหมดหนทาง (*M* = 0.89, *SD* = 1.165) องค์ประกอบการลดความเป็นบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ฉันรู้สึกว่าชาวบ้านบางคนตำหนิฉันสำหรับปัญหาบางอย่างของพวกเขา (*M* = 1.59, *SD* = 1.349) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันไม่ค่อยสนใจว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับชาวบ้านที่ฉันดูแลบางคน (*M* = 0.94, *SD* = 1.306) และองค์ประกอบความสำเร็จส่วนบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ฉันได้ทำสิ่งที่มีคุณค่ามากมายในงานนี้ (*M* = 4.03, *SD* = 1.516) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันรู้สึกว่าฉันมีอิทธิพลในทางบวกต่อชีวิตของผู้อื่นผ่านการทำงานของฉัน (*M* = 2.79, *SD* = 1.791)

ตอนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน แยกเป็น 3 สมการตามองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ ปรากฏดังตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร (*n* = 214)

ตัวแปรพยากรณ์	*b*	*SE*	β	*t*	*p*	95% CI
ค่าคงที่ (Constant)	4.127	0.442	-	9.336	< .001**	(3.255, 4.998)
พลังสุขภาพจิต	-0.613	0.162	-.293	-3.778	< .001**	(-0.932, -0.293)
คุณภาพชีวิตการทำงาน	-0.288	0.124	-.180	-2.323	.021*	(-0.532, -0.044)

R = .425, R^2 = .181, Adjusted R^2 = .173, *F*(2, 211) = 23.279, *p* < .001, Durbin-Watson = 2.049, f^2 = .221

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อการลดความเป็นบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร (*n* = 214)

ตัวแปรพยากรณ์	*b*	*SE*	β	*t*	*p*	95% CI
ค่าคงที่ (Constant)	4.094	0.490	-	8.347	< .001**	(3.127, 5.060)
พลังสุขภาพจิต	-0.619	0.170	-.268	-3.633	< .001**	(-0.955, -0.283)
การสนับสนุนทางสังคม	-0.249	0.111	-.165	-2.245	.026*	(-0.467, -0.030)
สถานภาพโสด[a]	0.458	0.208	.139	2.204	.029*	(0.048, 0.868)

R = .406, R^2 = .165, Adjusted R^2 = .153, *F*(3, 210) = 13.825, *p* < .001, Durbin-Watson = 2.112, f^2 = .198

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร (*n* = 214)

ตัวแปรพยากรณ์	*b*	*SE*	β	*t*	*p*	95% CI
ค่าคงที่ (Constant)	-2.170	0.578	-	-3.753	< .001**	(-3.310, -1.031)
พลังสุขภาพจิต	1.164	0.212	.387	5.486	< .001**	(0.746, 1.582)
คุณภาพชีวิตการทำงาน	0.563	0.162	.245	3.470	< .001**	(0.243, 0.882)

R = .567, R^2 = .322, Adjusted R^2 = .316, *F*(2, 211) = 50.097, *p* < .001, Durbin-Watson = 1.956, f^2 = .475

หมายเหตุ: * *p* < .05, ** *p* < .001; [a] กลุ่มอ้างอิง: สถานภาพสมรส

จากตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3 พบว่า พลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรที่ถูกคัดเข้าสมการเป็นลำดับแรกและมีอิทธิพลสูงสุดในทุกองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ โดยองค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์มีตัวแปรพยากรณ์ 2 ตัว ได้แก่ พลังสุขภาพจิต (β = -.293) และคุณภาพชีวิตการทำงาน (β = -.180) ซึ่งมีอิทธิพลทางลบทั้งคู่ ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 17.30 องค์ประกอบการลดความเป็นบุคคลมีตัวแปรพยากรณ์ 3 ตัว ได้แก่ พลังสุขภาพจิต (β = -.268) และการสนับสนุนทางสังคม (β = -.165) ซึ่งมีอิทธิพลทางลบ และสถานภาพโสด (β = .139) ซึ่งมีอิทธิพลทางบวกเมื่อเทียบกับกลุ่มสมรส ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 15.30 ส่วนองค์ประกอบความสำเร็จส่วนบุคคลมีตัวแปรพยากรณ์ 2 ตัว ได้แก่ พลังสุขภาพจิต (β = .387) และคุณภาพชีวิตการทำงาน (β = .245) ซึ่งมีอิทธิพลทางบวกทั้งคู่ ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 31.60 นับเป็นสมการที่อธิบายความแปรปรวนได้สูงสุด กล่าวโดยรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีพลังสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลต่ำ และรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

สมการพยากรณ์ภาวะหมดไฟในการทำงานแยกตามองค์ประกอบ เขียนได้ทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

Y(ความอ่อนล้าทางอารมณ์) = 4.127 - 0.613(X_1) - 0.288(X_2)

Y(การลดความเป็นบุคคล) = 4.094 - 0.619(X_1) - 0.249(X_3) + 0.458(X_4)

Y(ความสำเร็จส่วนบุคคล) = -2.170 + 1.164(X_1) + 0.563(X_2)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน:

Z(ความอ่อนล้าทางอารมณ์) = -.293(Zx_1) - .180(Zx_2)

Z(การลดความเป็นบุคคล) = -.268(Zx_1) - .165(Zx_3) + .139(Zx_4)

Z(ความสำเร็จส่วนบุคคล) = .387(Zx_1) + .245(Zx_2)

โดย X_1 = พลังสุขภาพจิต X_2 = คุณภาพชีวิตการทำงาน X_3 = การสนับสนุนทางสังคม และ X_4 = สถานภาพโสด (กลุ่มอ้างอิง: สมรส)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานและตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ (M = 1.14 และ 1.21 ตามลำดับ) ขณะที่การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่เพียงระดับปานกลาง (M = 3.57) ผลดังกล่าวอธิบายได้ตามแบบจำลองความต้องการและทรัพยากรในงาน[17] ที่ว่าภาวะหมดไฟมีแนวโน้มเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของงานสูงเกินกว่าทรัพยากรที่ผู้ปฏิบัติงานมีอยู่ แม้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเผชิญภาระงานด้านสุขภาพที่ขยายตัว แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีทรัพยากรเชิงบวกทั้งการสนับสนุนทางสังคมและพลังสุขภาพจิตในระดับสูง ประกอบกับลักษณะงานในชุมชนที่มีความยืดหยุ่นและการฝังตัวอยู่ในพื้นที่ของตนเอง จึงอาจช่วยถ่วงดุลความต้องการของงาน ส่งผลให้สององค์ประกอบแรกอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของมนัสพงษ์ มาลา[15] ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 4 และมนัสวี สิงห์โห และคณะ[16] ในจังหวัดชลบุรี ซึ่งพบรูปแบบเดียวกัน อย่างไร ก็ตาม การที่การรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลไม่ถึงระดับสูงนับเป็นจุดที่ควรให้ความสำคัญ เพราะตามทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากร[18] การรับรู้ความสำเร็จในงานเป็นทรัพยากรภายในที่หล่อเลี้ยงแรงจูงใจ โดยเฉพาะงานจิตอาสาที่อาศัยการรับรู้คุณค่าของการช่วยเหลือชุมชนเป็นแรงผลักดัน องค์ประกอบนี้ที่ลดลงจึงอาจบั่นทอนความผูกพันต่อบทบาทในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาทั้งสองข้างต้น[15,16] ที่พบว่าการรับรู้ความสำเร็จส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบที่ลดลงในสัดส่วนมากกว่าองค์ประกอบอื่น ราวครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ศึกษา

ด้านตัวแปรที่ศึกษา ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.94) โดยได้รับจากเพื่อนและเพื่อนร่วมงานสูงสุดและจากครอบครัวต่ำสุด อธิบายได้ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[19] ที่ว่าเครือข่ายในงานเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญของผู้ปฏิบัติงาน เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฝังตัวอยู่ในชุมชนและทำงานใกล้ชิดกับเครือข่ายเพื่อนอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายในบทบาทอาสาสมัครจึงมีแนวโน้มเป็นแหล่งสนับสนุนหลักยิ่งกว่าครอบครัว สอดคล้องกับชุติไกร ตันติชัยวนิช[8] ที่ศึกษาในอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของอาสาสมัคร ส่วนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (M = 3.14) และคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.70) สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีทรัพยากรทั้งภายในและจากสภาพการทำงานในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตการทำงานรายด้าน พบว่าด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมเป็นด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (M = 2.79) ซึ่งตามแนวคิดของวอลตัน[22] ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของคุณภาพชีวิตการทำงาน เมื่อพิจารณาร่วมกับลักษณะเชิงโครงสร้างของงานอาสาสมัครที่ได้รับเพียงค่า ป่วยการ มิใช่เงินเดือนประจำ แม้จะปรับเพิ่มเป็นเดือนละ 2,000 บาท ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 แล้ว[7] แต่ยังไม่สอดคล้องกับภาระงานที่ขยายตัว จุดนี้จึงเป็นความเปราะบางเชิงโครงสร้างที่อาจมีนัยสำคัญต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนทั้งสามสมการให้ข้อค้นพบร่วมที่สำคัญ คือ พลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่เข้าสมการ

เป็นลำดับแรกและมีอิทธิพลสูงสุดในทุกองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ อภิปรายปัจจัยที่เข้าสมการพยากรณ์เรียงตามลำดับความสำคัญดังนี้

2.1 พลังสุขภาพจิต เป็นตัวแปรพยากรณ์ร่วมของทั้งสามองค์ประกอบ โดยมีอิทธิพลทางลบต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ (β = -.293) และการลดความเป็นบุคคล (β = -.268) และมีอิทธิพลทางบวกต่อความสำเร็จส่วนบุคคล (β = .387) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สูงสุดในบรรดาตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมด ผลดังกล่าวอธิบายได้ตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[20] ที่ว่าพลังสุขภาพจิตเป็นทรัพยากรภายในที่ช่วยให้บุคคลปรับตัวและฟื้นคืนสภาพเมื่อเผชิญความเครียดเรื้อรัง สอดคล้องกับทฤษฎีการอนุรักษ์ทรัพยากร[18] ที่ถือว่าทรัพยากรส่วนบุคคลเป็นเกราะป้องกันการสูญเสียพลังงานทางจิตใจ เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานภายใต้ความเครียดสะสมอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจึงมีแนวโน้มจัดการความเครียดได้ดีกว่า ส่งผลให้มีความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลต่ำ และคงการรับรู้ความสำเร็จไว้ได้ ผลนี้สอดคล้องกับกิติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล[12] ที่ศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบว่าผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟสูงกว่า และสอดคล้องกับการศึกษากึ่งทดลองของณัฐพล พูลวิเชียร และวุฒิชัย จริยา[21] ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ ซึ่งสนับสนุนบทบาทของพลังสุขภาพจิตในฐานะปัจจัยป้องกันที่พัฒนาได้

2.2 การสนับสนุนทางสังคม เข้าสมการพยากรณ์เฉพาะองค์ประกอบการลดความเป็นบุคคล โดยมีอิทธิพลทางลบ (β = -.165) กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มมีการลดความเป็นบุคคลต่ำลง อธิบายได้ตามแนวคิดของเฮาส์[19] ที่ว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์และการประเมินคุณค่าจากเครือข่ายในงานช่วยลดการตอบสนองเชิงลบต่อผู้รับบริการ การที่การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทเฉพาะต่อองค์ประกอบนี้ซึ่งเป็นมิติเชิงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยตรง สะท้อนว่าการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและชุมชน ทำหน้าที่เป็นกันชนต่อการมองผู้รับบริการอย่างไร้ความเป็นบุคคลโดยเฉพาะ สอดคล้องกับ Nimmawitt และคณะ[32] ที่ศึกษาในจิตแพทย์ไทยและพบว่าการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานสัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลที่ต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ (B = -1.47, p = .033) และสอดคล้องกับ Lee และคณะ[33] ที่ศึกษาในพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลดูแลระยะยาวประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยป้องกันการลดความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญแม้ควบคุมอิทธิพลของความเครียดแล้ว (β = .20, p = .006) อย่างไรก็ตาม ผลนี้แตกต่างจากทัศนีย์ สิรินพมณี[34] ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพไทยและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการลดความเป็นบุคคล (r = -.104) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากบริบทของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่มีโครงสร้างการสนับสนุนเชิงระบบอยู่แล้ว ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งการสนับสนุนจากเครือข่ายมีบทบาทเด่นชัดกว่าในการประคับประคองสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ

2.3 คุณภาพชีวิตการทำงานและสถานภาพโสด คุณภาพชีวิตการทำงานเข้าสมการพยากรณ์สององค์ประกอบ คือ มีอิทธิพลทางลบต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ (β = -.180) และอิทธิพลทางบวกต่อความสำเร็จส่วนบุคคล (β = .245) อธิบายได้ตามแนวคิดของวอลตัน[22] ที่ว่าสภาพการทำงานที่ดีทั้งด้านค่าตอบแทน สภาพแวดล้อม และคุณค่าทางสังคมของงาน เป็นทรัพยากรที่ช่วยลดความเหนื่อยล้าและเสริมการรับรู้คุณค่าในงาน เมื่อพิจารณาร่วมกับผลที่พบว่าด้านค่าตอบแทนมี

ค่าเฉลี่ยต่ำสุด การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานจึงเป็นช่องทางที่มีศักยภาพในการลดภาวะหมดไฟ สอดคล้องกับมนัสวี สิงห์โห และคณะ[16] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับ Boonthep และคณะ[35] ที่ศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าโอกาสในการพัฒนาทักษะและความสมดุลระหว่างชีวิตกับงานในระดับต่ำสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 7.73 และ 2.89 ตามลำดับ) ส่วนสถานภาพโสดเข้าสมการพยากรณ์องค์ประกอบการลดความเป็นบุคคลด้วยอิทธิพลทางบวกเมื่อเทียบกับกลุ่มสมรส (β = .139) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ต่ำสุดในสมการ และกลุ่มสถานภาพโสดมีสัดส่วนเพียง ร้อยละ 10.28 ของกลุ่มที่ศึกษา การตีความจึงควรกระทำอย่างระมัดระวัง ในเชิงทฤษฎีอาจอธิบายได้ว่าคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์นอกงานที่ช่วยประคับประคองสัมพันธภาพและลดการตอบสนองเชิงลบต่อผู้รับบริการ ผู้ที่ไม่มีคู่สมรสจึงอาจขาดทรัพยากรสนับสนุนในมิตินี้ ผลนี้มีทิศทางสอดคล้องกับจุฑาทิพย์ อินทผลัญ และคณะ[24] ที่พบว่าสถานภาพสมรสเกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่แตกต่างจากรุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์[36] ที่ศึกษาในกลุ่มแพทย์ประจำบ้านและไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ความไม่สอดคล้องนี้สะท้อนว่าอิทธิพลของสถานภาพสมรสต่อการลดความเป็นบุคคลยังเป็นข้อค้นพบเชิงสำรวจที่ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีสัดส่วนสถานภาพสมดุลกว่านี้ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาอำนาจการพยากรณ์โดยรวม ตัวแปรพยากรณ์ในแต่ละสมการร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ระหว่างร้อยละ 15.30 ถึง 31.60 โดยสมการความสำเร็จส่วนบุคคลมีอำนาจการพยากรณ์สูงสุด ความแปรปรวนส่วนที่เหลือสะท้อนว่ายังมีปัจจัยอื่นนอกเหนือจากที่ศึกษา ที่น่าสังเกตคือปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่และการรับรู้ภาระงานไม่ได้เข้าสมการพยากรณ์ ซึ่งอาจเป็นเพราะอิทธิพลที่เด่นชัดของพลังสุขภาพจิตได้ครอบคลุมความแปรปรวนส่วนนั้นไปในเชิงสถิติ ผลในภาพรวมจึงชี้ว่าทรัพยากรเชิงบวก โดยเฉพาะพลังสุขภาพจิต มีบทบาทอธิบายภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เด่นชัดกว่าปัจจัยเชิงประชากร

3. ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ผลที่ได้จึงสะท้อนความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างตัวแปรเท่านั้น ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ อีกทั้งเก็บข้อมูลเฉพาะในอำเภอ ทุ่งตะโก การอ้างอิงผลไปยังพื้นที่ในบริบทอื่น จึงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ข้อมูลได้จากการตอบผ่านแบบสอบถาม จึงอาจมีอคติจากการตอบตามความพึงประสงค์ทางสังคม โดยเฉพาะภาวะหมดไฟซึ่งเป็นประเด็นอ่อนไหว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) จากผลที่พบว่าพลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลสูงสุดในทุกองค์ประกอบของภาวะหมดไฟ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จึงควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2) จากผลที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากเพื่อนร่วมงาน สัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลที่ต่ำลง หน่วยบริการจึงควรจัดระบบพี่เลี้ยงและเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนระหว่างอาสาสมัคร

3) จากผลที่พบว่าด้านค่าตอบแทนเป็นมิติคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณาทบทวนค่าป่วยการและสวัสดิการให้สอดคล้องกับภาระงานที่ขยายตัว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟ เช่น ลักษณะภาระงานเชิงปริมาณ และระบบสนับสนุนเชิงองค์กร

2) ควรขยายการศึกษาไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างกัน เพื่อยืนยันผลการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งตะโก สาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่ง และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอทุ่งตะโกทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. "สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน" ปีงบประมาณ 2565 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20220425143451088 6.pdf
2. เพ็ญนภา ศรีหริ่ง, ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, เตือนใจ ภูสระแก้ว, พิทยา ศรีเมือง, รุจิราลักขณ์ พรหมเมือง, ไพฑูรย์ พรหมเทศ และคณะ. การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคนโยบายสามหมอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(3):388-408.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงาน ประเด็นติดตามผู้ป่วย NCDs ได้รับการดูแลจาก อสม.: NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม. ประจำปีงบประมาณ 2568 [ชุดข้อมูลออนไลน์]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/ncds-report/follow-ncds
4. ธัญญาภรณ์ ใหญ่เจริญ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(5):797-808.
5. ธีร์ปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2567;34(3):53-63.
6. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 140, ตอนพิเศษ 33 ง (ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566). หน้า 13.
7. กรมประชาสัมพันธ์. อสม. ทั่วประเทศเตรียมรับเงินค่าป่วยการใหม่และเงินตกเบิกย้อนหลัง รวม 8,000 บาทต่อคน [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/286497
8. ชุติไกร ตันติชัยวนิช. ความสุขในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 2567;38(1):34-44.
9. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases [Internet]. 2019 [cited 2026 Jul 5]. Available from: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour 1981;2(2):99-113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205
11. Wright T, Mughal F, Babatunde OO, Dikomitis L, Mallen CD, Helliwell T. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization 2022;100(6):385-401A. https://doi.org/10.2471/BLT.22.288300
12. กิติยา รุ่งเลิศสิทธิกุล. ภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565;67(3):240-55.
13. Wen Z, Qin Y, Ni Y, Wang Y, Xu K, Zhu Y. Burnout and turnover intention in primary public health workers: the mediating role of job satisfaction. Frontiers in Public Health 2026;13:1708432. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1708432
14. Malik M, Penalosa M, Busch IM, Burhanullah H, Weston C, Weeks K, et al. Rural healthcare workers' well-being: a systematic review of support interventions. Families, Systems, & Health 2024;42(3):355-74. https://doi.org/10.1037/fsh0000921

15. มนัสพงษ์ มาลา. ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(5):944-54.
16. มนัสวี สิงห์โห, กมลนัทธ์ ม่วงยิ้ม, เดชา วรรณพาหุล, กมล อาจดี และภัทรวดี รุจิพิชชาพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2566;31(4):309-20.
17. Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: state of the art. Journal of Managerial Psychology 2007;22(3):309-28. https://doi.org/10.1108/02683940710733115
18. Hobfoll SE. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist 1989;44(3):513-24. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513
19. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
20. กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี: พลังสุขภาพจิต RQ (Resilience Quotient). นนทบุรี: ดีน่าดู; 2552.
21. ณัฐพล พูลวิเชียร และวุฒิชัย จริยา. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2566;32(1):151-64.
22. Walton RE. Quality of working life: what is it? Sloan Management Review 1973;15(1):11-21.
23. บุษกร คำโฮม และสมรักษ์ รัตนวัน. อิทธิพลของการรับรู้ภาระงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานกลุ่มเจเนอเรชั่นวายและซีของบริษัทบริหารสินทรัพย์แห่งหนึ่ง โดยมีค่าตอบแทนเป็นตัวแปรกำกับ. วารสารบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2566;12(2):22-34.
24. จุฑาทิพย์ อินทผลัญ, ศริยามน ติรพัฒน์ และชนิดา เลิศพิทักษ์พงศ์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตาภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข 2567;10(3):507-20.
25. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร. ข้อมูลจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร [ข้อมูลไม่ตีพิมพ์]. ชุมพร: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งตะโก; 2568.
26. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods 2009;41(4):1149-60. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149
27. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
28. Bartlett JE, Kotrlik JW, Higgins CC. Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. Information Technology, Learning, and Performance Journal 2001;19(1):43-50.
29. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932;22(140):1-55.
30. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
31. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
32. Nimmawitt N, Wannarit K, Pariwatcharakul P. Thai psychiatrists and burnout: a national survey. PLOS ONE 2020;15(4):e0230204. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230204
33. Lee S, Kim S, Min HY, Park J. Burnout related factors of infection control nurses in long-term care hospitals. Japan Journal of Nursing Science 2025;22(4):e70019. https://doi.org/10.1111/jjns.70019
34. ทัศนีย์ สิรินพมณี. ภาระงาน การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิบาทสี่ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563;30(2):58-71.
35. Boonthep S, Prasit N, Nonthamat A, Nidthumsakul N. Factors associated with burnout syndrome among healthcare workers at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province, Thailand. Journal of Population and Social Studies 2025;34:510-30. https://doi.org/10.25133/JPSSv342026.026
36. รุจิรา ตวงเพิ่มทรัพย์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564;66(2):189-202.

การสำรวจปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย

A STUDY ON ARSENIC CONTAMINATION IN RICE BRAN OIL DIETARY SUPPLEMENT PRODUCTS SOLD ON ONLINE MARKETPLACES IN THAILAND.

(Received: July 6,2026 ; Revised: July 8,2026 ; Accepted: July 11,2026)

สุจิตรา เหล็กศรี[1] พัฒนา เต็งอำนวย[2]
Sujitra Leksri [1] Patana Teng-umnuay[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อสำรวจปริมาณสารหนูทั้งหมดในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย โดยคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจากผลิตภัณฑ์ที่มียอดจำหน่ายสะสมสูงสุด ณ ช่วงเวลาที่สำรวจ รวมจำนวน 10 สินค้า และวิเคราะห์ด้วยวิธี Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS)

ผลการศึกษาพบว่า ผลิตภัณฑ์จำนวน 6 สินค้ามีการตรวจพบสารหนูทั้งหมดปนเปื้อน โดยมีปริมาณอยู่ระหว่าง 0.0100–0.12 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม แบ่งเป็นผลิตภัณฑ์กลุ่มน้ำมันรำข้าว/น้ำมันข้าวไรซ์เบอร์รี่ จำนวน 2 ตัวอย่าง และผลิตภัณฑ์กลุ่มน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าว จำนวน 4 ตัวอย่าง ขณะที่อีก 4 สินค้าตรวจไม่พบสารหนูทั้งหมด เนื่องจากมีปริมาณต่ำกว่าขีดจำกัดในการตรวจวัดเชิงปริมาณของวิธีวิเคราะห์ อย่างไรก็ตาม ผลิตภัณฑ์ที่สุ่มตรวจทั้งหมดผ่านเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563

คำสำคัญ: สารหนูทั้งหมด, ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร, น้ำมันรำข้าว, ตลาดออนไลน์

ABSTRACT

This cross-sectional survey aimed to investigate total arsenic levels in rice bran oil dietary supplement products sold on online marketplaces in Thailand. Ten products were purposively selected from those with the highest cumulative sales during the survey period and analyzed for total arsenic using Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS).

The results showed that total arsenic was detected in 6 products. These included 2 products in the rice bran oil/rice berry oil group and 4 products in the rice bran oil blended with rice germ oil group. In contrast, total arsenic was not detected in the remaining 4 products, as the levels were below the limit of quantitation of the analytical method. Nevertheless, all sampled products complied with the safety standard specified in the Ministry of Public Health Notification No. 414 B.E. 2563 (2020).

Keywords: total arsenic, dietary supplement, rice bran oil, online marketplace

บทนำ

กระแสการตื่นตัวด้านสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้ประชาชนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันมากขึ้น นอกเหนือจากการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนให้เพียงพอ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจึงกลายเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

[1] หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ) วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจ
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

จากรายงานของ Grand View Research คาดว่าจะเติบโตจาก 228.2 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2026 เป็น 431.7 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี 2033 ด้วย CAGR 9.5% โดยภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเป็นภูมิภาคที่มีการเติบโตสูงสุด[1] หนึ่งในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ได้รับความสนใจ คือ น้ำมันรำข้าวและสารกลุ่มแกมมา-โอไรซานอล เนื่องจากน้ำมันรำข้าวอุดมด้วยสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ เช่น กรดฟีนอลิก ฟลาโวนอยด์ วิตามินอี และแกมมา-โอไรซานอล[2,3] ซึ่งมีรายงานถึงประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การลดระดับคอเลสเตอรอลรวม คอเลสเตอรอลชนิด LDL ความดันโลหิต และการต้านอนุมูลอิสระในร่างกาย[4,5]

อย่างไรก็ตาม แม้น้ำมันรำข้าวจะมีคุณประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ยังมีประเด็นด้านความปลอดภัยที่ควรเฝ้าระวัง โดยเฉพาะการปนเปื้อนของโลหะหนัก เนื่องจากข้าวเป็นพืชที่ปลูกในสภาพพื้นที่น้ำขัง ซึ่งเอื้อต่อการเคลื่อนย้ายของธาตุอาหารและโลหะหนักจากดินเข้าสู่ต้นข้าว[6] โดยโลหะหนักมักสะสมบริเวณรำข้าวมากกว่าเนื้อข้าว[7] โลหะหนักที่พบได้ในรำข้าว ได้แก่ สารหนู ตะกั่ว ปรอท แคดเมียม และสังกะสี โดยเฉพาะสารหนูเป็นสารปนเปื้อนที่มีความสำคัญ เนื่องจากการได้รับสะสมเป็นระยะเวลานานอาจสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความผิดปกติของผิวหนัง และระบบประสาท[6,7] การศึกษาก่อนหน้าพบว่าน้ำมันรำข้าวและรำข้าวบางตัวอย่างมีปริมาณสารหนูสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จากรำข้าวอย่างต่อเนื่อง[9,10]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เน้นการตรวจวัดสารหนูในวัตถุดิบรำข้าว ข้าว หรือผลิตภัณฑ์น้ำมันรำข้าวสำหรับประกอบอาหาร[9,10] ขณะที่การศึกษาการปนเปื้อนสารหนูในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทยยังพบรายงานค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวยังอาจมีความคาบเกี่ยวด้านการจัดประเภทตามกฎหมายระหว่างกลุ่มน้ำมันและไขมันกับกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งแต่ละกลุ่มมีเกณฑ์มาตรฐานการปนเปื้อนที่แตกต่างกัน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน[11] ความไม่จำเพาะเจาะจงดังกล่าวอาจส่งผลให้การกำกับดูแลและการเฝ้าระวังสารหนูในผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ

นอกจากนี้ จากการสำรวจผลิตภัณฑ์เบื้องต้นบนแพลตฟอร์มออนไลน์ พบว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่จำหน่ายจริงไม่ได้มีเฉพาะสูตรน้ำมันรำข้าวเดี่ยวเท่านั้น แต่ยังพบผลิตภัณฑ์สูตรผสมน้ำมันจมูกข้าวร่วมด้วย โดยน้ำมันจมูกข้าวเป็นแหล่งของสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพและมีรายงานฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ[12,13] ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปริมาณสารหนูทั้งหมดที่ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย และประเมินความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563 [11] เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการเฝ้าระวังด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ผลิต ผู้จัดจำหน่าย และผู้บริโภคตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายผ่านตลาดออนไลน์

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจปริมาณสารหนูทั้งหมดที่ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย และประเมินความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563

วิธีการศึกษา

ดำเนินการจัดซื้อตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวจากตลาดออนไลน์ ได้แก่ Shopee และ TikTok Shop จำนวน 10 สินค้าตัวอย่าง โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จากผลิตภัณฑ์ที่มียอดจำหน่ายสะสมสูงสุด ณ ช่วงเวลาที่สำรวจ แบ่งเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าว จากนั้นเก็บตัวอย่างสินค้าแต่ละชนิดในปริมาณ 100 กรัมต่อสินค้า บรรจุลงในถุงฟอยล์ปิดสนิท พร้อมใส่สารดูดความชื้น เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของตัวอย่างก่อนนำส่งตรวจวิเคราะห์

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ถูกกำหนดรหัสเพื่อไม่ให้ระบุชื่อทางการค้า โดยกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวใช้รหัส RBO ตามด้วยลำดับตัวอย่าง เช่น RBO-1 และกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าวใช้รหัส RBGO ตามด้วยลำดับตัวอย่าง เช่น RBGO-1 ทั้งนี้ มีการบันทึกภาพผลิตภัณฑ์เพื่อใช้ประกอบการบรรยายลักษณะทางกายภาพของตัวอย่างแต่ละชนิด

ตัวอย่างทั้งหมดถูกนำส่งตรวจวิเคราะห์ ณ บริษัท ยูโรฟินส์ ฟู้ด เทสติ้ง (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งเป็นห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17025:2017 โดยการตรวจวิเคราะห์ดำเนินการเฉพาะส่วนเนื้อน้ำมันภายในแคปซูลนิ่ม และแยกส่วนเปลือกแคปซูลออกจากการทดสอบ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของผลตรวจที่อาจเกิดจากวัตถุดิบของเปลือกแคปซูล เช่น เจลาติน

การตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารหนูทั้งหมดดำเนินการด้วยเครื่อง Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS) โดยใช้วิธีทดสอบ In-house method P-CH-TP-23623.0023 ซึ่งอ้างอิงและพัฒนาจากวิธีมาตรฐาน AOAC Official Method 2015.01 สำหรับการตรวจวิเคราะห์โลหะหนักในอาหารด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma–Mass Spectrometry[14] วิธีวิเคราะห์มีค่าขีดจำกัดในการตรวจพบ (Limit of Detection; LOD) เท่ากับ 0.005 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และค่าขีดจำกัดในการตรวจวัดเชิงปริมาณ (Limit of Quantitation; LOQ) เท่ากับ 0.01 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม

ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารหนูทั้งหมดถูกนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน ประเภทผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งกำหนดปริมาณสารหนูทั้งหมดสูงสุดไม่เกิน 2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ในสภาพพร้อมบริโภค[11]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง และได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ เลขที่ DPUHREC 1506/2568 วันที่ 15 มิถุนายน 2569

ผลการศึกษา

จากการสำรวจผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ ในประเทศไทย จำนวน 10 ตัวอย่าง ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 พบว่า ผลิตภัณฑ์ตัวอย่างสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว จำนวน 5 ตัวอย่าง และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าว จำนวน 5 ตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดอยู่ในรูปแบบแคปซูลนิ่ม มีลักษณะรูปร่างรีหรือทรงหยดน้ำ สีเหลืองทองถึงสีเหลืองเข้ม หรือบางตัวอย่างมีเปลือกแคปซูลทึบแสง น้ำหนักสุทธิต่อแคปซูลอยู่ระหว่าง 720–1,550 มิลลิกรัม และมีปริมาณน้ำมันรำข้าวอยู่ระหว่าง 442–1,000 มิลลิกรัมต่อแคปซูลนิ่ม

ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารหนูทั้งหมดด้วยเครื่อง Inductively Coupled Plasma Mass

Spectrometry (ICP-MS) โดยตรวจเฉพาะส่วนเนื้อน้ำมันภายในแคปซูล ไม่รวมเปลือกแคปซูล พบว่าผลิตภัณฑ์จำนวน 6 ตัวอย่างตรวจพบสารหนูทั้งหมดปนเปื้อน ได้แก่ RBO-2, RBO-5, RBGO-1, RBGO-2, RBGO-4 และ RBGO-5 โดยแบ่งเป็นผลิตภัณฑ์กลุ่มน้ำมันรำข้าว/น้ำมันข้าวไรซ์เบอร์รี่ จำนวน 2 ตัวอย่าง และผลิตภัณฑ์กลุ่มน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าว จำนวน 4 ตัวอย่าง มีปริมาณสารหนูทั้งหมดที่ตรวจพบอยู่ระหว่าง 0.0100–0.12 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทั้งนี้ตัวอย่างที่มีปริมาณสารหนูทั้งหมดสูงสุดคือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าว รหัสตัวอย่าง RBGO-1 ซึ่งตรวจพบสารหนูทั้งหมดเท่ากับ 0.12 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ขณะที่ผลิตภัณฑ์อีก 4 ตัวอย่างตรวจไม่พบสารหนูทั้งหมด เนื่องจากมีปริมาณต่ำกว่าขีดจำกัดในการตรวจวัดเชิงปริมาณของวิธีวิเคราะห์

เมื่อนำผลการตรวจวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563 ซึ่งกำหนดปริมาณสารหนูทั้งหมดในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสูงสุดไม่เกิน 2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ในสภาพพร้อมบริโภค พบว่าผลิตภัณฑ์ที่สุ่มตรวจทั้งหมดมีปริมาณสารหนูทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ ปริมาณการปนเปื้อนของสารหนูทั้งหมดในสินค้าตัวอย่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวจากห้องปฏิบัติการ

รหัสตัวอย่าง	ประเภทผลิตภัณฑ์	น้ำมันรำข้าว (มก./แคปซูลนิ่ม)	ปริมาณสารหนูทั้งหมด (มก./กก.)	เกณฑ์มาตรฐานตามประกาศ สธ. ฉบับที่ 414 (มก./กก.)[11]	การประเมินผลความปลอดภัยตามมาตรฐานสธ.
RBO-1	น้ำมันรำข้าว	442.00	ND	2.00	ผ่าน
RBO-2	น้ำมันรำข้าว	467.00	0.0120	2.00	ผ่าน
RBO-3	น้ำมันรำข้าว	500.00	ND	2.00	ผ่าน
RBO-4	น้ำมันรำข้าว	500.00	ND	2.00	ผ่าน
RBO-5	น้ำมันข้าวไรซ์เบอร์รี่	500.00	0.0110	2.00	ผ่าน
RBGO-1	น้ำมันรำข้าว+น้ำมันจมูกข้าว	500.00	0.12	2.00	ผ่าน
RBGO-2	น้ำมันรำข้าว+น้ำมันจมูกข้าว	500.00	0.0110	2.00	ผ่าน
RBGO-3	น้ำมันรำข้าว+น้ำมันจมูกข้าว +น้ำมันจมูกข้าวสาลี	530.00	ND	2.00	ผ่าน
RBGO-4	น้ำมันรำข้าว+น้ำมันจมูกข้าว	500.00	0.0100	2.00	ผ่าน
RBGO-5	น้ำมันรำข้าว+น้ำมันจมูกข้าว +น้ำมันจมูกข้าวสาลี	1,000.00	0.02	2.00	ผ่าน

** ND (Not Detected) หมายถึง ตรวจไม่พบปริมาณสารหนูทั้งหมดในตัวอย่าง เนื่องจากมีปริมาณต่ำกว่าขีดจำกัด LOQ (Limit of Quantitation) ในการตรวจวัดของเครื่องมือและวิธีวิเคราะห์อยู่ที่ 0.01 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม*

สรุปและอภิปรายผล

จากการสำรวจผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย จำนวน 10 ตัวอย่าง พบว่าผลิตภัณฑ์สามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าว ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดอยู่ในรูปแบบแคปซูลนิ่ม มีทั้งชนิดเปลือกใสและเปลือกทึบแสง โดยมีปริมาณน้ำมันรำข้าวอยู่ระหว่าง 442–1,000 มิลลิกรัมต่อแคปซูลนิ่ม และส่วนใหญ่มีคำแนะนำการบริโภควันละ 2 แคปซูล

ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารหนูทั้งหมดด้วยเครื่อง Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS) พบว่า ผลิตภัณฑ์จำนวน 6 ตัวอย่างตรวจพบสารหนูทั้งหมด โดยมีปริมาณอยู่ระหว่าง 0.0100–0.12 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ขณะที่ผลิตภัณฑ์อีก 4 ตัวอย่างตรวจไม่พบสารหนูทั้งหมด เนื่องจากมีปริมาณต่ำกว่าขีดจำกัดในการตรวจวัดเชิงปริมาณของวิธีวิเคราะห์ อย่างไรก็ตาม เมื่อนำผลการตรวจวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน ประเภทผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งกำหนดปริมาณสารหนูทั้งหมดสูงสุดไม่เกิน 2.0 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ในสภาพพร้อมบริโภค พบว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่สุ่มตรวจทั้งหมดมีปริมาณสารหนูทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย[11]

การศึกษานี้พบว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทยมีทั้งสูตรน้ำมันรำข้าวเดี่ยวและสูตรน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าวในสัดส่วนใกล้เคียงกัน สะท้อนให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์สูตรผสมได้รับความนิยมในตลาดผู้บริโภค โดยอาจเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของน้ำมันจมูกข้าวที่มีสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพและสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งมีรายงานว่าสามารถช่วยสนับสนุนคุณค่าทางสุขภาพของผลิตภัณฑ์ได้[12,13] อย่างไรก็ตาม การเติมส่วนประกอบจากข้าวหลายชนิดอาจทำให้แหล่งวัตถุดิบมีความหลากหลายมากขึ้น และอาจส่งผลต่อระดับการปนเปื้อนของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์ขั้นสุดท้ายได้

ผลการตรวจวิเคราะห์พบสารหนูทั้งหมดในผลิตภัณฑ์จำนวน 6 ตัวอย่าง โดยตัวอย่างที่มีปริมาณสูงสุดคือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวผสมน้ำมันจมูกข้าว รหัส RBGO-1 ซึ่งตรวจพบสารหนูทั้งหมด 0.12 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ผลดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับแหล่งที่มาของวัตถุดิบ พื้นที่เพาะปลูก กระบวนการสกัดน้ำมัน หรือสัดส่วนของส่วนประกอบจากข้าวในแต่ละผลิตภัณฑ์ เนื่องจากสารหนูสามารถสะสมในส่วนต่าง ๆ ของเมล็ดข้าว โดยเฉพาะบริเวณรำข้าวและจมูกข้าว ซึ่งเป็นวัตถุดิบสำคัญในการผลิตน้ำมันรำข้าวและน้ำมันจมูกข้าว [15]อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ตรวจวิเคราะห์เฉพาะปริมาณสารหนูทั้งหมดในผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป จึงยังไม่สามารถระบุแหล่งที่มาของการปนเปื้อนหรือชนิดของสารหนูได้โดยตรง

เมื่อประเมินความปลอดภัยตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563 พบว่าผลิตภัณฑ์ทั้งหมดผ่านเกณฑ์มาตรฐานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งกำหนดปริมาณสารหนูทั้งหมดไม่เกิน 2.0 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม[11] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohajer และคณะ[16] และ Lin และคณะ [17] ที่รายงานว่าปริมาณสารหนูในผลิตภัณฑ์น้ำมันรำข้าวสำหรับบริโภคยังอยู่ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยของประเทศที่ทำการศึกษา อย่างไรก็ตาม เมื่อนำผลตรวจบางตัวอย่างมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของกลุ่มน้ำมันและไขมัน ซึ่งกำหนดปริมาณสารหนูทั้งหมดไม่เกิน 0.1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม พบว่ามีผลิตภัณฑ์ 1 ตัวอย่างที่มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ดังกล่าว ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสมและจำเพาะสำหรับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทน้ำมัน เนื่องจากผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้อาจมีการบริโภคต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ จำนวนตัวอย่างมีเพียง 10 ตัวอย่าง และคัดเลือกจากสินค้ายอดจำหน่ายสูงในช่วงระยะเวลาสำรวจ 3 เดือนเท่านั้น จึงอาจยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวทั้งหมดในตลาดออนไลน์ได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ การศึกษานี้ตรวจวิเคราะห์เฉพาะสารหนูทั้งหมด ไม่ได้จำแนกชนิดของสารหนูอินทรีย์และสารหนูอนินทรีย์ ซึ่งมีระดับความเป็นพิษแตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ครอบคลุมหลายล็อตการผลิต หลายแพลตฟอร์มการจำหน่าย และควรตรวจวิเคราะห์สาร

หนูอินทรีย์เพิ่มเติม เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่สุ่มตรวจทั้งหมดมีปริมาณสารหนูทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้มีจำนวนตัวอย่างจำกัดเพียง 10 ตัวอย่าง และเป็นการสำรวจผลิตภัณฑ์จากตลาดออนไลน์ในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการสุ่มตรวจและเฝ้าระวังการปนเปื้อนของสารหนูในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยแก่ผู้บริโภคในระยะยาว

ผู้ผลิตและผู้จัดจำหน่ายควรให้ความสำคัญกับการคัดเลือกแหล่งวัตถุดิบ กระบวนการผลิต และการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ก่อนวางจำหน่าย โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบจากข้าวหรือรำข้าว ซึ่งอาจมีโอกาสปนเปื้อนโลหะหนักจากแหล่งเพาะปลูกหรือกระบวนการผลิตได้ นอกจากนี้ ผู้บริโภคควรพิจารณาเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากแหล่งจำหน่ายที่น่าเชื่อถือ มีข้อมูลฉลากครบถ้วน และมีการรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความเสี่ยงจากการได้รับโลหะหนักสะสมจากการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างผลิตภัณฑ์ให้ครอบคลุมยี่ห้อ ล็อตการผลิต และแพลตฟอร์มการจำหน่ายที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงขยายระยะเวลาการสำรวจเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนภาพรวมของตลาดออนไลน์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรตรวจวิเคราะห์สารหนูอินทรีย์เพิ่มเติม เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีความเป็นพิษต่อสุขภาพสูงกว่าสารหนูอินทรีย์ และควรขยายการศึกษาไปยังผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าวที่นำเข้าจากต่างประเทศ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทั้งในประเทศและนำเข้าในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงต่ออาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พัฒนา เต็งอำนวย สำหรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนตลอดกระบวนการวิจัย ซึ่งช่วยให้การศึกษาครั้งนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนางานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วง และเจ้าหน้าที่คณะผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการประสานงานและอำนวยความสะดวกในระหว่างดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกอบการ หน่วยงานภาครัฐ ผู้รับผลิตและโรงงานผลิตผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ในการตระหนักถึงการปนเปื้อนของสารหนู และสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Grand View Research. Dietary supplements market report [Internet]. San Francisco (CA): Grand View Research; 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/dietary-supplements-market-report
2. Grand View Research. Gamma oryzanol market [Internet]. San Francisco (CA): Grand View Research; 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/gamma-oryzanol-market
3. Sahini MG, Mutegoa E. Extraction, phytochemistry, nutritional, and therapeutical aspects of rice bran oil. Trends Food Sci Technol [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 10];3(2):100453. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667031323000490 doi: 10.1016/j.phyplu.2023.100453
4. Tantayakhom S, Inpan R, Yaja K, Koonrungsesomboon N, Teekachunhatean S, Na Takuathung M. Effects of rice bran supplementation on metabolic syndrome-related parameters: a systematic review and meta-analysis. Int J Mol Sci [Internet]. 2025 Sep 5 [cited 2025 Nov 10];26(18):9051. Available from: https://www.mdpi.com/1422-0067/26/18/9051 doi: 10.3390/ijms26189051
5. Bumrungpert A, Chongsuwat R, Phosat C, Butacnum A. Rice bran oil containing gamma-oryzanol improves lipid profiles and antioxidant status in hyperlipidemic subjects: a randomized double-blind controlled trial. J Altern Complement Med [Internet]. 2019 Mar 16 [cited 2025 Dec 10];25(3):353-8. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acm.2018.0212 doi: 10.1089/acm.2018.0212
6. Juang KW, Chu LJ, Syu CH, Chen BC. Assessing human health risk of arsenic for rice consumption by an iron plaque-based partition ratio model. Sci Total Environ [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2025 Nov 10];763:142973. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048969720365037 doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.142973
7. Meharg AA, Lombi E, Williams PN, Scheckel KG, Feldmann J, Raab A, et al. Speciation and localization of arsenic in white and brown rice grains. Environ Sci Technol [Internet]. 2008 Jan 15 [cited 2025 Nov 10];42(4):1051-7. Available from: https://pubs.acs.org/doi/10.1021/es702212p doi: 10.1021/es702212p
8. Yao BM, Chen P, Sun GX. Distribution of elements and their correlation in bran, polished rice, and whole grain. Food Sci Nutr [Internet]. 2020 Jan 9 [cited 2025 Nov 10];8(2):982-92. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32185023/ doi: 10.1002/fsn3.1379
9. Bakota EL, Dunn RO, Liu SX. Heavy metals screening of rice bran oils and its relation to composition. Eur J Lipid Sci Technol [Internet]. 2015 Feb 18 [cited 2025 Nov 10];117(9):1452-62. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejlt.201400443 doi: 10.1002/ejlt.201400443
10. Ruangwises S, Saipan P, Tengjaroenkul B, Ruangwises N. Total and inorganic arsenic in rice and rice bran purchased in Thailand. Sci Total Environ [Internet]. 2012 Apr 1 [cited 2025 Nov 10];75(4):771-4. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0362028X23014576 doi: 10.1016/j.scitotenv.2011.10.027
11. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 414 พ.ศ. 2563 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 118ง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://food.fda.moph.go.th/food-law/announ-moph-414/
12. Taing L, Tomacha J, Prajumwongs P, Namwat N, Klanrit P, Wangwiwatsin A, Techasen A, Dokduang H, Promraksa B, Promraksa N, Loilome W. Evaluation of antioxidant and anti-aging activities of Thai rice germ extracts. Trends Sci [Internet]. 2025 [cited 2026 Jun 15];22(4):9348. Available from: https://tis.wu.ac.th/index.php/tis/article/view/9348 doi: 10.48048/tis.2025.9348

13. Moongngarm A, Daomukda N, Khumpika S. Chemical compositions, phytochemicals, and antioxidant capacity of rice bran, rice bran layer, and rice germ. APCBEE Procedia [Internet]. 2012 [cited 2026 Jun 15];2:73-79. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212670812000851 doi: 10.1016/j.apcbee.2012.06.014
14. AOAC International. AOAC Official Method 2015.01: Heavy metals in food: inductively coupled plasma–mass spectrometry. In: Official Methods of Analysis of AOAC International. 22nd ed. Rockville (MD): AOAC International; 2023.
15. Raab A, Feldmann J, Meharg AA. Arsenic carbohydrate complexes in plants. New Phytol [Internet]. 2009 Sep [cited 2026 Jun 15];184(1):225-38. Available from: https://nph.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8137.2009.02912.x doi: 10.1111/j.1469-8137.2009.02912.x
16. Mohajer A, Norouzian Baghani A, Sadighara P, Ghanati K, Nazmara S. Determination and health risk assessment of heavy metals in imported rice bran oil in Iran. J Food Compos Anal [Internet]. 2020 Mar [cited 2025 Nov 10];86:103384. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889157519307458 doi: 10.1016/j.jfca.2019.103384
17. Lin ST, Liao KW, Xuan TC, Chiou TY, Lin ZE, Lee WJ. Determination, distribution, and health risk assessment of 12 heavy metals in various edible oils in Taiwan. JSFA Rep [Internet]. 2024 Mar 8 [cited 2025 Nov 21];4(3):175-83. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jsf2.186 doi: 10.1002/jsf2.186

การศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย

A study Level of Dysphagia in the Elderly Based on the Health Belief Model in Hua Sai Subdistrict, Bang Khla District, Chachoengsao Province, Thailand.

(Received: July 7,2026 ; Revised: July 9,2026 ; Accepted: August 2,2026)

พิมพ์พิศา ธนากรกลโกฐ์[1] นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์[2]
Pimpisa Thanagonkhonrago[1] Nawasanan Wongprasit[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร จำนวน 227 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามลำดับ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากในระดับสูง โดยเฉพาะการตระหนักถึงผลกระทบและความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น หน่วยงานด้านสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะกลืนลำบาก รวมถึงเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะกลืนลำบาก, ผู้สูงอายุ, ความเชื่อทางสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to examine the level of dysphagia among older adults based on the Health Belief Model in Huai Sai Subdistrict, Bang Khla District, Chachoengsao Province. The sample consisted of 227 older adults residing in Huai Sai Subdistrict, Bang Khla District, Chachoengsao Province. Data were collected using a questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis.

The results revealed that the overall level of dysphagia-related health beliefs among older adults was at a high level. When considering each dimension, the highest mean score was found in perceived threat, followed by perceived severity, perceived susceptibility, and self-efficacy, respectively. The findings indicate that older adults demonstrated a high level of awareness regarding dysphagia, particularly in recognizing potential threats and severity associated with the condition. Therefore, healthcare organizations and healthcare professionals should promote knowledge, understanding, and preventive behaviors related to dysphagia, while enhancing older adults' confidence in self-care practices. These efforts may help prevent complications and improve the quality of life among older adults in the community.

Keywords: Dysphagia, Elderly, Health beliefs

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา Corresponding Author: Nawasanan Wongprasit E-mail address: nawasanan.won@rru.ac.th

บทนำ

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นปัญหาสำคัญทางคลินิกที่ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร น้ำ หรือยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยเท่านั้น แต่ยังแสดงออกผ่านอาการทางกายที่เด่นชัด เช่น การกลืนไม่ลง กลืนช้า ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในแต่ละมื้อ ตลอดจนความรู้สึกมีอาหารค้างบริเวณคอหอย และมีอาการไอสำลักร่วมด้วย[1] ผลกระทบดังกล่าวส่งผลเชิงลบโดยตรงต่อมิติด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวล จนนำไปสู่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยต้นเหตุของภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักตัวลดลงอย่างผิดปกติ ตลอดจนการขาดสารอาหารและพลังงานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงอย่างสิ้นเชิง[1,2] ภาวะกลืนลำบากยังเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง ไม่ว่าจะเป็นภาวะกรดไหลย้อน ร่างกายขาดน้ำ และภาวะปอดติดเชื้ออันเนื่องมาจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) ขณะเดียวกันก็ยังเพิ่มภาระและความเครียดให้แก่ผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้[2] โดยปัญหานี้มักพบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคทางระบบประสาทและจิตเวช รวมถึงโรคที่ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดภาวะเกร็งจนรบกวนกลไกการกลืน[3]

มิติด้านสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากมักแยกตัวออกจากสังคมอันเนื่องมาจากความกังวลและกลัวการสำลักเมื่อต้องร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น ซึ่งพฤติกรรมนี้เสี่ยงต่อการนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า[4]โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมื้ออาหาร ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สะท้อนความสุขและการปฏิสัมพันธ์ แต่การเห็นบุคคลอื่นในครอบครัวหรือผู้ป่วยร่วมหอผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ในขณะที่ตนเองไม่สามารถทำได้ จะยิ่งตอกย้ำความรู้สึกถูกแบ่งแยกและลดทอนความสุขในการดำเนินชีวิต[5] จากสถิติพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหรือโรคทางระบบประสาทข้างต้น จะพบภาวะกลืนลำบากสูงถึงร้อยละ 50–75 และที่น่ากังวลคือมักเกิดภาวะสำลักเงียบ (Silent Aspiration) ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 40–70 ซึ่งเป็นปัจจัยวิกฤตที่นำไปสู่โรคปอดอักเสบติดเชื้อที่รุนแรง ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้สูงอายุมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้ออยู่ก่อนแล้ว จะพบอุบัติการณ์การสำลักเงียบสูงขึ้นถึงร้อยละ 71 โดยมีรายงานระบุว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะปอดติดเชื้ออันเนื่องมาจากการสำลักสูงถึงเกือบร้อยละ 30[6]

สถานการณ์ทางระบาดวิทยาในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561–2565 มีการรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบเฉลี่ยสูงถึงเดือนละ 20,000 ราย โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบสะสมสูงถึง 239,197 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 361.48 ต่อประชากรแสนคน และมีรายงานผู้เสียชีวิตจำนวน 224 ราย ซึ่งกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดรองจากกลุ่มเด็กเล็กคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 1,040.02 ต่อแสนประชากร และเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการเสียชีวิตสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.43 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด[7] สอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2565 ที่พบว่าโรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายใน 5 อันดับแรก โดยจัดอยู่ในอันดับที่ 3 ด้วยอัตราตาย 62.00 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคปอดบวมสูงถึง 2,299 คน คิดเป็นอัตราป่วย 317.48 ต่อประชากรแสนคน[8] ต่อมาในปี พ.ศ. 2567 ข้อมูลเชิงสถิติท้องถิ่นระบุว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 141,609 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.64 ของประชากรทั้งหมด ยิ่งไปกว่านั้นยังพบกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (CVD) ในระดับสูงมากและสูงอันตรายรวมกันจำนวน 150,900 คน คิดเป็นร้อยละ 11.30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองนี้จัดเป็นหนึ่งในปัจจัยต้นเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะกลืนลำบากและการสำลักอาหารหรือน้ำ อันส่งผลกระทบต่อเนื่องให้เกิดโรคปอดบวมในประชากรผู้สูงอายุในที่สุด[9]

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัด

ฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่โครงสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนประชากรสูงวัยสูงมากถึงร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด[10] และยังไม่เคยปรากฏการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อน เพื่อสร้างแนวทางเชิงรุกให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker (1974) และ Janz & Becker (1984)[11,12] ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงพฤติกรรมที่เน้นอธิบายและคาดการณ์พฤติกรรมด้านสุขภาพผ่านทัศนคติและความเชื่อของบุคคล โดยทฤษฎีนี้ระบุว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงโรคนั้น จะต้องผ่านกระบวนการรับรู้และเชื่อมั่นในองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) ที่เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบากของตนเอง เช่น ปอดอักเสบจากการสำลักหรือภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งความเข้าใจนี้จะมีอิทธิพลต่อความเต็มใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) ของโรคที่อาจส่งผลกระทบขั้นวิกฤตต่อชีวิตจนเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามคำแนะนำและการรักษา ตลอดจนการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) จากอาการแทรกซ้อนที่นำไปสู่การปรับปรุงขีดความสามารถในการกลืน[1,11,12]

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังครอบคลุมถึงการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในการจัดการปัญหา เช่น ความยากลำบากในการเตรียมอาหารเฉพาะทางหรือการขาดระบบสนับสนุน ซึ่งการเข้าใจอุปสรรคเหล่านี้จะช่วยในการออกแบบระบบการพยาบาลที่เอื้อต่อการปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะจัดการปัญหาการกลืนลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประการสุดท้ายคือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ทั้งจากสิ่งเร้าภายในและภายนอก เช่น คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคคลในครอบครัว[12,13] การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ดีในทุกปัจจัยจะส่งผลเชิงบวกให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่ป้องกันและหลีกเลี่ยงได้[14] ซึ่งการสร้างความเข้าใจต่อปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการรับรู้สุขภาพที่เหมาะสมนี้ จะส่งผลให้การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จนำไปสู่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวของผู้สูงอายุ[15] ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดโดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก[11,12] โดยทำการกำหนดโครงสร้างตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต้น (Independent Variables) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ขณะที่ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ของการวิจัย ได้แก่ ระดับภาวะกลืนลำบากตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งวัดและประเมินผลผ่านโครงสร้างองค์ประกอบความเชื่อ 6 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ภาวะคุกคาม ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และด้านปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และอภิปรายผลในมิติทางการพยาบาลต่อไป[1]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบล หัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้รูปแบบ

การศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษารายละเอียดและอธิบายระดับภาวะกลืนลำบากตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 523 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปีในพื้นที่ดังกล่าว จำนวน 227 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซี่และมอร์แกน[16] วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยจำแนกตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้านทั้ง 7 หมู่บ้านของตำบลหัวไทร ได้แก่ บ้านหัวไทร บ้านกล้วย บ้านคูมอญ บ้านทางข้ามน้อย บ้านน้ำฉ่า บ้านลาดบัวขาว และบ้านลาดโคก หลังจากนั้นจึงใช้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ภายในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนที่คำนวณไว้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงในตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีความสามารถในการรับรู้ วัน เวลา และสถานที่ได้อย่างปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)[17] ตามเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ต้องเป็นผู้ที่สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจตลอดจนมีความยินยอมพร้อมใจในการให้ข้อมูลและลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก การคัดออกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน หรือโรคทางระบบประสาท รวมถึงผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง[17] โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนที่บ่งชี้ถึงภาวะที่ต้องสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามระดับการศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านออกเขียนไม่ได้) ซึ่งจะยกเว้นการทำแบบทดสอบข้อที่ 4, 9 และ 10 โดยหากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนจากคะแนนเต็ม 23 คะแนน จะถือว่าสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา กำหนดเกณฑ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา กำหนดเกณฑ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน[16]

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker[11] รวมถึง Janz และ Becker[12] เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยโครงสร้างของแบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ข้อคำถามปลายเปิด และข้อคำถามแบบเลือกตอบ รวมจำนวน 7 ข้อคำถาม ครอบคลุมข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ[11,12] ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยการให้คะแนนแบ่งเป็นสองลักษณะตามทิศทางของข้อความ ได้แก่ ข้อความเชิงบวก กำหนดคะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน เรียงลำดับจากเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย จนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด ในทางกลับกันสำหรับข้อความเชิงลบ จะทำการกลับคะแนน (Reverse Scoring) โดยกำหนดคะแนนจาก 1 ถึง 5 คะแนนตามลำดับความเห็นด้วยจากมากที่สุดจนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด เพื่อนำคะแนนรวมที่ได้ไปวิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติและลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทองหลาง อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะทางกายภาพและโครงสร้างประชากรใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาจริง

2. การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นรวมสูงถึง 0.935 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์และมีความเหมาะสมสูงสุดก่อนนำไปใช้ในการจัดเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากงานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานเชิงรุกด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ลงพื้นที่จัดเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อเข้าพบกลุ่มผู้สูงอายุที่เดินทางมารับบริการ

2. การคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)[17] เพื่อยืนยันว่าเป็นผู้ที่ผ่านเกณฑ์ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และมีการรับรู้ วัน เวลา รวมถึงสถานที่อย่างปกติ

3. การพิทักษ์สิทธิ์และขอความยินยอม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจไว้เป็นหลักฐานก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม

4. การตอบแบบสอบถาม มอบแบบสอบถามภาวะกลืนลำบากตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบและกรอกข้อมูลด้วยตนเอง

5. การตรวจสอบและรับคืนข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อคำถามในแบบสอบถามแต่ละฉบับทันที พร้อมทั้งรับแบบสอบถามกลับคืนมาด้วยตนเองจนครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดคือ 227 ฉบับ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการจัดกระทำและวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถามแล้วดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการคำนวณหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน แล้วนำไปแปลความหมายตามเกณฑ์

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ เลขที่ COA No. 002/2568 RRU-IRB No. 009/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 227 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 69–70 ปี ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส) สำหรับระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ในมิติด้านเศรษฐกิจกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่ามีรายได้ในระดับที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ อย่างไรก็ตาม ในด้านข้อมูลจำเพาะเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร โรคมะเร็ง และโรคของต่อมไทรอยด์ ตามลำดับ

2. ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพในภาพรวมและรายด้าน ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.48, SD = 1.00) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้านโดยเรียงลำดับจากด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.99) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.91) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.69) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.23) ด้านปัจจัยกระตุ้นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.06) และด้านการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดโดยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.98) ตามลำดับ

1. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.69, SD=0.98) เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความรู้สึกว่ามุมปากตก เบี้ยวหรือปิดปากไม่สนิทและมีน้ำลายไหล (Mean=4.13, SD=0.92) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ การมีอาหารตกค้างในช่องปากหลังกลืน (Mean=3.88, SD=0.89) อยู่ในระดับมาก และความรู้สึกว่ากลืนอาหารไม่หมดหรือมีความรู้สึกกลืนอาหารติดคอ (Mean=3.75, SD=0.95) อยู่ในระดับมากตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความสามารถในการเคี้ยวอาหารได้ละเอียดก่อนกลืน (M=3.17, SD=1.14) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้ความรุนแรง พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.91, SD=0.96) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความรู้สึกว่ามีอาการน้ำลายไหล มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปากหรือจมูก (M=4.22, SD=0.89) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ มีอาการสำลักอาหารก่อนกลืนอาหาร หรือหลังกลืนน้ำหรืออาหาร (Mean=4.06, SD=0.95) อยู่ในระดับมาก และมีอาการไอหลังกลืนอาหารบ่อยขึ้น (Mean=4.04, SD=0.92) อยู่ในระดับมากตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความรู้สึกว่ากลืนของแข็งลำบากกว่าของเหลว (Mean=3.47, SD=1.15) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก

3. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้ภาวะคุกคาม พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้ภาวะคุกคามของภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.99, SD=0.94) เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การเคยมีอาการสำลักจน

ทำให้มีไข้ ไอ และมีเสมหะ (Mean=4.07, SD=0.88) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ขณะรับประทานอาหารมักจะมีอาการสำลักจนทำให้ไม่อยากออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านกับเพื่อนหรือลูกหลาน (Mean=4.06, SD=0.94) อยู่ในระดับมาก และความรู้สึกว่าตนเองมีน้ำหนักตัวลดลงเรื่อย ๆ (Mean=3.96, SD=0.91) อยู่ในระดับมากตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การมีอาการอ่อนเพลียและรู้สึกไม่ค่อยมีแรงเดิน (Mean=3.86, SD=1.02) ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน

4. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้อุปสรรค พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้อุปสรรคต่อภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.98, SD=1.03) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือ ความคิดเห็นที่ว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้กลืนลำบาก (Mean=3.52, SD=1.11) รองลงมาคือ ความรับรู้ว่าการที่ไม่มีฟันเคี้ยวอาหารทำให้เกิดการกลืนลำบาก (Mean=2.91, SD=1.04) อยู่ในระดับปานกลาง และการที่ลูกหลานยังขาดความรู้เรื่องการทำอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงวัย (Mean=2.89, SD=1.01) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การรับรู้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีน้ำลายที่ช่วยย่อยอาหารลดลง (Mean=2.70, SD=1.06) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

5. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.23, SD=0.98) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือ การสังเกตเห็นตนเองมีอาการสำลักอาหารบ่อยครั้ง (Mean=3.72, SD=1.03) รองลงมาคือ ความตั้งใจที่จะไปพบแพทย์ทันทีหากน้ำหนักลดและมีอาการกลืนอาหารไม่หมด (Mean=3.39, SD=0.88) อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการเคี้ยวอาหารช้า ๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน (Mean=3.33, SD=1.09) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับวิธีออกกำลังกล้ามเนื้อบริเวณปาก คอหอย และกล่องเสียง (Mean=2.58, SD=1.02) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

6. ผลการวิเคราะห์ด้านปัจจัยกระตุ้น พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.06, SD=1.11) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนอาหารที่ถูกต้อง (Mean=3.14, SD=1.07) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ การได้รับความรู้เรื่องการฝึกกลืนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Mean=3.06, SD=1.17) อยู่ในระดับปานกลาง และการสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ที่ช่วยให้มีความรู้เรื่องการเคี้ยวและการกลืนที่ถูกต้อง (Mean=3.04, SD=1.08) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การมีผู้ดูแลหรือลูกหลานที่ช่วยสอนวิธีเคี้ยวอาหารที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการสำลัก (Mean=3.01, SD=1.11) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมากนั้น ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวไม่สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ ธณัทอร สังข์แก้ว และนพมาศ โกศล[18] ที่ศึกษาการรับรู้สุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งพบว่าการรับรู้สุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้คำอธิบายในมิตินี้อาจเนื่องมาจาก ประชากรผู้สูงอายุในสังคมไทยโดยทั่วไปจะได้รับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองพื้นฐานมาเป็นระยะ ผ่านกระบวนการอบรมและการขับเคลื่อนงานของ อสม. พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข

ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในเขตพื้นที่ตำบลหัวไทรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ยังไม่เคยมีการจัดอบรมหรือให้ความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับการป้องกันภาวะกลืนลำบากและการสำลักในผู้สูงอายุมาก่อน ส่งผลให้เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาระบบการกลืนที่เปลี่ยนแปลงตามวัย จึงเกิดความตระหนักและมีการรับรู้ต่อภาวะกลืนลำบากตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพโดยรวมในระดับที่สูง เพื่อเป็นกลไกในการระมัดระวังตนเอง การวิเคราะห์เชิงลึกในรายด้านพบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการวิจัยของ ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และคณะ[15] ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม และงานวิจัยของ เพ็ญศรี ผาสุก[19] ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งต่างพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับมากอาจเป็นเพราะในบริบทสังคมปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ผ่านเครื่องมือสื่อสารส่วนบุคคลและช่องทางออนไลน์ที่เชื่อมโยงระบบการส่งต่อข้อมูลจาก อสม. หรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเริ่มตระหนักและรับรู้ว่าเมื่ออายุทวีเพิ่มขึ้น สภาพร่างกายย่อมเสื่อมถอยลง ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากกว่าวัยอื่น จึงส่งผลให้คะแนนในมิตินี้สูง

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงที่พบว่า อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และคณะ[15] และเพ็ญศรี ผาสุก[19] ที่พบว่าด้านการรับรู้ความรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เริ่มมีการรับรู้และประเมินความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการละเลยการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ต้องเข้าพบแพทย์เป็นประจำ ซึ่งจะมีความตระหนักและเกิดความรู้สึกนึกคิดลึกซึ้งต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ว่าอาจก่อให้เกิดความพิการ การสูญเสียชีวิต ความยากลำบาก ระยะเวลาอันยาวนานที่ต้องใช้ในการรักษา ตลอดจนผลกระทบสะท้อนกลับที่ทำให้ลูกหลานต้องเผชิญความยากลำบากในการดูแลและกระทบกระเทือนต่อสถานะทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้หล่อหลอมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง

3. ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามซึ่งอยู่ในระดับมากนั้น สอดคล้องกับการวิจัยของ ฟารีดา หลังย่าหน่าย และคณะ[20] ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ซึ่งพบว่าการรับรู้ภาวะคุกคามในผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เหตุผลสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้และเข้าใจดีว่าภัยคุกคามต่อชีวิตส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวเนื่องมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้ปัญหาลุกลามจากระดับเบื้องต้นไปสู่ภาวะที่รุนแรง ผู้สูงอายุจึงเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ชีวิตและการดำเนินกิจกรรมประจำวัน โดยพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การตระหนักว่าภาวะกลืนลำบากเป็นภัยคุกคามรุนแรงที่เสี่ยงต่อการก่อให้เกิดอาการสำลักจนมีไข้ ไอ มีเสมหะ หรือส่งผลกระทบห้ามปรามไม่ให้ออกไปร่วมรับประทานอาหารนอกบ้านกับเครือข่ายสังคม ตลอดจนทำให้น้ำหนักตัวลดลงและอ่อนเพลีย ซึ่งการรับรู้ภาวะคุกคามที่เด่นชัดนี้เป็นสิ่งบ่งชี้สำคัญในวิชาชีพการพยาบาลที่จะช่วยขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

4. ด้านการรับรู้อุปสรรค ระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ชวนพิศ ศิริไพบูลย์ และคณะ[15] และพนิดา ชัยวัง[21] ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุภาวะก่อนความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าด้านการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยสนับสนุนประเด็นนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการ

ปลูกฝังความรู้และเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะช่วยป้องกันโรคได้ แต่ในบริบทเฉพาะของภาวะกลืนลำบากนั้น พบอุปสรรคสำคัญคือสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลในระบบเครือญาติยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดเตรียมหรือปรุงอาหารที่มีเนื้อสัมผัสและรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงวัยที่ประสบปัญหาการสูญเสียฟันเคี้ยวอาหาร ประกอบกับข้อจำกัดทางสรีรวิทยาเรื่องปริมาณน้ำลายที่ช่วยย่อยอาหารลดลงตามอายุขัย สิ่งเหล่านี้จึงยังคงเป็นอุปสรรคระดับปานกลางที่ท้าทายต่อการดำเนินชีวิตและการพยาบาลชุมชน

5. ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ ทัตติยา นครไชย และคณะ[22] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค และงานวิจัยของอังคณา คำรักษ์[23] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งต่างระบุว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าทั้งตัวผู้สูงอายุและครอบครัวยังคงขาดแคลนองค์ความรู้เชิงลึก ตลอดจนขาดความเชื่อมั่นและทักษะเฉพาะในการจัดการระบบทางเดินอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก ส่งผลให้ระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมไม่ให้เกิดภาวะกลืนลำบากหยุดอยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่งเป็นจุดที่พยาบาลวิชาชีพควรเข้าไปมีบทบาทในการพัฒนาทักษะ (Skill training)

6. ด้านปัจจัยกระตุ้นที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ กุลนิษฐ์ มีนรินทร์ และคณะ[24] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งพบว่าสิ่งชักนำหรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติต้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเบื้องหลังอาจอธิบายได้จากลักษณะทางวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคมไทยที่ผู้สูงอายุมักมีความเกรงใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงเกรงใจลูกหลานที่จะต้องสละเวลามาดูแล เมื่อเริ่มเผชิญกับปัญหาสุขภาพในระยะแรกเริ่มจึงมักไม่กล้าซักถามหรือร้องขอความช่วยเหลือเท่าที่ควร และเลือกที่จะปล่อยให้อาการลุกลามจนเข้าสู่ระยะเจ็บป่วยรุนแรงจึงเดินทางมาพบแพทย์ ส่งผลให้ขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลเชิงป้องกัน ประกอบกับสถานการณ์ระบบสาธารณสังคมของประเทศไทยในปัจจุบันยังคงเผชิญปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านการพยาบาลและแพทย์ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบท ส่งผลให้ความถี่ในการลงพื้นที่เพื่อส่งมอบชุดความรู้เฉพาะทางโดยเฉพาะเรื่องภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุมีข้อจำกัดตามไปด้วย ปัจจัยกระตุ้นภายนอกซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญในการเปลี่ยนผ่านความรู้สู่พฤติกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในครอบครัวและการกระตุ้นให้เข้าถึงการรักษาเชิงรุกจึงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลลัพธ์นี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการพยาบาลทางไกลหรือเครือข่ายการดูแลในชุมชนเพื่อเพิ่มปัจจัยกระตุ้นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล บุคลากรทางการพยาบาลและทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรจัดโปรแกรมหรืออบรมเชิงปฏิบัติการเชิงรุก เพื่อส่งมอบความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสำลักจากการกลืนลำบาก โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายไปที่ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว และลูกหลาน เพื่อลดอุปสรรคสำคัญในเรื่องการขาดความรู้ในการจัดเตรียมอาหารที่มีเนื้อสัมผัสที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. ด้านการขับเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณสุขชุมชน: หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ควรนำข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ไปวางแผนเชิงนโยบายในการสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์หรือคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อ

ช่วยลดทอนอุปสรรคในการดำเนินชีวิตและช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงลึกแบบผสมผสาน ควรมีการศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมิติเชิงโครงสร้างและบริบทวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบนวัตกรรมหรือการวิจัยและพัฒนา ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะกลืนลำบากในบริบทสังคมไทย

3. การขยายกรอบแนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ ควรมีการศึกษาปัจจัยความเชื่อทางสุขภาพในมิติอื่น ๆ หรือทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการสร้างโปรแกรมเพิ่มขีดความสามารถในการป้องกันภาวะสำลัก และหนุนเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

4. การประเมินและพัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่าย ควรมีการศึกษาถึงขีดความสามารถ สภาพปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการป้องกันภาวะสำลักจากการกลืนลำบากของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะของบุคคลกลุ่มดังกล่าวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุ และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไทร และตำบลท่าทองหลางทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ไพฑูรย์ เบ็จพรเลิศ. การประเมินภาวะกลืนลำบากโดยการใช้เครื่องมือ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
2. ปิยะภัทร เดชพระธรรม. ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ (Dysphagia in elderly). เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 2556;23(3):73-80.
3. นปภัช ทองคำวงศ์. บทบาทพยาบาลในการประเมินและจัดการกับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560;6(1):92-9.
4. ชนิตพล บุญยะวัตร. ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอ/
5. Fletcher J. Dealing with dysphagia: a multidisciplinary approach. Nursing and Residential Care. 2015;17(8):430-2.
6. กันต์นิษฐ์ พงศ์พิพัฒไพบูลย์. กลืนลำบาก สำลักบ่อย อันตรายในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ผู้สูงอายุ-กลืนลำบาก
7. กรมควบคุมโรค. การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในช่วงฤดูหนาวของประเทศไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1501520231123052757.pdf
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://cco.moph.go.th/cco24/status/รวมเล่ม%20รายงานประจำปี%202565.pdf
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานสถิติด้านสาธารณสุขและอัตราเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2567. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา; 2567.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไทร. รายงานข้อมูลตำบลหัวไทร [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_village?region

11. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs. 1974;2:324-508.
12. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later. Health Education Quarterly. 1984;11(1):1-47.
13. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560.
14. วัลภา บูรณกลัศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(2):24-32.
15. ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อิทธิพล ดวงจินดา, กันธิมา ศรีหมากสุก, ศรีสุรางค์ เคหะนาค และอังคณา บุญครอง. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564;14(2):94-107.
16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
17. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2545.
18. ธณัทอร สังข์แก้ว และนพมาศ โกศล. การรับรู้สุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):45-56.
19. เพ็ญศรี ผาสุก. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจัดหางาน. 2563;6(2):112-25.
20. ฟารีดา หลังย่าหน่าย, ลลิตา ยะฝา, ชารีฟ๊ะ นารีเปน, ยุภาดา ดวงตา, นภชา สิงห์วีรธรรม และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(3):14-26.
21. พนิดา ชัยวัง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค ของผู้สูงอายุภาวะก่อนความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2562;42(2):34-43.
22. ทัตติยา นครไชย, พัชรนันท์ รัตนภาค และจิราภรณ์ จันทร์แก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(1):88-101.
23. อังคณา คำรักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย; 2567.
24. กุลนิษฐ์ มีนรินทร์, เกศินี อินทิพย์, พรรณนภา เงินเส็ง, วนิดา ไมตรีอโนทัย และสุพจน์ บุญประสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2550;37(2):145-54.

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากแลคติกที่เกี่ยวข้องกับยาเมทฟอร์มินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเภสัชกรรมทางไกล

Development of a Pharmaceutical Care Model to Screen for Metformin-Associated Lactic Acidosis Risk in Diabetic Patients via Telepharmacy at Primary Health Center.

(Received: September 2,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

กมลวรรณ ปัญญามงคล[1] สุขุมาภรณ์ ปุณณะบุตร[1] ตรีรัตน์ วิชญชีวินทร์[1] เนตรณภัทร แสนองอาจ[1] กรรณิกา ดรอินทร์[1]เจท สริยา ดวงราช[2]

Kamalwan Panyamongkol[1] Sukumaporn Punnabutr[1] Treerat Wichyacheewin[1] Netranaphat Saenong-art[1] Kannika Dro-in[1] Jetsariya Duangrat[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MALA พัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล และ ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทั้งในด้านประสิทธิภาพการคัดกรอง การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับยา และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นผู้ป่วยเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาเมทฟอร์มินขนาดตั้งแต่ 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน และมีอัตราการกรองของไต 30–59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 m2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 โดยประยุกต์การติดตามและให้คำปรึกษาผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยง แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบ การพัฒนาตาม PAOR 2 วงรอบ

ผลการศึกษา หลังพัฒนารูปแบบไม่พบอุบัติการณ์ MALA เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 65.22 และยังพบปัญหาด้านยาเพื่อให้การบริบาลครอบคลุมมากยิ่งขึ้นจึงพัฒนาแบบคัดกรองโดยเพิ่มส่วนติดตามปัญหาด้านยาในวงรอบที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาด้านยาสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 100 จากผู้ที่เกิดปัญหาด้านยาทั้งหมด ผลความพึงพอใจผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาถูกต้องหลังได้รับคำแนะนำมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.00±0.60) ผู้ให้บริการพึงพอใจมากสุดต่อผลลัพธ์จากรูปแบบการพัฒนา (ค่าเฉลี่ย 4.17±0.98)

คำสำคัญ: Metformin-associated Lactic Acidosis:MALA, เภสัชกรรมทางไกล, การบริบาลทางเภสัชกรรม

Abstract

This action research aimed to (1) investigate the current situation and challenges in screening patients with diabetes who are at risk of metformin-associated lactic acidosis (MALA); (2) develop a pharmaceutical care model for patient screening through a telepharmacy system; and (3) evaluate the outcomes of the developed model in terms of screening effectiveness, resolution of drug-related problems, and satisfaction among both patients and healthcare providers. Purposive sampling was used to recruit patients with diabetes aged ≥35 years who received metformin at a dosage of at least 1,000 mg/day and had an estimated glomerular filtration rate (eGFR) of 30–59 mL/min/1.73 m². The study was conducted at Du Nuea Subdistrict Health Promoting Hospital, KosumPhisai District, MahaSarakham Province, Thailand, between March 2025 and February 2026. The intervention incorporated patient monitoring and pharmaceutical consultation through telepharmacy services. Research instruments included a MALA risk screening form, clinical data collection forms, and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive and comparative statistics. The pharmaceutical care model was developed through two PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) cycles.

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลโกสุมพิสัย

[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือ

Results: Following implementation of the developed model, no cases of MALA were identified, whereas MALA cases had occurred prior to the intervention. Most participants were classified as having a moderate risk of MALA (65.22%). Drug-related problems were still identified; therefore, the screening tool was refined during the second PAOR cycle by incorporating a medication-related problem follow-up component. All identified drug-related problems were successfully resolved (100%). Patients reported the highest level of satisfaction regarding confidence in correct medication use after receiving pharmaceutical counseling (mean = 4.00 ± 0.674). Healthcare providers expressed the greatest satisfaction with the outcomes of the developed pharmaceutical care model (mean = 4.17 ± 0.98).

Keywords: Metformin-associated lactic acidosis; MALA; telepharmacy; pharmaceutical care; diabetes mellitus

บทนำ

ภาวะเลือดเป็นกรดจากการสะสมของแลคเตทที่เกี่ยวข้องกับยาเมทฟอร์มิน (Metformin-associated Lactic Acidosis: MALA) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน แม้ว่าจะพบได้ไม่บ่อย แต่เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงประมาณร้อยละ 30–50[1] จึงถือเป็นปัญหาสำคัญด้านความปลอดภัยในการใช้ยาที่จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบกลไกการเกิด MALA [2,3] มีความสัมพันธ์กับฤทธิ์ของยาเมทฟอร์มินที่ยับยั้งกระบวนการสร้างกลูโคสจากตับ (hepatic gluconeogenesis) และยับยั้งกระบวนการ oxidative phosphorylation ภายในไมโทคอนเดรีย ส่งผลให้มีการสร้างแลคเตทเพิ่มขึ้นจากกระบวนการเมแทบอลิซึมแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) ประกอบกับยาเมทฟอร์มินถูกขับออกทางไตในรูปเดิมเป็นส่วนใหญ่ หากการทำงานของไตลดลงจะทำให้ระดับยาในเลือดสูงขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด MALA โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะไตบกพร่อง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน การติดเชื้อรุนแรง การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก และการได้รับยาเกินขนาด ซึ่งล้วนส่งเสริมให้เกิดการสะสมของกรดแลคติกและนำไปสู่ภาวะดังกล่าว อาการของ MALA ได้แก่ หายใจเร็ว (Tachypnea), คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง, อ่อนเพลียหรือมึนงง, ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension), การทำงานของหัวใจและระบบประสาทบกพร่อง[4]

ข้อมูลจากฐานข้อมูลการใช้บริการสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) รายงานว่าจังหวัดมหาสารคามมีความชุกของการเกิด MALA เท่ากับ 46.7 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี[5]ขณะที่ข้อมูลในอำเภอโกสุมพิสัยพบแนวโน้มการเกิด MALA เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยปีงบประมาณ 2564 และ 2565 มีอัตราการเกิด MALA เท่ากับ 5.78 และ 11.50 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปีตามลำดับ[6]

การศึกษาที่สนับสนุนความสำคัญของการป้องกัน MALA พ.ศ. 2566 สิริรัตน์ ภูมิรัตนประพิณ และคณะ[7]รายงานการเกิด MALA ซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาเมทฟอร์มินซ้ำหลังส่งต่อจากโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2563 วันทนี อภิชนาพงศ์[8] รายงานว่าเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิด MALA ผ่านการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การทบทวนการใช้ยา การให้คำปรึกษา และการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562 วิลาสินี เสียงตรง และคณะ[9] พบว่าความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยทำให้ความรุนแรงของ MALA เพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการรุนแรงตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่าการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยตั้งแต่ระดับบริการปฐมภูมิเป็นมาตรการสำคัญในการลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ MALA

แม้ว่าพื้นที่ศึกษาจะมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด MALA ในผู้ป่วยที่ได้รับ

ยาเมทฟอร์มิน และสามารถลดปัญหาการได้รับยาเมทฟอร์มินซ้ำหลังการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 แต่ยังคงพบอัตราการเกิด MALA สูงถึง 25.53 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี[6] สะท้อนว่ามาตรการเดิมยังไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ อีกทั้งยังขาดระบบการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและการเข้าถึงบริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

สภาเภสัชกรรมได้ประกาศมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล(Telepharmacy) พ.ศ. 2565 ซึ่งกำหนดบทบาทของเภสัชกรในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล[10] การวิเคราะห์ใบสั่งยา การค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา การติดตามการใช้ยา การให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อจำเป็น มาตรฐานดังกล่าวช่วยขยายการเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่พบว่า แม้จะมีแนวทางป้องกัน MALA และมีมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลรองรับแล้ว แต่ยังไม่พบการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บูรณาการการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อ MALA ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลอย่างเป็นระบบในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย ซึ่งผู้ป่วย MALA ถึงร้อยละ 92.3 เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบกับการถ่ายโอนภารกิจด้านบริการสุขภาพไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านกำลังคนและการเข้าถึงเภสัชกร ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังไม่ได้รับการเฝ้าระวังอย่างทั่วถึง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MALA โดยใช้กระบวนการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้ยา ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MALA (2) พัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล และ (3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทั้งในด้านประสิทธิภาพการคัดกรอง การแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับยา และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)[11]โดยใช้กระบวนการ Plan-Act-Observe-Reflect (PAOR cycle) จำนวน 2 วงรอบ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบไปด้วย แพทย์ 2 คน เภสัชกร 4 คน พยาบาล 3 คน นักเวชสถิติ 1 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมจำนวน 10 คน

กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ใช้ยาเมทฟอร์มินขนาด 1000 มิลลิกรัม/วันขึ้นไป มีค่า eGFR 30-59 ml/min/1.73m^2

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ 1) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีผลการตรวจค่าการทำงานของไต

(eGFR) 3) มีข้อมูลในเวชระเบียนสมบูรณ์ 4) เข้ารับการบริการคลินิก NCDS โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ 1). มีภาวะ lactic acidosis ชนิด Type B (non-hypoxic) จากยาอื่นๆ[1 2] เช่น Salbutamol, stavudine, didanosine, linezolid, propofol, iron, isoniazid, salicylates (Jung B et al., 2019), alcohols (ethylene glycol, propylene glycol, methanol), toluene (Berend K., 2016) 2).มาตรวจตามนัดไม่สม่ำเสมอ 3).ไม่รับรักษา/รับยาต่อเนื่อง 4).ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ เช่น เดินทางไปต่างจังหวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

- โปรแกรม Hosxpสำหรับให้บุคลากรทางการแพทย์ ใช้บันทึกผลการรักษาผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้สำหรับ สถานพยาบาล สถานีอนามัย และโรงพยาบาล เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยและช่วยบุคลากรทาง การแพทย์ในการให้บริการผู้ป่วย

- Applicaton line ผ่านเครื่องคอมพิวเตอร์ PC โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- Program Zoom meeting สำหรับใช้เพื่อการบริบาลทางเภสัชกรรมทางไกลแบบทันที โดยการพูดคุยสนทนาและเห็นภาพ นำเสนอภาพการเจ็บป่วย เห็นอาการแสดงที่เป็น ในปัจจุบันได้ทันที สามารถบันทึก และส่งจัดเก็บ ข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงการประมวลผล แบบระบบคลาวส์ (Cloud) การบริหารจัดการแฟ้มผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record : EMR) ด้วยระบบคลาวส์ (Cloud)

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวัง MALA ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิก NCDs ที่หน่วย บริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย โดยระบบเภสัชกรรมทางไกลเพื่อนำข้อมูลมา จัดทำทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พร้อมกำหนดวันนัดติดตาม

2.2 แบบแสดงความคิดเห็นของสหวิชาชีพ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเป็นรายข้อกับ วัตถุประสงค์ในการวัด(Index of Item Objective Consistency ; IOC) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อพิจารณา ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity)มีค่า IOCอยู่ระหว่าง 0.67-1นำมาปรับปรุงตามคำชี้แนะ และทดลองใช้รูปแบบ การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อภาวะ MALA ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) หลังจากนั้นไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มีระดับมาก (4 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับน้อย (2 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยแบบสอบถามความพึงพอใจ หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha's coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.65

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผ่านกระบวนการ PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) จำนวน 2 ระยะ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin-associated Lactic Acidosis (MALA) ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล ดังนี้

ระยะที่ 1

Planning (P): การวางแผน

ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการเกิด MALA จากข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลบริการสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ในปีงบ 2564 – 2566 ประชุมทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ แพทย์ประจำรพ.สต. เภสัชกร พยาบาล และนักเวชสถิติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์และกำหนดบทบาทหน้าที่แนวทางการดำเนินงานพัฒนาแบบคัดกรอง MALA เครื่องมือเก็บข้อมูล และแนวทางการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผ่านระบบ Telepharmacyพร้อมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษเชี่ยวชาญงาน NCDs ปฐมภูมิ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) นำมาปรับปรุงตามคำชี้แนะ และทดลองใช้กับประชากรกลุ่มคล้ายคลึงจำนวน 10 รายก่อนดำเนินการ

Action (A): การปฏิบัติ

ดำเนินกิจกรรมปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผ่านระบบ Telepharmacyเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินขนาด ≥1,000 มิลลิกรัม/วัน และมีค่า eGFR 30–59 mL/min/1.73 m²ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง MALA 2) การทบทวนรายการยา 3) การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับยา (Drug-related Problems: DRPs) 4) การให้คำแนะนำ 5) การติดตามผล และการประสานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

Observation (O): การสังเกตผล

ติดตาม และเก็บข้อมูลจากการนำรูปแบบไปใช้เพื่อประเมินผลการคัดกรอง อุบัติการณ์การเกิด MALA จำนวนและประเภทของ DRPs การแก้ไขปัญหาด้านยา รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรดำเนินงานและค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น

Reflection (R): การสะท้อนผล

หลังจากการนำรูปแบบรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin-associated Lactic Acidosis (MALA) ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล ไปใช้แล้ว ทีมผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการสังเกตมาวิเคราะห์และสะท้อนผล พบปัญหาพบว่า แม้จะไม่พบผู้ป่วยเกิด MALA แต่ยังพบปัญหาด้านยา การคัดกรองเฉพาะความเสี่ยงของ MALA ยังไม่ครอบคลุมปัญหาด้านยาทั้งหมด จากปัญหาที่กล่าวมานี้ทีมผู้วิจัย จึงได้นำไปวิเคราะห์สู่การปรับปรุงและพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อสรุปผล วิเคราะห์อุปสรรคและปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองและแนวทางติดตามผู้ป่วย โดยเพิ่มการติดตาม DRPs และกำหนดแนวทางการสื่อสารระหว่างเภสัชกรกับทีมรักษาเพื่อให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างครบถ้วน

ระยะที่ 2

Planning (P): การวางแผน

ปรับปรุงรูปแบบการบริบาลจากผลการสะท้อนของวงรอบที่ 1 โดยเพิ่มระบบติดตาม DRPs การประเมินความเสี่ยงรายบุคคล และแนวทางการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การบริบาลครอบคลุมทั้งด้านความเสี่ยง MALA และปัญหาด้านยา

Action (A): การปฏิบัติ

ดำเนินการใช้รูปแบบที่ปรับปรุงแล้วกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายโดยเภสัชกรดำเนินการคัดกรอง ให้คำปรึกษา ติดตาม และประสานแพทย์เมื่อพบความเสี่ยงผ่านระบบ Telepharmacyพร้อมติดตามผลการแก้ไขปัญหาด้านยาอย่างต่อเนื่องรายบุคคล

Observation (O): การสังเกตผล

ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนา ได้แก่ ความครอบคลุมของการคัดกรอง การแก้ไข DRPs ความปลอดภัยในการใช้ยา การเกิด MALA และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

Reflection (R): การสะท้อนผล

สรุปผลการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อนำข้อค้นพบมาพัฒนาเป็นรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผ่านระบบ Telepharmacyที่

เหมาะสมสำหรับการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิด MALA ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลลัพธ์ทางคลินิก และด้านกระบวนการวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ จำนวน และร้อยละ ผลลัพธ์ด้านระบบบริการแบบทดสอบความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha's coefficient

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เลขที่จริยธรรมวิจัย 6/2568

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านกระบวนการ PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) จำนวน 2 วงรอบ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Metformin-associated Lactic Acidosis (MALA) ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

1.สถานการณ์และปัญหาการเกิด MALA จากข้อมูลเวชระเบียนและฐานข้อมูลบริการสุขภาพ ประชุมทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ เภสัชกร พยาบาล และนักเวชสถิติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินร่วมกับมีค่าภาวะการทำงานของไตลดลง ผู้ป่วย MALA ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ผลการศึกษาก่อนดำเนินการพัฒนา พบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินในหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มีระบบคัดกรองความเสี่ยง MALA ที่เป็นมาตรฐาน การดำเนินการไม่เป็นระบบในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการค้นหาปัญหาด้านยา (Drug Related Problems; DRPs) ส่งผลให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงยังไม่ครอบคลุม และการส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพยังขาดความต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงร่วมกับทีมสหวิชาชีพวางแผนพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) โดยใช้แบบบันทึกการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวัง MALA ในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิก NCDs หน่วย บริการปฐมภูมิ คัดกรองความเสี่ยง MALA แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แนวทางการติดตามผู้ป่วย และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพในการคัดกรองเฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา และติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปทดลองใช้และพัฒนาตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ PAOR จำนวน 2 วงรอบ

2. ผลการพัฒนารูปแบบ วงรอบที่ 1

คัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินขนาด ≥1,000 มิลลิกรัม/วัน และมีค่า eGFR 30–59 mL/min/1.73 m²ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผ่านระบบ Telepharmacyโดยใช้แบบบันทึกการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวัง MALA ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิก NCDs ที่หน่วย บริการปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย โดยระบบเภสัชกรรมทางไกลเพื่อนำข้อมูลมา จัดทำทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พร้อมกำหนดวันนัดติดตามประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยง MALA การทบทวนรายการยา การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวเนื่องกับยา (Drug-related Problems: DRPs) การให้คำแนะนำ การติดตามผลและการประสานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติภายหลังนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมไปใช้ในวงรอบที่ 1 พบว่าสามารถดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.22 และไม่พบอุบัติการณ์การเกิด MALA ภายหลังได้รับการคัดกรองและติดตามผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลและสามารถค้นหาปัญหาด้านยา (Drug-related Problems: DRPs) ได้คิดเป็นร้อยละ 26.09

ของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง แต่พบข้อจำกัดด้านการติดตามประสานงานข้อมูลปัญหาด้านยา ทีมวิจัยจึงร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและสะท้อนผล (Reflection) เพื่อปรับปรุงรูปแบบ โดยเพิ่มหัวข้อการค้นหา บันทึก และติดตามการแก้ไขปัญหาด้านยาไว้ในแบบคัดกรอง นำมาซึ่งการพัฒนาในระยะที่ 2

3.ผลการพัฒนารูปแบบ วงรอบที่ 2

เพื่อให้เกิดการคัดกรองที่ครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยง MALA ควบคู่กับการค้นหาและติดตามปัญหาด้านยาอย่างเป็นระบบรูปแบบการบริบาลด้านเภสัชกรรมที่พัฒนานี้เภสัชกรดำเนินการคัดกรอง ให้คำปรึกษา ติดตามการใช้ยา และประสานทีมสหวิชาชีพผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลอย่างต่อเนื่องผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่ตรวจพบปัญหาด้านยาได้รับการแก้ไขสำเร็จครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ที่พบปัญหาด้านยาทั้งหมด และยังไม่พบอุบัติการณ์การเกิด MALA ตลอดระยะเวลาการติดตาม นอกจากนี้ การติดตามผู้ป่วยมีความต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยง MALA โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเภสัชกรรมทางไกลดังรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินและมีค่าการทำงานของไต (eGFR) ระหว่าง 30–59 mL/min/1.73 m² ช่วงระหว่าง มีนาคม 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 ที่มารับบริการคลินิก NCDs โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือ จำนวนทั้งหมด 23 ราย เป็นเพศหญิงจำนวน 18 ราย และเพศชาย 5 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 75.49 ปี มีค่าการทำงานของไต eGFR เฉลี่ย 51.72 ± 6.69 ml/min/1.73 m2 ได้รับยาเมทฟอร์มิน ส่วนใหญ่มีขนาดยา 1000 มิลลิกรัม/วัน คิดเป็นร้อยละ 52.52 (13/23) มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วม ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 19 รายคิดเป็นร้อยละ 82.61

4.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

4.1.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 รายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 100 และได้รับการประเมินปัญหาด้านยา (Drug-related Problems) ครบทุกรายพบปัญหาด้านยาจำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 26.09ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังผลการเปรียบเทียบค่าอัตราการกรองของไต (GFR) ก่อนและหลังการศึกษาโดยใช้ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ย GFR ก่อนการศึกษาเท่ากับ 51.72 ± 6.69 ml/min/1.73m² และหลังการศึกษาเท่ากับ 47.48 ± 17.93 ml/min/1.73m² ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.97, p = 0.34) โดยผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองการพิจารณาตามเกณฑ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปานกลาง 15 ราย (ร้อยละ 65.22) และกลุ่มเสี่ยงต่ำ 8 ราย (ร้อยละ 34.78) ไม่พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงดังแสดงในตารางที่ 4ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเสี่ยง MALA โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเภสัชกรรมทางไกลไม่พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ MALA เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนพัฒนา

4.1.2.กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาเมทฟอร์มินตั้งแต่ 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน และมีค่า eGFR 30–59 mL/min/1.73 m² จำนวน 23 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการคัดกรองตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100 โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงปานกลาง 15 ราย (ร้อยละ 65.22) และกลุ่มเสี่ยงต่ำ 8 ราย (ร้อยละ 34.78) ไม่พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในช่วงการศึกษา

4.2 ด้านความพึงพอใจ

4.2.1 ความพึงพอใจผู้รับบริการ คะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุดผู้ป่วย มีความมั่นใจในการใช้ยาอย่างถูกต้องหลังรับคำแนะนำค่าเฉลี่ย 4±0.60 และคะแนนค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ความเข้าใจง่ายของข้อมูลที่เภสัชกรให้ค่าเฉลี่ย 3.58±0.51ดังแสดงในตารางที่

5 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นต่อการให้คำแนะนำปรึกษาของเภสัชกร

4.2.2 ผลของความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้แนวทางการคัดกรองมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.17± 0.98คะแนน และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ความชัดเจนของแนวทางการคัดกรองมีคะแนนเฉลี่ย 3.83± 0.98 ดังแสดงในตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าทีมบุคลากรเชื่อมั่นในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการแต่ยังต้องการความชัดเจนเพิ่มเติมในแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง แม้ว่าจะไม่พบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในช่วงเวลาศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) จำนวน 2 วงรอบ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) สำหรับคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากการสะสมของแลคเตทที่สัมพันธ์กับยาเมทฟอร์มิน (Metformin-associated Lactic Acidosis; MALA) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้งด้านการพัฒนาระบบบริการ การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และการเพิ่มประสิทธิภาพการบริบาลทางเภสัชกรรม

การศึกษาสถานการณ์และปัญหาก่อนการพัฒนาพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มีแนวทางคัดกรองความเสี่ยง MALA ที่เป็นมาตรฐาน การประเมินปัจจัยเสี่ยง การค้นหาปัญหาด้านยา (Drug Related Problems; DRPs) และการติดตามผู้ป่วยยังดำเนินการไม่เป็นระบบ ส่งผลให้การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงอาจไม่ครอบคลุม การนำกระบวนการ PAOR มาใช้ทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ปัญหา วางแผน พัฒนาแนวทางปฏิบัติ ทดลองใช้ และสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันของทีมดูแลผู้ป่วย

การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผ่านระบบ Telepharmacyส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองครบทุกคน สามารถจำแนกระดับความเสี่ยง ค้นหาปัญหาด้านยา และวางแผนการดูแลได้อย่างเป็นระบบ การใช้แบบบันทึกการคัดกรอง ที่ประกอบด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยง อาการแสดง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช่วยให้เภสัชกรสามารถให้คำแนะนำเฉพาะรายและประสานการดูแลกับแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 พบการค้นหาปัญหาด้านยา (DRPs) ร้อยละ 26.09 สะท้อนว่าการพัฒนาในวงรอบแรกสามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและยังค้นพบปัญหาด้านยาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แต่ยังพบข้อจำกัดของแบบบันทึกเดิมที่ยังไม่ครอบคลุมถึงการติดตามประสานงานปัญหาด้านยาจึงได้พัฒนาเครื่องมือให้มีการบันทึกข้อมูล การติดตามผล และการส่งต่ออย่างเป็นระบบในวงรอบที่ 2 ส่งผลให้ข้อมูลทางคลินิกมีความครบถ้วนมากขึ้น การสื่อสารระหว่างทีมดูแลมีประสิทธิภาพ และสามารถติดตามผลการแก้ไขปัญหาด้านยาได้อย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงข้อดีของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องผ่านการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง

ด้านผลลัพธ์ของรูปแบบ พบว่าผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและติดตามอย่างครบถ้วนผ่านระบบ Telepharmacyทำให้สามารถประเมินความเสี่ยง วางแผนการดูแล และเฝ้าระวังผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในการศึกษาครั้งนี้จะไม่พบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง แต่การมีระบบคัดกรองมาตรฐานช่วยให้ทีมสหวิชาชีพมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหากเกิดภาวะดังกล่าวในอนาคต อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความ

รวดเร็วในการปรึกษาแพทย์ ลดระยะเวลารอคอย และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องในชุมชน

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการโดยเฉพาะด้านผลลัพธ์จากการใช้แนวทางคัดกรอง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง และช่วยสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการยังเสนอให้เพิ่มความชัดเจนของแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบในระยะต่อไป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมผ่านระบบทางไกลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง MALA ช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เพิ่มการเข้าถึงบริการทางเภสัชกรรม เพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดความคลาดเคลื่อนด้านยา และส่งเสริมความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาจใช้ขยายผลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการอภิปรายผลการศึกษาของวันทนี อภิชนาพงศ์[8]แสดงให้เห็นว่าการป้องกัน MALA มีความสำคัญ และเภสัชกรมีบทบาทในการป้องกัน การเกิด MALA ได้โดยการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การทบทวนการได้รับยาของผู้ป่วย การช่วยสืบค้นสาเหตุและปัจจัยร่วมในการเกิด MALA

ข้อเสนอแนะ

การใช้เทคโนโลยีเภสัชกรรมทางไกลมีข้อจำกัด ในขั้นตอนการทวนสอบการใช้ยาของผู้ป่วย กรณีเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินร่วมกับยาฉีดอินซูลิน โดยเข็ม Syring insulin ในจอภาพที่ไม่สามารถซูมระยะใกล้ได้เป็นข้อจำกัดที่ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่รพ.สต.นั่งประจำขณะให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ช่วยตรวจสอบการใช้ยาฉีดของผู้ป่วย รวมทั้งการศึกษาค้นหาสาเหตุรายกรณี ในผู้ป่วย MALA เพื่อหาแนวทางป้องกันเชิงระบบเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการดูแลความปลอดภัยด้านยาของผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ผู้บังคับบัญชา ที่เอื้ออำนวยทรัพยากรและโอกาสในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและตรวจสอบความถูกต้องของงานวิจัย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขและเครือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดู่เหนือที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group.(1998). Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet. 1998;352(9131):854-65.
2. DeFronzo RA, Fleming GA, Chen K, Bicsak TA.(2016). Metformin-associated lactic acidosis: current perspectives on causes and risk. Metabolism. 2016;65:20-9.
3. Dembo AJ, Marliss EB, Halperin ML.(1975). Insulin therapy in phenformin-associated lactic acidosis. Diabetes. 1975;24(1):28-35.
4. Sirtori CR, Pasik C.(1994). Re-evaluation of a biguanide, metformin: mechanism of action and tolerability. Pharmacol Res. 1994;30:187-228.
5. ภัทราพร อรรคฮาตสี.(2024). การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม การจัดการ การติดตาม และการส่งต่อข้อมูลหลังเกิดภาวะเลือดเป็นกรดในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาสารคามสู่โรงพยาบาลเครือข่าย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2024;9(5):663-73.

6. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย.(2567). รายงานประจำปีอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ด้านยา โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. โรงพยาบาลโกสุมพิสัย :สานักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567
7. สิริรัตน์ ภูมิรัตนประพิณ.(2023). ผลการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดแลคติกเกินซึ่งสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มินในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารวิจัย. 2023;43(1):1-10.
8. วันทนี อภิชนาพงศ์.(2020). กรณีศึกษา Metformin-associated lactic acidosis. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2020;30(1):26-33.
9. วิลาสินี เสียงตรง, บุญส่ง เอี่ยมฤกษ์ศิริ, พัชรี ยิ้มรัตนบวร, นรินทร์ จินดาเวช, จินดา ประจญศานต์, อัญชนา คำพิลา.(2019). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก Metformin-associated lactic acidosis ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2019;28(5):97-115.
10. สภาเภสัชกรรม.(2020). ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 30]. Available from: https://www.pharmacycouncil.org
11. Kemmis S, McTaggart R. (1992). The action researchplanner: planning, acting, observing, reflecting.3rd ed. Geelong: Deakin University Press;1992.
12. สุจิตรา วีณิน.(2021). ภาวะ metabolic acidosis จากยาหรือสารพิษ. Thai J Hosp Pharm [อินเทอร์เน็ต]. 6 เมษายน 2021 ;30(3):198-212. available at: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJHP/article/view/250395

การพัฒนามาตรฐานการใช้ยาของหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์

Development of Medication Use Standards for Nursing and Midwifery Referral Service Units under the National Health Security System: Warm Community Nursing Clinics, Buriram Province.

(Received: September 2,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

ปิยพร ผลประดับเพ็ชร์[1]
Piyaporn Polpradabpet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (One Group Pre-test - Post-test Design) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการใช้ยา พัฒนามาตรฐานการใช้ยาในด้านความรู้ ทัศนคติ และการเลือกใช้ยาของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และประเมินการยอมรับเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นสำหรับช่วยในการเลือกใช้ยา ดำเนินการในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ แบบประเมินการเลือกใช้ยา และแบบสอบถามการยอมรับเว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC เฉลี่ย 0.87) และความเชื่อมั่น (KR-20 = 0.75; Cronbach's Alpha = 0.91 และ 0.87) การวิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 ตุลาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์และปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ การจ่ายยาเกินขอบเขตของประเภทสถานพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนด การทำฉลากยาและการบันทึกข้อมูลการใช้ยาที่ไม่สมบูรณ์ รวมทั้งช่องทางการสืบค้นข้อมูลทางยายังกระจายยากต่อการค้นหาและหลังการพัฒนามาตรฐานการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 8.57 เป็น 9.29 และคะแนนการเลือกใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 3.80 เป็น 5.89 (ร้อยละ 63.3 เป็น 98.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ทัศนคติไม่แตกต่างกัน($p = 0.987$) โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลัง (3.07 และ 3.08) และการยอมรับเว็บ แอปพลิเคชันสำหรับช่วยในการเลือกใช้ยา ชื่อ "ยาประจำบ้าน ประจำใจ" อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.36)

คำสำคัญ: มาตรฐานการใช้ยา, คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น, เว็บแอปพลิเคชัน, การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation and problems of medication use, to develop a medication use standard in terms of the knowledge, attitude, and drug selection of nursing and midwifery practitioners, and to evaluate the acceptance of the developed web application for drug-selection support. The study was conducted with 35 purposively selected practitioners in Warm Community Nursing Clinics, Buriram Province. Data were collected using a knowledge test, an attitude scale, a drug-selection assessment, and a web-application acceptance questionnaire, which passed content validity (mean IOC = 0.87) and reliability testing (KR-20 = 0.75; Cronbach's Alpha = 0.91 and 0.87). The research was conducted from December 1, 2024, to October 30, 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and content analysis.

The results revealed that the key situations and problems included dispensing medications beyond the legal scope of the facility, incomplete drug labeling and medication records, as well as scattered channels for drug-information retrieval that were difficult to search. After the development of the

[1] เภสัชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

medication use standard, the sample's knowledge scores increased from 8.57 to 9.29 and drug-selection scores increased from 3.80 to 5.89 (63.3% to 98.1%), both statistically significant ($p < 0.001$), while attitude showed no significant difference ($p = 0.987$), remaining at a moderate level (3.07 and 3.08). Acceptance of the web application for drug-selection support, "Ya Prajam Baan Prajam Jai," was at the highest level (mean = 4.36).

Keywords: medication use standard, warm community nursing clinic, web application, rational drug use

บทนำ

ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และนับเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความแออัด ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งขยายโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้มากขึ้น การจ่ายและบริหารยาภายในคลินิกพยาบาลถูกกำกับด้วยกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ เริ่มจากพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ที่แบ่งประเภทยาออกเป็นยาสามัญประจำบ้าน ยาใช้ภายนอก ยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ[1] และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งระบุให้สถานพยาบาลจัดให้มีสถานที่ เครื่องมือ ตลอดจนยาและเวชภัณฑ์ให้ได้มาตรฐาน[2] และข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 ที่วางกรอบขอบเขตการใช้ยาสำหรับการรักษาโรคเบื้องต้น[3]

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนปัญหาด้านการเลือกใช้ยาในคลินิกการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เจริญทิพย์ โชครุ่งรัตนชัย และคณะ[4] รายงานว่าพยาบาลผู้ประกอบการเผชิญความคลุมเครือของข้อกฎหมายในการจ่ายยา โดยเฉพาะกลุ่มยาอันตราย ซึ่งสอดรับกับผลของ อดุลย์ ลาภะแนน[5] ที่ระบุว่าการฝ่าฝืนด้านกฎหมาย ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับการเก็บรักษา การเลือกใช้ยาและการจ่ายยาที่ไม่ได้มาตรฐาน ในทำนองเดียวกัน มิ่งขวัญ ธนเศรษฐกร และวารณี บุญช่วยเหลือ[6] ชี้ว่าการสื่อสารข้อมูลยาแก่ผู้ป่วยยังไม่สมบูรณ์ ส่วน บดินทร์ ชาวตระการ[7] พบว่าคลินิกจำนวนมากยังต้องยกระดับการจัดเก็บยา การตรวจสอบวันหมดอายุ และการจดบันทึกการจ่ายยา

ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ มีคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นขึ้นทะเบียนไว้ 228 แห่ง และผลการสำรวจเบื้องต้นโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์[8] พบว่าผู้ประกอบกิจการและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลได้จัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ไว้ในสถานพยาบาล ประกอบด้วยยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย ยาสามัญประจำบ้านและยาอันตรายสำหรับรับประทานและใช้ภายนอก โดยร้อยละ 10 ของคลินิกที่เตรียมเข้าร่วมโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมียาอันตรายเตรียมไว้สำหรับให้บริการ ซึ่งอาจเป็นการเตรียมยาตามมาตรฐานของประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาล เวชปฏิบัติ พ.ศ. 2565[9] โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาลได้ให้คำแนะนำขอบเขตการใช้ยาที่เป็นไปตามกฎหมาย เพื่อลดปัญหาและป้องกันการใช้ยาเกินขอบเขตที่กฎหมายกำหนด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนามาตรฐานการใช้ยาของหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อลดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ตรงตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนดและพัฒนาเครื่องมือสำหรับช่วยในการเลือกใช้ยาในคลินิก ซึ่งสาเหตุสำคัญของปัญหาการเลือกใช้ยา อาจเกิดจากแหล่งข้อมูลความรู้เรื่องยาตามกฎหมาย ที่สามารถใช้ได้ในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มักกระจายอยู่ตามแหล่งต่างๆ เช่น ตำรายา เอกสารกำกับยา ฐานข้อมูลยาออนไลน์ซึ่ง

ยากต่อการสืบค้นให้ได้ข้อมูลครบถ้วน บางครั้งข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบันหรือมีความขัดแย้งกันระหว่างแหล่งข้อมูล ประกอบกับปัจจุบันมีรายการยาออกใหม่เป็นจำนวนมาก การค้นหาข้อมูลเชิงเปรียบเทียบเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ จึงเป็นเรื่องยากในการเข้าถึงข้อมูลยาที่ถูกต้องและทันสมัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการใช้ยาในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนามาตรฐานการใช้ยาของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนามาตรฐานการใช้ยาในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ในด้านความรู้ทัศนคติและการเลือกใช้ยาของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์
4. เพื่อประเมินการยอมรับเว็บแอป พลิเคชัน 'ยาประจำบ้าน ประจำใจ' ของผู้ประกอบวิชาชีพในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (One Group Pre-test - Post-test Design) โดยวางกรอบการดำเนินงานบนทฤษฎีเชิงระบบของBertalanffy[10] โดยใช้โมเดล IPO (Input-Process-Output) เป็นกรอบหลักในการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยปรับขั้นตอนให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรที่มี แบ่งขั้นตอนการดำเนินงาน เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัญหา (Input) ในระยะแรก ผู้วิจัยมุ่งทำความเข้าใจสภาพจริงของการใช้ยาในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้การพัฒนามาตรฐานที่จะตามมาตั้งอยู่บนปัญหาและบริบทของพื้นที่ อย่างแท้จริง ระยะนี้เทียบได้กับขั้นที่ 1 การวิจัยและรวบรวมข้อมูล และขั้นที่ 2 การวางแผนตาม Borg and Gall[11] โดยมีขั้นตอนดังนี้

จากการปฏิบัติงานและการตรวจประเมินคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่ผ่านมา ผู้วิจัยพบว่าปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้นบ่อย ได้แก่ การจ่ายยาเกินขอบเขตของประเภทสถานพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 การจัดทำฉลากยาที่ไม่ครบถ้วน การบันทึกข้อมูลการใช้ยาที่ไม่สมบูรณ์ และการเลือกใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรฐานการใช้ยาที่ชัดเจนและเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ

1.1 ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการใช้ยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ หลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU) กรอบกฎหมายตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านยา

1.2 สำรวจสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาการใช้ยาในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 228 แห่ง โดยใช้แบบสำรวจและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

1.4 สังเคราะห์ข้อมูลและกำหนดกรอบ แนวทางการพัฒนามาตรฐานการใช้ยา

ระยะที่ 2 การพัฒนามาตรฐานการใช้ยา (Process) เมื่อได้ภาพปัญหาที่ชัดเจนจากระยะที่ 1 ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ออกแบบและพัฒนามาตรฐานการใช้ยา พร้อมทั้งโปรแกรมการอบรมและเว็บแอปพลิเคชันที่ช่วยสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นตอนนี้ตรงกับขั้นที่ 3 และ 5 ตาม Borg and Gall[11] โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยเลือกพัฒนาเป็นเว็บแอปพลิเคชันแทนสื่อรูปแบบอื่น เพราะผู้ประกอบวิชาชีพต้องการแหล่งข้อมูลที่ค้นหาได้สะดวกและรวดเร็วในขณะปฏิบัติงาน ในขณะที่การพกคู่มือเล่มหนาเพื่อค้นหาข้อมูลยาทำได้ไม่สะดวก เว็บแอปพลิเคชันจึงช่วยให้เข้าถึงข้อมูลการใช้ยาที่ถูกต้องได้ทันทีเมื่อต้องตัดสินใจเลือกใช้ยา

2.1 ยกร่างมาตรฐานการใช้ยาของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น โดยอ้างอิงจากแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1

2.2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2.3 พัฒนาโปรแกรมการอบรมให้ความรู้ด้านมาตรฐานการใช้ยา และพัฒนาเว็บแอปพลิ เคชัน “ยาประจำบ้าน ประจำใจ” สำหรับสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยา ตามขั้นตอนการพัฒนาผลิตภัณฑ์ของ Borg and Gall[11]

2.4 ปรับปรุงมาตรฐาน โปรแกรมการอบรมและเว็บแอปพลิเคชันตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนา (Output) ผู้วิจัยประเมินผลการพัฒนามาตรฐานการใช้ยาตามกรอบแนวคิด KAP Model (Knowledge-Attitude-Practice) โดยประเมินด้านความรู้ (Knowledge) ตามทฤษฎีของ Bloom[12] ในระดับความจำ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ ด้านทัศนคติ (Attitude) ต่อมาตรฐานการใช้ยาและเว็บแอปพลิเคชัน และด้านการเลือกใช้ยา (Practice) ตามมาตรฐานที่พัฒนาขึ้น ของ ผู้ประกอบวิชาชีพในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ก่อนและหลังการพัฒนา รวมทั้งประเมินการยอมรับเว็บแอปพลิเคชันตามแบบจำลองความสำเร็จของระบบสารสนเทศของ DeLone และ McLean[13] ภายหลังการใช้งานจริง สอดคล้องกับขั้นที่ 6-10 ตาม Borg and Gall[11] ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ กึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน เป็นกลุ่มเดียวกันที่ได้รับการอบรม ใช้เว็บแอปพลิเคชัน และถูกวัดผลทั้ง Pre-test และ Post-test มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ประเมินความรู้ ทัศนคติ และการเลือกใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนา (Pre-test)

3.2 ดำเนินการอบรมให้ความรู้ด้านมาตรฐานการใช้ยา และการใช้เว็บแอปพลิเคชัน "ยาประจำบ้านประจำใจ" สำหรับการเลือกใช้ยาสามัญ ประจำบ้าน

3.3 ให้กลุ่มตัวอย่างนำมาตรฐานและ เว็บแอปพลิเคชันไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการฝึกทักษะและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับเบื้องต้น โดยอ้างอิงจากหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่ต้องการระยะเวลาในการทดลองใช้ความรู้ใหม่ในสถานการณ์จริง

3.4 ประเมินความรู้ ทัศนคติ และการเลือกใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนา (Post-test)

3.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนา ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงปกติของผลต่างคะแนนด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าผลต่างคะแนน ไม่เป็นการแจกแจงปกติทั้งสามด้าน ได้แก่ ความรู้ (Shapiro-Wilk = 0.832, $p < 0.001$) ทัศนคติ (Shapiro-Wilk = 0.848, $p < 0.001$) และการเลือกใช้ยา (Shapiro-Wilk = 0.905, $p = 0.005$) จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ส่วนการยอมรับเว็บแอปพลิเคชันวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อเฉพาะด้านการ

พยาบาลและการผดุงครรภ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งอยู่ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 228 แห่ง ที่ให้บริการระหว่างวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานและมีการจ่ายยาในคลินิกในช่วง ที่ทำการศึกษา และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการ ทั้งการอบรม การใช้เว็บแอปพลิเคชัน และการวัดผลก่อนและหลัง โดยได้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมทั้งสิ้น จำนวน 35 คน ทั้งนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (Central Limit Theorem) ซึ่ง Bartz[14] และ Loether และ McTavish[15] ระบุว่า การวิจัยเชิงทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้การแจกแจงของค่าเฉลี่ยเข้าสู่การแจกแจงปกติและสามารถใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนในการวิจัยนี้จึงมากกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ 30 คน และเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการวิจัยให้สอดรับกับการดำเนินงานแต่ละระยะ โดยจำแนกได้ดังนี้

เครื่องมือระยะที่ 1 (Input)

1. แบบสำรวจสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของสถานพยาบาล สถานการณ์การจัดเก็บยา การจ่ายยา การจัดทำฉลากยา การบันทึกข้อมูล และปัญหาอุปสรรคในการใช้ยา

เครื่องมือระยะที่ 2 (Process)

2. มาตรฐานการใช้ยาของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่ยกร่างจากแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับข้อมูลจากระยะที่ 1

3. โปรแกรมการอบรมให้ความรู้ด้านมาตรฐานการใช้ยา พัฒนาตามขั้นตอนการพัฒนาผลิตภัณฑ์ของ Borg and Gall[11] ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานการใช้ยา และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

4. เว็บแอปพลิเคชัน “ยาประจำบ้าน ประจำใจ” สำหรับสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาสามัญประจำบ้าน พัฒนาตามขั้นตอนการพัฒนาผลิตภัณฑ์ของ Borg and Gall[11]

5. แบบประเมินความเหมาะสมของมาตรฐานและโปรแกรมอบรม สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือระยะที่ 3 (Output)

6. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกฎหมาย ข้อบังคับ และมาตรฐานการใช้ยาเป็นแบบทดสอบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ครอบคลุมเนื้อหาตามทฤษฎีของ Bloom[12] ในระดับความจำ ความเข้าใจ และการนำไปใช้

7. แบบสอบถามทัศนคติต่อมาตรฐานการใช้ยา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert ประเมินความคิดเห็นและความเชื่อต่อมาตรฐานการใช้ยา

8. แบบประเมินการเลือกใช้ยา เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับมาตรฐานการใช้ยาที่พัฒนาขึ้น ประเมินพฤติกรรมการเลือกจ่ายยาให้ถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะรายการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาโดยตรง จำนวน 7 รายการ ได้แก่ ข้อ 4.8.1, 4.8.2, 4.8.3, 4.9, 4.10, 4.11 และ 4.12 ของแบบบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การให้คะแนนเป็นแบบผ่าน (1 คะแนน) และไม่ผ่าน (0 คะแนน) แล้วคิดเป็นร้อยละของรายการที่ผ่านต่อรายการที่ประเมินทั้งหมด เพื่อสะท้อนระดับการเลือกใช้ยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน

9. แบบสอบถามการยอมรับเว็บแอป พลิเคชัน“ยาประจำบ้าน ประจำใจ” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแบบจำลองความสำเร็จของระบบสารสนเทศ

ของ DeLone และ McLean[13] ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ด้านละ 2 ข้อ ได้แก่ (1) คุณภาพของระบบ (System Quality) (2) คุณภาพของข้อมูล (Information Quality) (3) คุณภาพของการบริการ (Service Quality) (4) ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน (User Satisfaction) และ (5) ประโยชน์ที่ได้รับ (Net Benefits) โดยวัดครั้งเดียวภายหลังการใช้งานจริงครบ 4 สัปดาห์

ผู้วิจัยเลือกแบบจำลองความสำเร็จของระบบสารสนเทศของ DeLone และ McLean[13] ในการประเมินการยอมรับเว็บแอปพลิเคชัน เพราะการที่ ผู้ประกอบวิชาชีพจะยอมรับและใช้เว็บแอปพลิเคชันในการตัดสินใจเลือกใช้ยาได้จริง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความง่ายในการใช้งานเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับคุณภาพของระบบ ความถูกต้องน่าเชื่อถือของ ข้อมูลยา คุณภาพการบริการ ความพึงพอใจ และประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งแบบจำลองนี้ครอบคลุมครบถ้วน

การให้คะแนนแบบสอบถามการยอมรับเว็บแอปพลิเคชันกำหนดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยมาแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น ซึ่งคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้นได้เท่ากับ (5-1)/5= 0.80 ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง การยอมรับระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 ระดับน้อยที่สุด ทั้งนี้ ผู้วิจัยถือว่าเว็บแอปพลิเคชันได้รับการยอมรับในระดับที่นำไปใช้ได้จริงเมื่อมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.41 ขึ้นไป (ระดับ มากขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.87 และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ KR-20 = 0.75 และ Cronbach’s Alpha = 0.91 และ 0.87 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึง 30 ตุลาคม 2568 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละและสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามเลขที่รับรอง BRO 2024-136 ซึ่งอนุมัติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 และมีผลถึงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษา

การศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ โดยการทดสอบความรู้ ทัศนคติ และตรวจประเมินการเลือกใช้ยา ก่อนและหลังการพัฒนา ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Signed-Rank Test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.9) อายุเฉลี่ย 44.40 ปี เกือบทั้งหมดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.1) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ (ร้อยละ 62.9) และกว่าครึ่งหนึ่งยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายยาและสถานพยาบาล (ร้อยละ 57.1)

2. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการใช้ยา (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) พบว่าคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาด้านการใช้ยา ทั้งความรู้เกี่ยวกับขอบเขตการใช้ยาตามกฎหมาย การจัดและจ่ายยาให้เป็นไปตามมาตรฐาน และการขาดเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจที่ เข้าถึงได้สะดวก จึงนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการใช้ยาในระยะต่อไป

3. ผลการพัฒนามาตรฐานการใช้ยา (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) ได้มาตรฐานการใช้ยาโปรแกรมการอบรม และเว็บแอปพลิเคชัน “ยา

ประจำบ้าน ประจำใจ” ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิและการทดลองใช้

4. ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการเลือกใช้ยา ก่อนและหลังการพัฒนา (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3) พบว่า ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 8.57 เป็น 9.29 และมีการเลือกใช้ยาเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.80 เป็น 5.89 (จากร้อยละ 63.3 เป็นร้อยละ 98.1) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งสองด้าน ส่วนทัศนคติไม่แตกต่างกัน ทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลัง (ค่าเฉลี่ย 3.07 และ 3.08 ตามลำดับ)

5. ผลการประเมินการยอมรับเว็บแอปพลิเคชัน (วัตถุประสงค์ข้อที่ 4) พบว่า การยอมรับเว็บแอปพลิเคชัน “ยาประจำบ้าน ประจำใจ” โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.36) โดยด้านคุณภาพของระบบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4.47) และด้านคุณภาพของการบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (4.24)

ผลการวิจัยข้างต้นสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยบางส่วน กล่าวคือ ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการเลือกใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ ส่วนด้านทัศนคติไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ โดยเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ด้านความรู้ ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 8.57 เป็น 9.29 คะแนน) โดยมีผู้ที่คะแนนเพิ่มขึ้นถึง 22 คน จาก 35 คน อภิปรายได้ว่า การพัฒนามาตรฐานการใช้ยาร่วมกับโปรแกรมการอบรมและเว็บแอป พลิเคชัน ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขตการใช้ยาตามกฎหมายได้อย่างชัดเจน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งยังไม่เคยได้รับการอบรมกฎหมายยามาก่อน จึงมีช่องว่างให้ความรู้เพิ่มขึ้น ได้มากสอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom[12] ที่ว่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นพื้นฐาน ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในขั้นสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนา บุญทอง และคณะ[16] ที่ระบุว่าพยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคเบื้องต้น แต่ยังต้องการมาตรฐานและองค์ความรู้ด้านการใช้ยาที่ชัดเจน ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีพัฒนาการชัดเจน ได้แก่ ความรู้เรื่องชนิดของยาที่คลินิกมีได้และเรื่องยาปฏิชีวนะเป็นยาอันตราย ซึ่งเป็นประเด็นที่เน้นย้ำในการอบรม

2. ด้านการเลือกใช้ยา การเลือกใช้ยาเป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัดที่สุด โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 63.3 เป็นร้อยละ 98.1 และมีคลินิก ที่ผ่านการประเมินเพิ่มขึ้นถึง 34 คลินิก จาก 35 คลินิก พบว่าการมีมาตรฐานการใช้ยา ที่เป็นรูปธรรมร่วมกับเว็บแอปพลิเคชันที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ ช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพเลือกใช้ยาได้ถูกต้องตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด สอดคล้องกับแนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[17] และการขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ นพคุณ ธรรมธัชอารี และคณะ[18] นอกจากนี้ ผลที่ได้ยังช่วยลดปัญหาการจัดเก็บยาและการจ่ายยาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่พบในการศึกษาของ อดุลย์ ลาภะแนน[5] และ บดินทร์ ชาวตระการ[7] ที่พบว่าคลินิกเอกชนส่วนใหญ่ยังมีข้อบกพร่องด้านการจัดการยา การจัดทำฉลาก และการตรวจสอบวันหมดอายุ

3. ด้านทัศนคติ ทัศนคติด้านมาตรฐานการใช้ยาก่อนและหลังการพัฒนาไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>0.05$) โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองช่วง อภิปรายได้ว่า ทัศนคติเป็นองค์ประกอบที่เปลี่ยนแปลงได้ช้ากว่าความรู้และการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นความรู้สึกและความเชื่อที่สั่งสมมานาน การเปลี่ยนแปลงจึงต้องอาศัยระยะเวลาและการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับระยะเวลา

การทดลองใช้ที่จำกัด อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติอย่าง มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Launiala[19] ที่ว่าองค์ประกอบด้านทัศนคติในกรอบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (KAP) มักเปลี่ยนแปลง ได้ยากและช้ากว่าด้านความรู้และการปฏิบัติ จึงเป็นประเด็นที่ควรพัฒนากิจกรรมเสริมสร้างทัศนคติและติดตามผลในระยะยาวต่อไป

4. ด้านการยอมรับเว็บแอปพลิเคชัน การยอมรับเว็บแอปพลิเคชันในการเลือก ใช้ยา ชื่อ “ยาประจำบ้าน ประจำใจ” อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.36) โดยด้านคุณภาพของระบบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อภิปรายได้ว่า เว็บแอปพลิเคชันเข้าถึงง่าย ใช้งานได้บนอุปกรณ์หลากหลาย และแสดงผลกระชับเข้าใจง่าย จึงตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ สอดคล้องกับแบบจำลองความสำเร็จของระบบสารสนเทศของ DeLone และ McLean[13] ที่ว่าคุณภาพของระบบ คุณภาพของข้อมูล และคุณภาพของการบริการ ส่งผลต่อความพึงพอใจและประโยชน์ที่ผู้ใช้ได้รับ ทั้งนี้ ด้านคุณภาพของการบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (4.24) แม้ยังอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสะท้อนว่าควรเพิ่มกลไกการให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำการใช้งานแก่ผู้ใช้ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรพิจารณานำมาตรฐานการใช้ยาและเว็บแอป พลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติสำหรับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และควรกำหนดให้การอบรมความรู้ด้านกฎหมายยา เป็นเงื่อนไขหนึ่งของการขึ้นทะเบียนหรือต่ออายุการเป็นหน่วยบริการ เพื่อยกระดับมาตรฐานการใช้ยาอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ควรขยายผลการใช้มาตรฐานการใช้ยาและเว็บแอปพลิเคชันไปยังคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในพื้นที่อื่น พร้อมจัดการอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างทั้งความรู้และทัศนคติ และควรพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ในด้านคุณภาพของการบริการเพิ่มเติม เช่น ช่องทางให้คำปรึกษาและคู่มือการใช้งาน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาของผู้ประกอบวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

3.1 ควรออกแบบการวิจัยให้มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันผลของการพัฒนามาตรฐานการใช้ยาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และเพิ่มความเที่ยงตรงภายใน

3.2 ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมหลายจังหวัด เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายนอกและความสามารถในการนำผลไปใช้อ้างอิง

3.3 จากผลที่พบว่าทัศนคติไม่เปลี่ยนแปลง ควรศึกษารูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมทัศนคติด้านมาตรฐานการใช้ยาโดยเฉพาะ และติดตามผล ในระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของความรู้และพฤติกรรมการเลือกใช้ยา

3.4 ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามมาตรฐานการใช้ยาของผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การออกแบบมาตรการสนับสนุนที่ตรงกับสาเหตุของปัญหา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข และบุคลากรในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน

สุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้การอนุเคราะห์สร้างเว็บแอปพลิเคชันสำหรับสนับสนุนการใช้ยาในงานวิจัยนี้ ตลอดจน ขอขอบคุณผู้ประกอบวิชาชีพในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และฉบับที่แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

2.พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133 ตอนที่ 107 ก (20 ธันวาคม 2559).

3.ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 53 ง (10 มีนาคม 2564).

4.เจริญทิพย์ โชครุ่งรัตนชัย, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, สุธี อยู่สถาพร, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ.(2553). ความต้องการขยายขอบเขตใช้ยารักษาโรคเบื้องต้นในคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2553;14(1):27-43.

5.อดุลย์ ลาภะแนน.(2565). การศึกษาสถานการณ์การฝ่าฝืนกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลของคลินิกเอกชนในจังหวัดอุดรธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย 2565;14(4):974-82.

6.มิ่งขวัญ ธนเศรษฐกร, วารณี บุญช่วยเหลือ.(2559). การให้ข้อมูลยาแก่ผู้ป่วยของสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในจังหวัดชลบุรี. วารสารเภสัชกรรมไทย 2559;9(1):15-26.

7.บดินทร์ ชาวตระการ.(2562). การศึกษาผลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ลักษณะคลินิกเวชกรรมที่มีการให้บริการด้านความงาม ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.

8.กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). รายงานการสำรวจสถานการณ์การใช้ยาในคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2567.

9.สภาการพยาบาล.(2565). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง กำหนดรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2565.

10.Bertalanffy L von.(1956). General system theory. General Systems 1956;1:1-10.

11.Borg WR, Gall MD.(1989). Educational research: an introduction. 5th ed. New York: Longman; 1989.

12.Bloom BS.(1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: Longmans, Green; 1956.

13.DeLone WH, McLean ER.(2003). The DeLone and McLean model of information systems success: a ten-year update. J Manag Inf Syst 2003;19(4):9-30.

14.Bartz AE.(1999). Basic statistical concepts. New Jersey: Prentice-Hall; 1999.

15.Loether HJ, McTavish DG.(1993). Descriptive and inferential statistics: an introduction. USA: Allyn and Bacon; 1993.

16.ทัศนา บุญทอง, สุปราณี อัทธเสรี, นัทธมน ศิริกุล.(2550). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อการรักษาโรคเบื้องต้นในการให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ. วารสารสภาการพยาบาล 2550;22(4):24-37.

17.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2564). แนวทางการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2564.

18.นพคุณ ธรรมธัชอารี, นุชรินธ์ โตมาชา, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย.(2565). การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(3):281-8.

19.Launiala A.(2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Anthropol Matters 2009;11(1):1-13.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

Development of a Community-Based Care Model for Drug-Addicted Patients with Psychiatric Symptoms in Chiwasuttho Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaturat District, Chaiyaphum Province.

(Received: July 10,2026 ; Revised: July 12,2026 ; Accepted: August 2,2026)

สิริพิมล ชาญตะคุ[1]
Siriphimon Chantakhu[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการตามวงจร Plan–Act–Observe–Reflect กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติผู้ป่วย และบุคลากรสาธารณสุข เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมิน และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า บริบทชุมชนมีปัญหาการเข้าถึงสารเสพติด การตีตราทางสังคม และการขาดความต่อเนื่องในการรักษา การพัฒนารูปแบบประกอบด้วยการบูรณาการความร่วมมือของเครือข่าย การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำชุมชน การจัดระบบพี่เลี้ยง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ภายหลังการดำเนินงาน พบว่าการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องมากขึ้น มีแนวโน้มอาการทางจิตและพฤติกรรมเสี่ยงลดลง สามารถปรับตัวในชุมชนได้ดีขึ้น และชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต

Abstract

This study aimed to develop a community-based care model for drug-addicted patients with psychiatric symptoms in the service area of Chiwasuttho Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaturat District, Chaiyaphum Province. Action research based on the Kemmis and McTaggart framework was employed using the Plan–Act–Observe–Reflect cycle. A total of 60 participants were purposively selected, including community leaders, village health volunteers, caregivers, and healthcare personnel. Data collection tools included questionnaires, assessment forms, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The findings revealed that the community context was characterized by easy access to drugs, social stigma, and discontinuity of treatment. The developed model emphasized integrated collaboration among stakeholders, capacity building of community leaders, a buddy system, home visits, and continuous community-based follow-up. After implementation, community participation significantly increased ($p < .05$). Patients showed improved continuity of care, reduced psychiatric symptoms and risky behaviors, better social adaptation, and more positive community attitudes toward patients.

Keywords: Community-based care, Community participation, Drug-addicted patients with psychiatric symptoms

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดทั่วโลกยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขและความมั่นคงของมนุษย์ที่มีความซับซ้อน และเชื่อมโยงกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองระหว่างประเทศอย่างใกล้ชิด รายงาน World Drug Report 2022 ของ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีประชากรวัย 15–64 ปีทั่วโลกมากกว่า 284 ล้านคนใช้สารเสพติด คิดเป็นประมาณ 1 ใน 18 ของประชากรกลุ่มอายุนี้ และเพิ่มขึ้นร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับทศวรรษก่อนหน้า[1] สะท้อนการขยายตัวของตลาดยาเสพติดทั้งรูปแบบดั้งเดิมและสารสังเคราะห์ โดยเฉพาะกลุ่มแอมเฟตามีนและโอปิออยด์สังเคราะห์ที่มีต้นทุนต่ำและแพร่กระจายรวดเร็วผ่านเครือข่ายออนไลน์ ทั้งนี้ UNODC คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกอาจเพิ่มเป็น 299 ล้านคน หากไม่มีมาตรการเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพ[2] ส่งผลให้ภาระโรคเพิ่มสูงขึ้น ทั้งการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ความพิการจากความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม รวมถึงผลกระทบทางสังคม เช่น อาชญากรรม ความรุนแรง และการตีตรา[2]

ในบริบทของประเทศไทย ปัญหายาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปัจจัยด้านการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนและเครือข่ายการค้ายาเสพติด ส่งผลให้สารเสพติดเข้าถึงง่ายและมีราคาถูกลง โดยข้อมูลจาก Office of the Narcotics Control Board ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2568 มีผู้ใช้สารเสพติดมากกว่า 1.9 ล้านคน[3] และในช่วงครึ่งปีแรกมีผู้เข้าสู่การบำบัด 25,281 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้อง 3,699 คน[4] สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างการใช้สารเสพติดกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างชัดเจน โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาท เช่น เมทแอมเฟตามีน ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมก้าวร้าว อีกทั้งยังมีอัตราการกลับไปใช้ซ้ำสูง ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม การตีตรา และการติดตามต่อเนื่อง[5] ประเทศไทยได้ปรับปรุงพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2568 โดยเปลี่ยนมุมมองผู้เสพจาก “ผู้กระทำผิด” เป็น “ผู้ป่วย” และส่งเสริมการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment and Care: CBTC) ซึ่งเน้นการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน ลดการตีตรา และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดด้านบุคลากร ระบบบริการ และการบูรณาการข้อมูล[5]

สำหรับจังหวัดชัยภูมิ ยาบ้าเป็นสารเสพติดที่แพร่ระบาดสูงสุด โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมืองคอนสวรรค์ และจัตุรัส[6] ขณะที่ข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบว่าประชาชนร้อยละ 62.10 รับรู้ว่ามีปัญหาในชุมชน แม้ไม่ได้พบเห็นโดยตรง[7] สะท้อนผลกระทบเชิงโครงสร้างต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิต ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐานในระดับปฐมภูมิจึงมีความจำเป็นทั้งเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการดำเนินงานภายใต้กรอบกฎหมาย และเสริมพลังชุมชนในการดูแล ฟื้นฟู และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน
2. เพื่อพัฒนาและศึกษากระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์และวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิบัติในบริบทจริงควบคู่กับการสร้างองค์ความรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ศึกษา กรอบแนวคิดการวิจัยอ้างอิงแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[8] ซึ่งเป็นกระบวนการแบบหมุนวน (Spiral process) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) โดยดำเนินการตามวงจร Plan–Act–Observe–Reflect ครอบคลุมการวิเคราะห์สถานการณ์และกำหนดแนวทางพัฒนาการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ การติดตามและประเมินผลลัพธ์ และการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบในรอบถัดไป แนวทางดังกล่าวมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่าย อันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีความเหมาะสม ยั่งยืน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทพื้นที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในกระบวนการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยในระดับชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 165 คน ประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษา จำนวน 60 คน ประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากบทบาทหน้าที่ ประสบการณ์ และความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมมิติการมีส่วนร่วมในชุมชน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนมีความเหมาะสมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและการพัฒนารูปแบบร่วมกัน

ช่วงเวลาในการศึกษาวิจัย เดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2569

เกณฑ์การคัดเข้า กำหนดให้เป็นบุคคลที่มีบทบาทหรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือสนับสนุนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ โดยผู้เข้าร่วมต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยหรือปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีความสามารถในการสื่อสาร และมีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมต่อการให้ข้อมูล รวมทั้งยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจภายหลังได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และการพิทักษ์สิทธิ์อย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก กำหนดให้ตัดบุคคลที่ไม่มีบทบาทหรือความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ศึกษา หรือมีระยะเวลาการอยู่อาศัยหรือปฏิบัติงานในชุมชนไม่ถึง 6 เดือน รวมถึงบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือมีข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจ หรือภาษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ตลอดจนผู้ที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ดัดแปลงจากงานวิจัยของ อาภรณ์ ภูมี[9] ประกอบด้วย 1) แบบ

ประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 13 ข้อ แบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ใช้ประเมินก่อนและหลังการวิจัย จำแนกระดับอาการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ รุนแรง (≤ 2.40) ปานกลาง (2.41–3.40) และทุเลา (≥ 3.41) 2) แบบติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เป็นแบบรายงานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ใช้สำหรับติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ แบบเลือกตอบ (ใช่/ไม่ใช่) ให้คะแนน 1 และ 0 จำแนกระดับความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) ได้แก่ ระดับมาก (≥80%) ปานกลาง (60–79%) และน้อย (<60%) นอกจากนี้ ใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทในการแก้ไขปัญหา 2) การทำงานร่วมกับแกนนำและฝ่ายปกครอง 3) การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ และ 4) การติดตามและประเมินผล ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1–5 คะแนน) คะแนนรวม 100 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (20.00–26.67) ปานกลาง (26.68–53.33) และสูง (53.34–100.00) โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนระดับการมีส่วนร่วมที่เพิ่มขึ้นและ 4) แบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบประเมินการปฏิบัติ 20 ข้อ แบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ (3, 2, 1 คะแนน) แปลผลเป็นระดับมาก (2.34–3.00) ปานกลาง (1.67–2.33) และน้อย (1.00–1.66)

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ดัดแปลงจากงานวิจัยของ อาภรณ์ ภูมี[9] ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ทัศนคติของชุมชน แนวทางการจัดการปัญหายาเสพติด และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน 2) แบบสังเกตพฤติกรรม (Observation Checklist) ใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม ได้แก่ การแสดงความคิดเห็น การอภิปราย การให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและ 3) เครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ แผนปฏิบัติการ (Action Plan) สำหรับกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน และการบันทึกภาพกิจกรรมเพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต แบบรายงานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยชุมชน เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของเนื้อหา จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ≥ 0.50 และนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected item-total correlation) และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต มีค่าเท่ากับ 0.93 แบบรายงานการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยชุมชน เท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในระดับสูงและยอมรับได้

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นได้ดำเนินการตรวจสอบและปรับปรุงคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดย

ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาและทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง ภายหลังได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้วิจัยได้ประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และบทบาทของผู้เกี่ยวข้องให้เจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างชัดเจน พร้อมทั้งคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวทางของ Kemmis และ McTaggart[8] โดยใช้วงจร Plan–Act–Observe–Reflect และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ทั้งนี้ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการและศึกษาสถานการณ์ (Situational Analysis Phase) ศึกษาบริบทพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ทบทวนสถานการณ์ผู้ป่วย และวิเคราะห์ช่องว่างของระบบการดูแล พร้อมทั้งจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและแต่งตั้งคณะทำงาน ผลลัพธ์: ได้ข้อมูลปัญหาเชิงลึกและความพร้อมของชุมชน

ระยะที่ 2 การวางแผนพัฒนารูปแบบ (Planning Phase) ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องและกำหนดเป้าหมายการพัฒนา ออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบการดูแล และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ครอบคลุมกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา และตัวชี้วัด ผลลัพธ์: ได้ร่างรูปแบบการดูแล (ฉบับร่างที่ 1)

ระยะที่ 3 การดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ (Implementation Phase) นำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่จริง โดยดำเนินกิจกรรมตามแผน เช่น การเสริมพลังครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประสานงานเครือข่าย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนและกำกับติดตามการดำเนินงาน ผลลัพธ์: ได้ข้อมูลจากการดำเนินงานจริง

ระยะที่ 4 การสังเกตและประเมินผล (Observation and Evaluation Phase) ประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ป่วยและกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ ระดับอาการทางจิต การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ การปรับตัวในชุมชน ระดับการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ และอุปสรรคในการดำเนินงาน

ระยะที่ 5 การสะท้อนผลและปรับปรุงรูปแบบ (Reflection and Revision Phase) จัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิเคราะห์จุดแข็งและข้อจำกัด และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผลลัพธ์: ได้รูปแบบการดูแลฉบับสมบูรณ์ (Final Model)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลลัพธ์หลังการพัฒนารูปแบบ Paired t-test และใช้สถิติไม่อิงพารามิเตอร์ เช่น Wilcoxon Signed-Rank Test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผ่านกระบวนการถอดความข้อมูล การอ่านทบทวน การเข้ารหัส (Coding) การจัดหมวดหมู่ และการสร้างประเด็นหลัก (Themes)

3. การสังเคราะห์ข้อมูล บูรณาการผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอธิบายความสอดคล้องของกระบวนการพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ตามวงจร Plan–Act–Observe–Reflect

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่รับรอง 94/2568 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.70 มีอายุอยู่ในช่วง 49–55 ปี ร้อยละ 40.00 อายุเฉลี่ย 48 ปี (SD = 7.78) โดยมีอายุสูงสุด 65 ปี และต่ำสุด 30 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.70 และมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.60 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 74.30 และมีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 48.60 รองลงมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 31.40

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตในพื้นที่ศึกษา พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวสุทโธ อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เป็นชุมชนชนบทที่เผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง มีแหล่งมั่วสุมและเส้นทางเข้า–ออกหลายเส้นทาง ส่งผลให้การควบคุมและเฝ้าระวังทำได้ยาก อีกทั้งการกำกับดูแลการจำหน่ายสุรา บุหรี่ และสารเสพติดยังขาดความเข้มงวด ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2568 พบแนวโน้มผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน เช่น ยาบ้า สารระเหย และกัญชา ร่วมกับการดื่มสุรา ส่งผลต่อการควบคุมตนเองและการดำรงชีวิต นอกจากนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีอาชีพและขาดรายได้ ส่งผลให้เป็นภาระของครอบครัว ขณะที่บางครอบครัวขาดความตระหนักและมีการปกปิดข้อมูล ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพจำกัด รวมถึงชุมชนมีทัศนคติเชิงลบ เช่น การตีตราและความหวาดกลัว ส่งผลต่อการฟื้นฟูและการกลับคืนสู่สังคม

จากการติดตามพบว่าผู้ป่วยบางรายในระดับปานกลาง (กลุ่มสีเหลือง) ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องและกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ส่งผลให้อาการรุนแรงขึ้น (กลุ่มสีแดง) ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ โดยต้องเดินทางไปรับการรักษาในโรงพยาบาลระดับอำเภอหรือจังหวัด ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง และกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนโดยรวม

การพัฒนาและกระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการวิจัยดำเนินการภายใต้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วงจร Plan–Act–Observe–Reflect จำนวน 2 วงรอบ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วงรอบที่ 1 มุ่งสร้างความเข้าใจสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดประชุมคืนข้อมูลและจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคประชาชน ดำเนินการดูแลผ่านการเยี่ยมบ้าน การติดตามอาการ และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ผลการดำเนินงานพบว่ายังมีปัญหาการกำเริบของอาการ การขาดความต่อเนื่องในการรักษา และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สะท้อนข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน

วงรอบที่ 2 นำผลสะท้อนจากวงรอบแรกมาปรับปรุงรูปแบบ โดยเน้นการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำและอาสาสมัคร การกำหนดบทบาทเครือข่ายอย่างชัดเจน และการสร้างกติกาชุมชน พร้อมพัฒนากลไกสนับสนุน ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ระบบพี่เลี้ยง (Buddy system) การจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และศูนย์ดูแลสุขภาพจิตในชุมชน ผลลัพธ์พบว่า เครือข่ายชุมชนมีความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและเข้าถึงบริการมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มความรุนแรงลดลง และชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น

โดยสรุป รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐานที่พัฒนาขึ้น เป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมที่บูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน สามารถตอบสนองต่อปัญหาในบริบทพื้นที่ และนำไปสู่การดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนในระดับชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน

ขั้นตอน	กิจกรรม
1. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาของชุมชน (Problem Analysis and Synthesis)	1. ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของชุมชน โดยการลงพื้นที่ พบปะผู้นำชุมชน ผู้นำทางธรรมชาติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินศักยภาพและความเป็นไปได้ของความร่วมมือ
	2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อระบุปัญหา สาเหตุ และความต้องการของชุมชน
2. การวางแผนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท (Contextualized Planning)	1. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับหมู่บ้าน โดยมีโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน และมีการประสานงานแบบบูรณาการทั้งแนวดิ่งและแนวราบ
	2. คืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดปัญหา แนวทาง และเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ
	3. วางแผนการดำเนินงาน การป้องกันความเสี่ยง และการจัดสรรทรัพยากร/งบประมาณ
3. การกำหนดกิจกรรม (Activity Design)	1. การจัดประชาคมและรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้ในชุมชน
	2. การดำเนินกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง
	3. การกำหนดแนวทางป้องกันกลุ่มเสี่ยง และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน
4. การดำเนินกิจกรรม (Implementation)	1. พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอบรมทักษะที่จำเป็น และจัดระบบดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล (Buddy system)
	2. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเป็นแหล่งให้คำปรึกษาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
	3. บูรณาการความร่วมมือของเครือข่ายหลักในพื้นที่ ได้แก่ ภาคสาธารณสุข ตำรวจ ฝ่ายปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลและจัดการปัญหา
	4. สร้างความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นในชุมชน เช่น ผู้ประกอบการร้านค้า เพื่อสนับสนุนมาตรการชุมชน
5. การประเมินผล (Evaluation)	1. ประเมินผลโดยใช้เกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย
	2. ติดตามการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด
	3. ประเมินผลการดำเนินมาตรการของชุมชน
	4. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในมิติด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

ผลการประเมินภายหลังการดำเนินงานภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน พบว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถส่งเสริมผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.980$, $p = 0.004$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด ($t = -2.949$, $p = 0.004$) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ($t = -2.638$, $p = 0.010$) และการมีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า ($t = -2.383$, $p = 0.020$) ตามลำดับ สะท้อนถึงการพัฒนา

ศักยภาพของภาคีเครือข่ายในทุกมิติ ตั้งแต่การวางแผนจนถึงการปฏิบัติ ในด้านผลลัพธ์เชิงระบบพบการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดตั้งกลไกการทำงานร่วมกันในระดับชุมชน การพัฒนาศักยภาพแกนนำและอาสาสมัครสาธารณสุข และการนำระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมาใช้ ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสะท้อนว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีแนวโน้มอาการทางจิตดีขึ้น ลดพฤติกรรมเสี่ยง และสามารถปรับตัวในชุมชนได้ดีขึ้น รวมทั้งชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้การตีตราลดลงและการยอมรับทางสังคมเพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การบูรณาการความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข การมีระบบติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกของชุมชนต่อผู้ป่วย

โดยสรุป รูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน สามารถเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในชุมชน และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่ความยั่งยืนของการดูแลในระยะยาว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา (n=60)

การมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	t	*p*-value	*95%CI*
	Mean±S.D.	Mean±S.D.			
มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์	18.54±3.62	19.01±3.52	-2.949	.004*	0.15, 0.79
มีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้า	19.11±3.61	19.50±3.67	-2.383	.020*	0.06, 0.72
มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงาน	18.94±3.75	19.44±3.60	-2.638	.010*	0.12, 0.88
รวม	**56.60±10.36**	**57.96±10.35**	**-2.980**	**.004***	**0.45, 2.27**

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ผลการศึกษาสะท้อนว่า บริบทชุมชนชนบทเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการเข้าถึงสารเสพติด เนื่องจากข้อจำกัดด้านโครงสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ยากต่อการควบคุม ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของสารเสพติดและจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ที่ชี้ให้เห็นอิทธิพลของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ การขาดกลไกกำกับดูแลที่เข้มแข็งและการมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดการตีตราทางสังคม (Stigma) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการรักษา ส่งผลให้เกิดการขาดยา การกำเริบของอาการ และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภรณ์ ภูมี[9] และกรมสุขภาพจิต[10] ที่พบว่าปัจจัยด้านชุมชนและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการมีผลต่อความต่อเนื่องของการรักษา รวมถึงบทบาทของครอบครัวที่มีผลต่อการเข้าสู่ระบบบริการ โดยการขาดความตระหนักและการปกปิดปัญหาเป็นอุปสรรคสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ[11] ดังนั้น การแก้ไข

ปัญหาจำเป็นต้องดำเนินการแบบองค์รวม โดยมุ่งลดการตีตรา เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และพัฒนาระบบบริการให้เข้าถึงได้ง่ายและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อพัฒนาและศึกษากระบวนการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระยะ ช่วยให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขได้อย่างเหมาะสม การบูรณาการความร่วมมือของเครือข่ายสหภาคี เช่น บุคลากรสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และผู้นำชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล การพัฒนากลไกในชุมชน เช่น ศูนย์ดูแลผู้ป่วยและระบบพี่เลี้ยง (Buddy system) ช่วยเสริมความต่อเนื่องของการดูแล โดยเฉพาะระยะหลังการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด ลดความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาภรณ์ ภูมี[9] และนุชรีย์ ทองเจิม และคณะ[5] ที่ชี้ให้เห็นบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนและ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในเชิงทฤษฎี รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากรและความต่อเนื่องของการสนับสนุนเชิงนโยบาย ซึ่งควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อประเมินผลลัพธ์และวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติการวิเคราะห์สถานการณ์และกระบวนการดำเนินงาน สะท้อนบทบาทของการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะต้นที่ส่งเสริมความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของรูปแบบ อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมด้านปัจจัยนำเข้ายังอยู่ในระดับต่ำกว่า สะท้อนข้อจำกัดด้านทรัพยากรและศักยภาพบุคลากร ปัจจัยความสำเร็จสำคัญได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การบูรณาการความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการลดการตีตราในชุมชน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[12, 13] ทั้งนี้ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในระดับปัจจัยนำเข้า ยังคงเป็นประเด็นที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม เช่น การจัดสรรงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการสร้างแรงจูงใจของเครือข่าย เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว

สรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้สำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งยืนยันว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องดำเนินการแบบองค์รวมและบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในเชิงกระบวนการ พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร Plan–Act–Observe–Reflect เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ได้รูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน อันนำไปสู่ความยั่งยืนของการดำเนินงาน องค์ความรู้ที่สำคัญอีกประการ คือ กลไกการดูแลที่มีประสิทธิผล ได้แก่ การทำงานของเครือข่ายสหภาคี การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำชุมชน ระบบพี่เลี้ยง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ผลลัพธ์ที่ได้สะท้อนว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง ลดอาการทางจิตและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย รวมทั้งลดการตีตราทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วน

ร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผล เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของการดูแล นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยในชุมชนอย่างใกล้ชิด เช่น ระบบพี่เลี้ยง (Buddy system) และการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการเสริมสร้างความรู้และทักษะของอาสาสมัครและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดการกำเริบและการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ควบคู่กับการรณรงค์ลดการตีตราในชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ภาครัฐควรสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบการดูแลโดยชุมชนเป็นฐานอย่างเป็นระบบ โดยจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับปฐมภูมิให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ ควรกำหนดนโยบายบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และตำรวจ เพื่อให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการดูแล รวมถึงศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อความสำเร็จ เช่น บทบาทผู้นำชุมชน แรงจูงใจของเครือข่าย และบริบททางสังคมวัฒนธรรม นอกจากนี้ ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบ และพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งอาจใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023.
3. Office of the Narcotics Control Board. Drug problems in Thailand and solutions สืบค้น 25 มกราคม 2569, จาก https://www.phufaresthome.com/blog/drugs-problem-in-thailand-2566/.
4. ปานรดา ปิติอรทัย, นัยนา สุแพง, มณฑิรา ชนะกาญจน์, ประนอม แก้วแดง, มานิตย์ เกตุบัวขาว. รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษาตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารแนวโน้มทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Trends in Nursing and Health Science Journal). 2568;1(2):1-14.
5. นุชรีย์ ทองเจิม, ธีรวัฒน์ สกุลมานนท์, ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(2):17-30.
6. เทอดศักดิ์ ไป่จันทึก, สุนทร ปัญญะพงษ์, อัญชลี ชัยศรี, เกศสุดา โภคานิตย์, พรสวรรค์ มงคลวรรณศรี. ศักยภาพชุมชนในการจัดการปัญหายาเสพติด จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการ มจร บุรีรัมย์. 2563;5(1):63-73.
7. สำนักงานสถิติจังหวัดชัยภูมิ. สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2567 สืบค้น 25 มกราคม 2569, จาก https://chaiyaphum.nso.go.th/statistical-information-service/infographic-interactive/interactive-dashboard/drug_chaiyaphum36.html
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
9. อาภรณ์ ภูมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตแบบบูรณาการจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2567;8(16):70-85.
10. กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
11. พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ. ประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี. วารสารการพยาบาลและนวัตกรรมสุขภาพ. 2568;2(1):e3825:1-19.

12. Kumpfer KL, Magalhães C. Strengthening families program: An evidence-based family intervention for parents of high-risk children and adolescents. J Child Adolesc Subst Abuse. 2018;27(3):174–79.
13. สุกัญญา วัฒนประไพจิตร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาบ้านหนองแวง หมู่ 1 ตำบลแวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;8(15):55-69.

การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียนตอนต้นที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง : รายงานผู้ป่วยเฉพาะราย

Comprehensive Oral Rehabilitation in an Early School-Aged Child with Multiple Carious Lesions : A Case Report.

(Received: July 11,2026 ; Revised: July 14,2026 ; Accepted: July 16,2026)

สลิลรัตน์ วัฒนวงษ์สิงห์[1]
Salilrut Wattanawongsing[1]

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียนตอนต้น อายุ 6 ปี ที่มีภาวะฟันผุหลายตำแหน่ง กระบวนการดูแลรักษาประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยทางคลินิกและรังสีวิทยา การประเมินปัจจัยเสี่ยง การจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา การรักษารากฟันน้ำนมในซี่ที่มีข้อบ่งชี้ การบูรณะฟัน และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมกับผู้ปกครอง ผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาครบถ้วนตามแผนการรักษา ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดูแลรักษาแบบองค์รวม ช่วยให้การรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีฟันผุหลายตำแหน่งเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางการรักษา ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางทันตกรรมสำหรับเด็กต่อไป

คำสำคัญ: ฟันผุในเด็ก การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวม ภาวะฟันผุหลายตำแหน่ง การรักษารากฟันน้ำนม การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยเด็ก รายงานผู้ป่วยเฉพาะราย

Abstract

This case report aims to present an approach to comprehensive oral rehabilitation in 6-year-old child with multiple carious lesions. The management process included clinical and radiographic examination, caries risk assessment, behavior management, comprehensive treatment planning, pulp therapy for indicated primary teeth, restorative procedures and preventive interventions in collaboration with the caregiver. The treatment outcomes demonstrated that the patient completed the entire treatment plan without complications. Improvement in oral health status, resolution of symptoms and enhanced patient cooperation were observed.

Comprehensive oral care plays a crucial role in effectively managing pediatric patients with multiple carious lesions. This approach contributes to reducing complications, improving oral health outcomes and promoting long-term maintenance, and may serve as a practical model for improving the quality of pediatric dental services.

Keywords: Dental caries in children, Comprehensive oral care, Multiple carious lesions, Pulp treatment in primary teeth, Management of children behaviors, Case report

บทนำ

ฟันผุ เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยมีความชุกสูงในเด็กวัยเรียน ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา[1,2] โรคฟันผุ

1 ท.บ. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม คุณภาพชีวิต และพัฒนาการของเด็ก ทั้งในด้านการบดเคี้ยว การพูด การเรียนรู้ และภาวะจิตสังคม[3] นอกจากนี้ ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา อาจนำไปสู่อาการเจ็บปวด การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนของเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน และอาจส่งผลกระทบต่อฟันแท้ในอนาคตได้อีกด้วย[1,4]

ในเด็กวัยเรียนตอนต้น ภาวะฟันผุหลายตำแหน่ง (multiple carious lesions) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมีความซับซ้อนในการดูแลรักษา เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งชีววิทยาของโรค พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โภชนาการ ปัจจัยทางสังคม และความร่วมมือของผู้ป่วย[1,5] การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่สามารถมุ่งเน้นเฉพาะการบูรณะฟันรายซี่ แต่จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดการดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวม (comprehensive oral rehabilitation) ซึ่งครอบคลุมการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การวางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ การควบคุมการติดเชื้อ การฟื้นฟูการทำหน้าที่ของฟัน การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ[6]

แนวทางการดูแลรักษาแบบองค์รวม มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมผลลัพธ์ทางการรักษาในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง ซึ่งมักต้องได้รับการรักษาหลายขั้นตอนและต่อเนื่อง[4,6] รายงานผู้ป่วยเฉพาะราย จึงเป็นรูปแบบการนำเสนอทางวิชาการ ที่ช่วยสะท้อนกระบวนการดูแลรักษาในสถานการณ์จริง และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมสำหรับเด็ก

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียนตอนต้นที่มีภาวะฟันผุหลายตำแหน่ง โดยมุ่งเน้นกระบวนการวินิจฉัย การวางแผนการรักษา การดำเนินการรักษาทางคลินิก การปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กที่มีความวิตกกังวลต่อการทำฟัน และผลลัพธ์ทางการรักษา อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความซับซ้อนในบริบทการให้บริการทางทันตกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นในระยะยาวภายหลังการรักษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 6 ปี น้ำหนัก 25 กิโลกรัม ส่วนสูง 120 เซนติเมตร มากับคุณยาย ด้วยความกลัว ร้องไห้น้ำตาซึม ไม่โวยวาย แต่ไม่ยอมขึ้นเตียงตรวจฟัน แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยตนเอง ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ชอบทานช็อกโกแลตและนมเปรี้ยว แต่นมที่ดื่มประจำทุกวันเป็นนมรสจืด อาศัยอยู่กับคุณตาคุณยาย และมีพี่ชายอายุ 15 ปี

อาการสำคัญ: ฟันหน้าล่างขึ้นซ้อน ไม่ปวด

ประวัติทางการแพทย์: หอบหืด แพทย์สั่งหยุดยาแล้วเดือนกุมภาพันธ์ 2569 ปฏิเสธการแพ้ยา ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

ประวัติทางทันตกรรม: เคยเคลือบฟลูออไรด์ จากการออกหน่วยทันตกรรมตอนอยู่ศูนย์เด็กเล็ก 1 ครั้ง ไม่เคยทำฟันมาก่อน

การตรวจนอกช่องปาก

พบว่าไม่มีการบวมบริเวณศีรษะและใบหน้า กด คลำไม่เจ็บ, อ้าปากได้ปกติ (ประมาณ 3.5 เซนติเมตร), ลักษณะใบหน้าด้านตรง (frontal view) เป็นแบบ symmetrical and ovoid, ลักษณะใบหน้าด้านข้าง (facial profile) เป็นแบบ straight profile, ลักษณะใบหน้าแนวดิ่ง (vertical facial pattern) เป็นแบบ mesofacial pattern, ความสัมพันธ์ของขากรรไกรบน - ล่าง และเนื้อเยื่ออ่อนในแนวหน้า - หลัง เป็นแบบ orthognathism, ความสัมพันธ์ของริมฝีปาก เป็นแบบปิดสนิท (lip competent), ข้อต่อขากรรไกร (TMJ) ปกติ, การเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง (mandibular movement) ปกติ



ภาพประกอบที่ 1 แสดงใบหน้าผู้ป่วย

การตรวจในช่องปาก

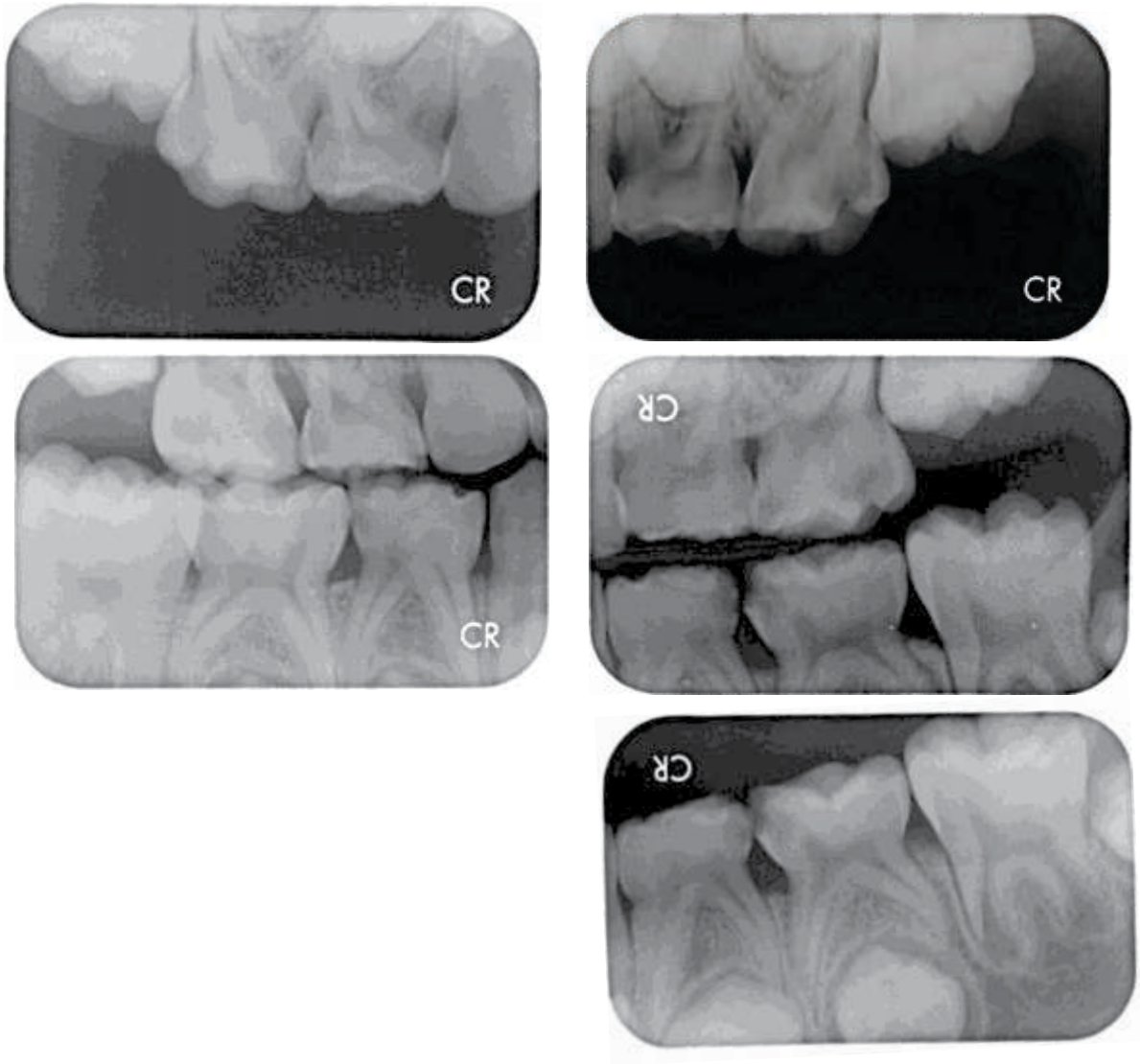
ฟันชุดผสม (mixed dentition), การสบฟันแบบ right class I molar with posterior crossbite and left class I molar relationship overjet 0.5 mm., overbite 0 mm., ไม่พบนิสัยผิดปกติในช่องปาก (oral habit), ไม่มีการหายใจทางปาก (mouth breathing)



ภาพประกอบที่ 2 แสดงลักษณะภายในช่องปากก่อนการรักษา

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

จากภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical film) และภาพถ่ายรังสีแบบกัดปีก (bite wing) พบว่าซี่ 54(OD), 84(OD), 85(OM) ฟันผุชั้นเนื้อฟัน ซี่ 74(OD), 75(OM) ฟันผุลึกใกล้ประสาทฟัน ไม่พบรอยโรคบริเวณปลายรากและง่ามรากฟัน ซี่ 55(OM), 65(O) ฟันผุทะลุประสาทฟัน ไม่พบรอยโรคปลายรากและง่ามรากฟัน



ภาพประกอบที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical film) และภาพถ่ายรังสีแบบกัดปีก (bite wing) ก่อนการรักษา

การประเมินความเสี่ยงโรคฟันผุ

ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยรายนี้มี ความเสี่ยงสูงมาก

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ในเด็ก ๖ – ๑๒ ปี สำหรับทันตบุคลากร

ชื่อ.....[redacted]

ปัจจัย	คะแนน	
	ใช่	ไม่ใช่
ส่วนที่ ๑ : สภาวะสุขภาพ - มีภาวะ*ที่ทำให้การทำความสะอาดมีประสิทธิภาพลดลง หรือน้ำลายน้อย**	๑	(๐)
ส่วนที่ ๒ : การตรวจช่องปากและภาพรังสี - พบรอยโรคฟันผุขาวขุ่นระยะลุกลามบนผิวเคลือบฟัน (Active white spot lesions) หรือพบฟันผุเป็นรู หรือพบจากภาพรังสี	(๓)	๐
- พบคราบจุลินทรีย์ที่เห็นชัดเจน	(๑)	๐
- พบความผิดปกติของโครงสร้างฟัน	๑	(๐)
ส่วนที่ ๓ : ปัจจัยอื่นๆ - รับประทานอาหาร/ ขนม/ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลนอกมื้ออาหาร*** > ๒ ครั้ง / วัน	(๒)	๐
- ใส่เครื่องมือในช่องปาก	๒	(๐)
- แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตั้งแต่ ๑,๐๐๐ ppm F ขึ้นไป อย่างน้อย ๒ ครั้ง / วัน	(๐)	๑
- พี่หรือน้องมีฟันผุ****	(๑)	๐ (หรือไม่มีพี่น้อง)
รวม	๗ = เสี่ยงสูงมาก	

หมายเหตุ : * ภาวะที่ต้องการการดูแลพิเศษ มีโรคประจำตัว มีความบกพร่องมทางร่างกายหรือสติปัญญา หรือได้รับผลจากยา

** ผู้ป่วยที่มีโรคหรือได้รับยาที่มีผลลดอัตราการไหลของน้ำลาย

*** นอกมื้ออาหาร หมายถึง ห่างจากอาหารมื้อหลัก มากกว่า ๓๐ นาที

**** จากการซักประวัติ

เกณฑ์แบ่งระดับความเสี่ยงฟันผุตามคะแนนรวม

๐ – ๒ คะแนน = ความเสี่ยงต่ำ หมายถึง มีแนวโน้มที่จะไม่มีฟันผุใหม่ ถ้ายังมีพฤติกรรมการกินอาหารและการดูแลความสะอาดช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่อง

๓ – ๕ คะแนน = ความเสี่ยงสูง หมายถึง มีแนวโน้มสูงที่จะเกิดฟันผุใหม่ ในระยะเวลา ๖ เดือน

≥ ๖ คะแนน = ความเสี่ยงสูงมาก หมายถึง มีแนวโน้มสูงมากที่จะเกิดฟันผุใหม่ ในระยะเวลา ๕๖ เดือน และมีโอกาสเกิดฟันผุใหม่หลายด้าน

ที่มา : ดัดแปลงจาก The Dental Association of Thailand

ภาพประกอบที่ 4 แสดงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

ตารางที่ 1 ผลการตรวจในช่องปากและภาพถ่ายรังสี การวินิจฉัย และการรักษา

ซี่ฟัน	สภาพฟัน	วินิจฉัย	แผนการรักษา
55	(OM) ฟันผุทะลุประสาทฟัน, ปวดเวลาเศษอาหารติด	reversible pulpitis	may be pulpotomy + ssc
54	(OD) ฟันผุเนื้อฟัน, ไม่มีอาการ	dental caries	filling Cl.II
53	Sound	sound tooth	-
52	(La) ฟันผุเคลือบฟัน, ไม่มีอาการ	enamel caries	fluoride
51	(La) ฟันผุเคลือบฟัน, โยกระดับ 1, ไม่มีอาการ	enamel caries	fluorude
61	(La) ฟันผุเคลือบฟัน, โยกระดับ 1, ไม่มีอาการ	enamel caries	fluoride
62	(La) ฟันผุเคลือบฟัน, ไม่มีอาการ	enamel caries	fluoride
63	Sound	sound tooth	-
64	(O) ผุเคลือบฟัน, ไม่มีอาการ	enamel caries	fluoride
65	(M) ฟันผุเนื้อฟัน, (O) ฟันผุทะลุประสาทฟันปวดเวลาเศษอาหารติด	reversible pulpitis	may be pulpotomy + ssc
36	sound tooth, partial eruption, deep pit & fissure	partial eruption with deep pit & fissure	sealant when fully erupted
75	(OM) ฟันผุลึก, ไม่มีอาการ	dental caries	filling or pulpotomy + SSC
74	(OD) ฟันผุลึก, ไม่มีอาการ	dental caries	filling or pulpotomy + SSC
73, 72	sound tooth	sound tooth	-
71	sound tooth, โยกระดับ 1, ไม่มีอาการ	physiologic mobility	-
81	3 degree physiologic mobility	prolong retention	extraction
41	sound tooth, Partial eruption	sound tooth	-
82, 83	sound tooth	sound tooth	-
84	(OD) ฟันผุเนื้อฟัน, ไม่มีอาการ	dental caries	filling Cl.II
85	(M) ฟันผุเนื้อฟัน, ไม่มีอาการ	dental caries	filling Cl.II
46	sound tooth, Partial eruption, deep pit & fissure	partial eruption with deep pit & fissure	sealant when fully erupted

การวางแผนการรักษา

วางแผนการรักษาโดยแบ่งเป็น 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของโรคทางระบบ (systemic phase) ผู้ป่วยเคยเป็นหอบหืด แต่อากาศคงที่แพทย์สั่งหยุดยาแล้ว จึงไม่มีการจัดการในระยะนี้

ระยะที่ 2 ระยะเร่งด่วน (urgent phase) เป็นการขจัดปัญหาฉุกเฉินทางทันตกรรม ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ปัญหาสำคัญที่ผู้ปกครองพามาพบทันตแพทย์ คือ ปัญหาฟันหน้าล่างขึ้นซ้อน โดยในระยะนี้ทำการรักษาอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ คือ ถอนฟันซี่ 81 ร่วมกับการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อเตรียมพร้อมความร่วมมือสู่ขั้นตอนการรักษาในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะควบคุมโรค (disease control phase) เป็นการจัดการกับโรคในช่องปาก

ที่มีอยู่ทั้งหมด มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมการลุกลามของโรค รวมถึงการป้องกันการเกิดโรคขึ้นใหม่ด้วย ในผู้ป่วยรายนี้ได้วางแผนขัดฟัน เคลือบฟลูออไรด์ อุดฟันซี่ 54 84 85 อุดฟันหรือรักษารากฟัน 74 75 และรักษารากฟัน 55 65

ระยะที่ 4 การประเมินสภาพซ้ำ (re-evaluation) เป็นกระบวนการที่ดำเนินต่อไปตลอดการรักษา เป็นเวลาที่เหมาะสมในการพิจารณาเลือกแผนการบูรณะฟื้นฟูสภาพที่เป็นไปได้ในสภาพช่องปากที่ปรากฏ

ระยะที่ 5 ระยะบูรณะฟื้นฟู (corrective phase) ระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อฟื้นฟูช่องปากให้เหมือนกับก่อนเกิดโรค ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการทำครอบฟันเหล็กไร้สนิม (ssc) เพื่อให้ฟันที่รักษารากแล้วสามารถทำหน้าที่ในช่องปากได้

ระยะที่ 6 ระยะคงสภาพ (maintenance phase) เป็นระยะสุดท้ายของการรักษา เพื่อคงสภาพช่องปากที่ดีให้อยู่ในระยะยาว

เมื่อนำแผนการรักษาในระยะต่างๆ มาปรับร่วมกับการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาโดยแบ่งเป็น quadrant ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็กมีวัตุประสงค์เพื่อ ลดจำนวนครั้งที่จะฉีดยาชา ลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล บริหารเวลาในการให้การรักษาดีขึ้น เช่น ใส่แผ่นยางกันน้ำลายครั้งเดียว สามารถทำฟันได้หลายซี่พร้อมกัน ช่วยให้การรักษาประสบความสำเร็จสูงขึ้น ในผู้ป่วยรายนี้ได้วางแผนการรักษาเป็น 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ขัดฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ให้ทันตสุขศึกษาเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และถอนฟันซี่ 81 ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่ผู้ปกครองพามาพบทันตแพทย์ และฟันแท้ซี่ 41 ขึ้นมาในช่องปากมากแล้ว

ครั้งที่ 2 เริ่มทำงานง่ายๆด้วยการบูรณะฟัน โดยการอุดฟันซี่ 84,85 (class II composite filling on 84(OD), 85(OM))

ครั้งที่ 3 class II composite filling on 74(OD), 75(OM) หรือ pulpotomy + ssc เน้นย้ำการดูแลสุขภาพช่องปาก

ครั้งที่ 4 class II composite filling on 54(OD), pulpotomy + ssc on 55

ครั้งที่ 5 pulpotomy + ssc on 65 และเน้นย้ำการดูแลสุขภาพช่องปากอีกครั้ง

ติดตามผลการรักษา 1, 3, และ 6 เดือน ร่วมกับการเคลือบฟลูออไรด์

ขั้นตอนการรักษา

ครั้งที่ 1 - ขัดฟันและเคลือบฟลูออไรด์

- ถอนฟันซี่ 81

- Behavior (-) กลัว ร้องไห้น้ำตาซึม ไม่ดิ้น ไม่โวยวาย แต่ไม่ยอมขึ้นเตียงทำฟัน พูดกล่อมจึงยอมขึ้นเตียงทำฟัน ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) ขณะฉีดยาชา สามารถร่วมมือได้บ้าง วันนี้ยังไม่สามารถให้ความร่วมมือในการถ่ายภาพในช่องปากและถ่ายภาพรังสีได้ คุณยายนั่งด้วยที่เตียงทำฟัน

ครั้งที่ 2 - class II composite filling on 84(OD), 85(OM)

- Behavior (+) ท่าทางวิตกกังวลเล็กน้อย แต่ยอมขึ้นเตียงทำฟันเองได้ ใช้วิธี บอก-แสดง-ทำ (Tell Show Do : TSD) ร่วมมือดีขึ้นมาก นอนนิ่งเรียบร้อยขณะทำการอุดฟัน วันนี้ยังคงให้คุณยายนั่งด้วยที่เตียงทำฟัน สามารถให้ความร่วมมือในการถ่ายภาพได้

ครั้งที่ 3 - class II composite filling on 74(OD)

- pulpotomy + ssc on 75 เนื่องจากเมื่อทำการกรอรอยผุแล้วพบมีการทะลุโพรงประสาทฟัน จึงแจ้งผู้ปกครองขอเปลี่ยนแผนการรักษาจากเดิมอุดฟันเป็นการรักษารากฟันน้ำนม

- เน้นย้ำการดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้ป่วยและผู้ปกครองอีกครั้ง

- Behavior (+) ร่วมมือดีขึ้นมาก ใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจขณะฉีดยาชา ร้องไห้เล็กน้อย ไม่ดิ้น หลังฉีดยาชาเสร็จหยุดร้องดี ร่วมมือดีขณะทำการรักษา คุณยายนั่งรอในห้อง

ครั้งที่ 4 - class II composite filling on 54(OD)

- pulpotomy + ssc on 55

- Behavior (++) ร่วมมือดีขึ้นมาก ใช้วิธีจัดการพฤติกรรมแบบ TSD ร่วมมือดีขณะทำการรักษา คุณยายนั่งรอในห้อง หลังทำเสร็จยิ้มแย้มอารมณ์ดี

ครั้งที่ 5 - pulpotomy + ssc on 65

- sealant on 46 (เนื่องจากครั้งนี้พบว่าฟันขึ้นเต็มซี่แล้ว)

- เน้นย้ำการดูแลสุขภาพช่องปากอีกครั้ง

- Behavior (++) ร่วมมือดีมาก ใช้วิธีจัดการพฤติกรรมแบบ TSD ร่วมมือดีตลอดที่ทำการรักษา คุณยายนั่งรอในห้อง หลังทำเสร็จยิ้มแย้มอารมณ์ดี

- ติดตามผลการรักษา 1, 3, และ 6 เดือน ร่วมกับการเคลือบฟลูออไรด์

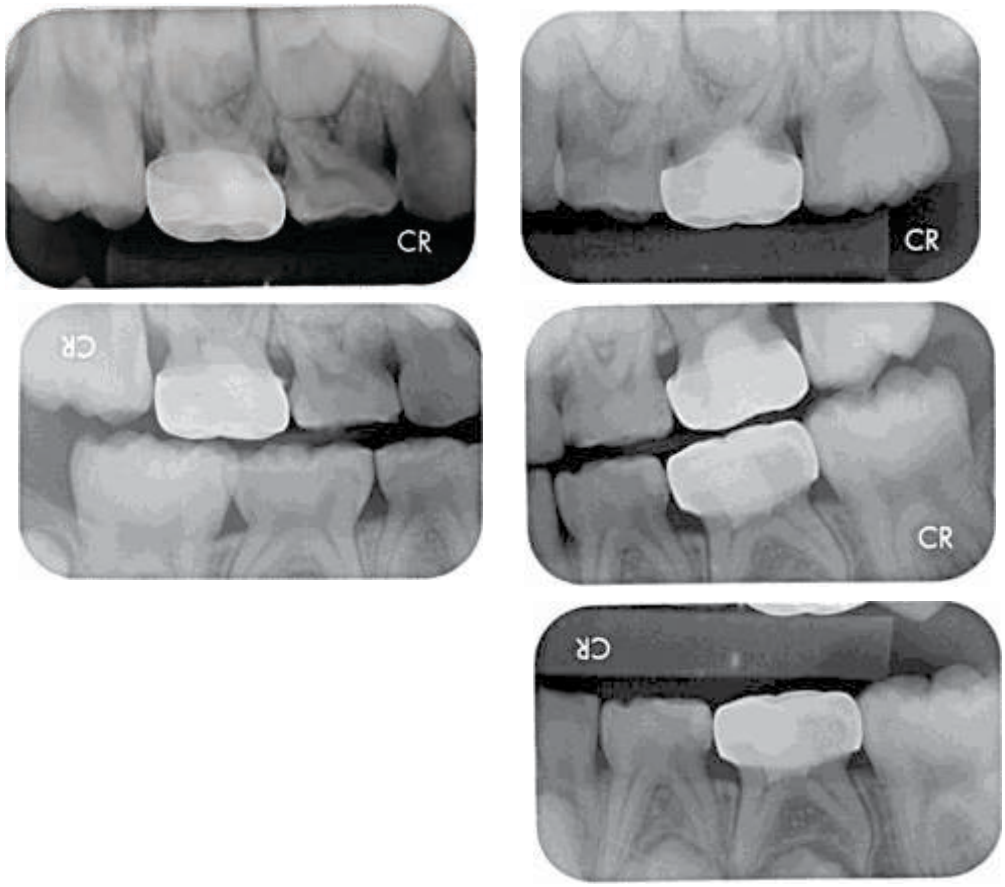
ผลการรักษา

การติดตามผลหลังการรักษา 3 เดือน พบว่าฟันทุกซี่ในช่องปากที่ได้รับการบูรณะอยู่ในสภาพดี ฟันที่รักษารากฟันน้ำนมไม่มีอาการปวด ครอบฟันเหล็กไร้สนิมยังอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ปกติ การทำความสะอาดในช่องปากทำได้ดีขึ้น โดยผู้ปกครองช่วยแปรงฟันซ้ำให้ทุกครั้งหลังผู้ป่วยแปรงเองทั้งตอนเช้าและตอนเย็น

การติดตามผลหลังการรักษา 6 เดือน พบว่า ฟันซี่ 61 หลุดแล้ว มีฟันซี่ 21 กำลังขึ้นในช่องปาก ฟันที่ได้รับการบูรณะยังอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้ตามปกติ ฟันที่มีการผุชั้นเคลือบฟัน (enamel caries) ไม่มีการผุลุกลามเพิ่ม ยังคงดูแลสุขอนามัยในช่องปากได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนรักษา ยังคงทานขนมหวานแต่ลดน้อยลง ไม่พบฟันผุเพิ่มเติมในช่องปาก



ภาพประกอบที่ 5 แสดงลักษณะภายในช่องปากภายหลังการรักษา 6 เดือน



ภาพประกอบที่ 6 แสดงภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical film) และภาพถ่ายรังสีแบบกัดปีก (bite wing) ภายหลังการรักษา 6 เดือน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยในรายงานผู้ป่วยเฉพาะรายนี้ เป็นเด็กวัยเรียนตอนต้นที่มีภาวะฟันผุหลายตำแหน่งและจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมหลายขั้นตอน ทั้งการอุดฟัน การรักษาโพรงประสาทฟันในฟันน้ำนม และการบูรณะด้วยครอบฟันเหล็กไร้สนิม (ssc) ซึ่งถือเป็นการรักษาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในระดับสูง โดยเฉพาะในเด็กที่มีความวิตกกังวลต่อการทำฟัน การวางแผนรักษาแบบค่อยเป็นค่อยไป แบ่งการรักษาเป็น quadrant ร่วมกับการจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการรักษา[7]

จากการประเมินพฤติกรรมครั้งแรก ผู้ป่วยมีความกลัว วิตกกังวล ร้องไห้น้ำตาซึม และไม่ยอมขึ้นเตียงทำฟัน แม้จะไม่มีพฤติกรรมดิ้นหรือก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งสามารถจัดตามแบบประเมินพฤติกรรมของแฟรงเคิล (Frankl behavioral rating scale) อยู่ในระดับ 2 (negative) กล่าวคือ มีความวิตกกังวลและไม่เต็มใจต่อการรักษา แต่ยังสามารถสื่อสารและปรับพฤติกรรมได้เมื่อได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม[41] ปัจจัยสำคัญที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์เดิมต่อการรักษาทางทันตกรรม เป็นต้น ซึ่งพบได้บ่อยในเด็กวัยเรียนตอนต้น[8]

ในการรักษาครั้งแรก เลือกเริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยและสร้างประสบการณ์เชิงบวกก่อน โดยเริ่มจากการขัดฟันและเคลือบฟลูออไรด์ร่วมกับการถอนฟันซึ่งเป็นอาการสำคัญที่ผู้ปกครองพามาพบทันตแพทย์ อีกทั้งฟันแท้ขึ้นซ้อนมามากแล้ว พร้อมใช้เทคนิคการพูดกล่อมและการเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction technique) ขณะฉีดยาชา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการรักษาได้บ้าง แม้ยังไม่สามารถให้ความร่วมมือในการถ่ายภาพรังสีและถ่ายภาพในช่องปากได้ ทั้งนี้การให้คุณยายนั่งร่วมข้างเตียงทำฟันในระยะแรกมีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลจากการถูกแยกกับผู้ปกครอง (separation anxiety) และเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยแก่ผู้ป่วยด้วย[7]

ภายหลังจากการรักษาครั้งแรก พบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในการรักษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือในการอุดฟันได้ดีหลังใช้เทคนิคบอก แสดง ทำ (Tell Show Do : TSD) ซึ่งเป็นเทคนิคมาตรฐานที่ช่วยลดความกลัวจากสิ่งที่ไม่คุ้นเคย และเพิ่มความสามารถในการคาดการณ์ขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วย[7,9] นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถให้ความร่วมมือในการถ่ายภาพในช่องปากได้ แสดงให้เห็นถึงการเริ่มสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับทันตแพทย์

ในการรักษาครั้งที่ 3 ระหว่างกรอรอยผุของฟันซี่ 75 พบว่ามีการทะลุโพรงประสาทฟัน ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากการอุดฟันเป็นการทำพัลโพโตมี (pulpotomy) และบูรณะด้วยครอบฟันเหล็กไร้สนิม ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของการวางแผนรักษาแบบยืดหยุ่นตามสภาพทางคลินิกจริง การเลือกทำพัลโพโตมีในฟันน้ำนมที่เนื้อเยื่อโพรงฟันยังมีชีวิต (vital pulp) และไม่มีพยาธิสภาพปลายราก ถือเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับและมีอัตราความสำเร็จสูง หากได้รับการบูรณะอย่างเหมาะสมด้วยครอบฟันเหล็กไร้สนิม[10] นอกจากนี้การเลือกใช้ครอบฟันเหล็กไร้สนิมภายหลังการรักษาประสาทฟันในฟันน้ำนม มีความเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีฟันผุหลายด้านและมีความเสี่ยงฟันผุสูง เนื่องจากครอบฟันเหล็กไร้สนิมมีคุณสมบัติครอบคลุมผิวฟันทั้งซี่ ลดโอกาสการเกิดฟันผุซ้ำ (secondary caries) และมีอัตราความสำเร็จระยะยาวดีกว่าวัสดุบูรณะทั่วไปในฟันน้ำนม[11]

พฤติกรรมของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจนในการรักษาครั้งที่ 4 และ 5 โดยสามารถให้ความร่วมมือในระดับดีมาก (Frankl ระดับ 4) ยอมรับการรักษานอนนิ่ง และมีอารมณ์ดีหลังทำการรักษา แม้ในหัตถการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและใช้เวลาในการรักษานาน เช่น พัลโพโตมี และใส่ครอบฟันเหล็กไร้สนิม สะท้อนให้เห็นว่าการสร้างประสบการณ์เชิงบวกอย่างต่อเนื่อง การใช้เทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ดี สามารถช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติของเด็กต่อการทำฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7,9]

อีกทั้งยังมีการให้ทันตสุขศึกษาและเน้นย้ำการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นระยะในระหว่างการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะฟันผุหลายตำแหน่งมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุซ้ำสูง การติดตามผลการรักษาร่วมกับการเคลือบฟลูออไรด์ทุก 3 และ 6 เดือน จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดรอยโรคใหม่และประเมินความสำเร็จของการรักษาในระยะยาว[12]

รายงานผู้ป่วยเฉพาะรายนี้แสดงให้เห็นว่าการดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง จำเป็นต้องอาศัยทั้งการวางแผนรักษาที่เหมาะสม การเลือกวิธีบูรณะที่มีประสิทธิภาพ และการจัดการพฤติกรรมเด็กอย่างเป็นระบบ การสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจและประสบการณ์เชิงบวกอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่เริ่มต้นด้วยความกลัวและไม่ให้ความร่วมมือ พัฒนาไปสู่การยอมรับและร่วมมือในการรักษาได้ดี ซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาและคุณภาพชีวิตทางสุขภาพช่องปากในระยะยาวได้

การอภิปราย

ผู้ป่วยในรายงานผู้ป่วยเฉพาะรายนี้เป็นเด็กวัยเรียนตอนต้นที่มีภาวะฟันผุหลายตำแหน่ง (multiple carious lesions) และมีความเสี่ยงโรคฟันผุอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งการรักษาทางทันตกรรม การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้แนวทางการรักษาสอดคล้องกับคำแนะนำของ American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) ที่แนะนำให้ผู้ป่วยเด็กที่มีความเสี่ยงฟันผุสูงได้รับการดูแลแบบบูรณาการ (comprehensive oral health care) มากกว่าการรักษาเฉพาะตำแหน่งของโรค[7]

จากการประเมินครั้งแรก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในระดับ 2 (negative) ตามแบบประเมินพฤติกรรมของแฟรงเคิล โดยแสดงอาการกลัว ร้องไห้ และไม่ยอมขึ้นเตียงทำฟัน แม้จะไม่มีพฤติกรรมต่อต้านรุนแรง เช่น ดิ้นหรือก้าวร้าว แต่พฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะของเด็กวัยเรียนตอนต้นที่ยังมีความกลัวต่อสิ่งที่ไม่คุ้นเคยและมีความวิตกกังวลต่อการรักษาทางทันตกรรม โดยเฉพาะเมื่อยังไม่เคยมีประสบการณ์เชิงบวกมาก่อน[8,13]

การเลือกเริ่มต้นด้วยหัตถการที่ไม่ซับซ้อน ได้แก่ การขัดฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ และการถอนฟันที่มีข้อบ่งชี้ ร่วมกับการใช้เทคนิค การเบี่ยงเบนความสนใจ และการให้ผู้ดูแลอยู่ร่วมในระยะเริ่มต้น เป็นการสร้างความไว้วางใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นแนวทางที่ AAPD แนะนำให้ใช้เป็นพื้นฐานของการจัดการพฤติกรรมเด็ก[9]

เมื่อผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและทีมรักษา จึงนำเทคนิคบอก แสดง ทำ มาใช้ในครั้งต่อ ๆ ไป ส่งผลให้ระดับความร่วมมือของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก Frankl ระดับ 2 เป็นระดับ 3 และ 4 ในการรักษาครั้งหลัง ๆ สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็ก สามารถเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบให้เป็นประสบการณ์เชิงบวกและช่วยลดความกลัวต่อการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9,10]

ด้านการรักษาทางคลินิก ผู้ป่วยได้รับการอุดฟันด้วยเรซินคอมโพสิตในฟันที่สามารถบูรณะได้ และได้รับการรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมด้วยวิธีพัลโพโตมีร่วมกับการบูรณะครอบฟันเหล็กไร้สนิม ในฟันที่มีรอยผุลึกและมีรอยทะลุโพรงประสาทระหว่างการกำจัดรอยผุ การตัดสินใจเปลี่ยนแผนการรักษาในระหว่างหัตถการสะท้อนถึงการประเมินสภาพฟันตามข้อเท็จจริงทางคลินิกและการใช้วิจารณญาณทางวิชาชีพอย่างเหมาะสม โดยมีการแจ้งข้อมูลและขอความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนดำเนินการรักษา ซึ่งการเลือกทำพัลโพโตมีร่วมกับครอบฟันเหล็กไร้สนิมถือเป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับฟันกรามน้ำนมที่มีชีวิต (vital pulp) และสามารถบูรณะได้เนื่องจากครอบฟันเหล็กไร้สนิมมีความแข็งแรง ครอบคลุมผิวฟันทั้งซี่ ลดโอกาสการแตกหักและการเกิดฟันผุซ้ำ อีกทั้งมีอัตราความสำเร็จในระยะยาวสูงกว่าวัสดุบูรณะชนิดอื่นในฟันน้ำนม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฟันผุสูง[12,14]

อีกประเด็นที่สำคัญของรายงานผู้ป่วยนี้ คือ การให้ความสำคัญกับการดูแลเชิงป้องกันควบคู่กับการรักษา ได้แก่ การเคลือบฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน การให้คำแนะนำเรื่องการแปรงฟัน การควบคุมการบริโภคน้ำตาล และการให้สุขศึกษาแก่ผู้ปกครองทุกครั้งที่มารับบริการ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการการจัดการฟันผุตามระดับความเสี่ยงและรอยโรคฟันผุ ที่มุ่งลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยป้องกันควบคู่กับการรักษารอยโรค[15]

การติดตามผลที่ 1, 3 และ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด บวม หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา วัสดุบูรณะและครอบฟันเหล็กไร้สนิมอยู่ในสภาพใช้งานได้ดี สุขอนามัยช่องปากดีขึ้น และผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาและการตรวจติดตามได้เป็นอย่างดี แสดงให้เห็นว่า

การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมร่วมกับการจัดการพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถเพิ่มทั้งความสำเร็จของการรักษาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กในระยะยาว

สรุป

การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียนตอนต้นที่มีฟันผุหลายตำแหน่ง จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้ด้านการประเมินความเสี่ยงโรคฟันผุ การวางแผนรักษาเชิงอนุรักษ์ การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การบูรณะฟันที่เหมาะสม และการจัดการพฤติกรรมเด็กควบคู่กันไป การเลือกใช้เทคนิคการจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสมตามระดับพัฒนาการของผู้ป่วย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองสามารถช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความร่วมมือ และทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาที่มีความซับซ้อนได้จนเสร็จสมบูรณ์

ในรายงานผู้ป่วยนี้ ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านความร่วมมือจาก Frankl ระดับ 2 เป็นระดับ 4 ตลอดกระบวนการรักษา พร้อมกับได้รับการบูรณะสุขภาพช่องปากครบถ้วน ทั้งการอุดฟัน การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การบูรณะด้วยครอบฟันเหล็กไร้สนิม การเคลือบหลุมร่องฟัน และการดูแลเชิงป้องกัน ส่งผลให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และสามารถติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นว่า การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวม (comprehensive oral care) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะฟันผุหลายตำแหน่ง โดยไม่เพียงมุ่งเน้นการรักษารอยโรคเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างประสบการณ์เชิงบวก ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม และลดโอกาสการเกิดโรคฟันผุซ้ำในระยะยาว ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมเด็กในโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิได้

เอกสารอ้างอิง

1.Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. Lancet. 2007;369(9555):51–9.
2.Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31 Suppl 1:3–24.
3.Fejerskov O, Kidd E. Dental Caries: The Disease and Its Clinical Management. 2nd ed. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2008.
4.Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields HW, McTigue DJ, Nowak AJ. Pediatric Dentistry: Infancy through Adolescence. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2013.
5.Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries. J Dent Res. 2015;94(5):650–8.
6.American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Guideline on caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. Pediatr Dent. 2023;45(6).
7.American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatr Dent. 2023;45(6):292-310.
8.Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents: a systematic review. Eur J Paediatr Dent. 2017;18(2):121-30.
9.Wright GZ, Kupietzky A. Behavior management in dentistry for children. 3rd ed. Hoboken: Wiley Blackwell; 2018.
10.American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. Pediatr Dent. 2023;45(6):384-99.

11.Seale NS, Randall R. The use of stainless steel crowns: systematic review. Pediatr Dent. 2015;37(2):145-60.

12.สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2566.

13.Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operatory? J Dent Child. 1962;29:150-63.

14.Seale NS, Randall R. Stainless steel crowns in primary molars: survival outcomes. Pediatr Dent. 2015;37(2):145-60.

15.The Dental Association of Thailand. Guideline on caries risk assessment and management. The Journal of Dental Association of Thailand. Bangkok, Thailand. 2023;73(4):232-249.

การพยาบาลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus and Dementia: A Two-Case Study.

(Received: July 12,2026 ; Revised: July 15,2026 ; Accepted: July 17,2026)

ภารดี อุบลพันธุ์[1]
Pharadee Ubonphan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้การประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยแบบประเมิน Mini-Mental State Examination Thai 2002 (TMSE) แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q และ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง และมีโรคร่วมได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลให้มีความบกพร่องในการจัดการตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (2Q positive และ TGDS 15 คะแนน) ภายหลังได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบองค์รวม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามต่อเนื่องและการดูแลแบบสหวิชาชีพ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยค่า HbA1c ลดลงจาก 8.1% เหลือ 5.5% และสามารถยุติการใช้อินซูลินได้ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ค่า HbA1c ยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองและการควบคุมอาหาร

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ภาวะสมองเสื่อม, กระบวนการพยาบาล, การดูแลแบบสหวิชาชีพ

Abstract

This comparative case study aimed to examine the nursing process in older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus and dementia by applying Gordon's 11 Functional Health Patterns in conjunction with evidence-based nursing practice. The study was conducted at the Geriatric Clinic, Phon Hospital, Khon Kaen Province, Thailand, between October 2024 and June 2025. Two older adults diagnosed with uncontrolled type 2 diabetes mellitus and moderate dementia were included. Data were collected from patient records, medical charts, laboratory investigations, direct observation, and interviews with patients and their caregivers. Standardized assessment tools included the Mini-Mental State Examination Thai 2002 (TMSE), Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), the Two-Question Depression Screening Test (2Q), and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). The collected data were used to identify nursing diagnoses, develop individualized nursing care plans, implement nursing interventions, and evaluate nursing outcomes.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

The findings revealed that both patients had uncontrolled type 2 diabetes mellitus with moderate dementia and multiple comorbidities, including hypertension, dyslipidemia, and stage 3 chronic kidney disease, resulting in impaired self-management and poor glycemic control. Case 1 also presented with depressive symptoms (positive 2Q screening and a TGDS score of 15). Following the implementation of the nursing process, comprehensive health assessment based on Gordon's Functional Health Patterns, evidence-based nursing interventions, continuous follow-up, caregiver education, and multidisciplinary care, Case 1 achieved substantial improvement in glycemic control, with HbA1c decreasing from 8.1% to 5.5%, allowing discontinuation of insulin therapy. In Case 2, fasting blood glucose levels progressively improved; however, HbA1c remained above the target level because of persistent limitations in self-management and dietary adherence.

Keywords: older adults, type 2 diabetes mellitus, dementia, nursing process, evidence-based nursing practice; multidisciplinary care.

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายชนิด ซึ่งส่งผลให้การดูแลรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก โดยข้อมูลจาก International Diabetes Federation (IDF) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ใหญ่ทั่วโลกที่เป็นโรคเบาหวานประมาณ 589 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต[1] ขณะเดียวกันภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 57 ล้านคน และพบผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 10 ล้านคนต่อปี[2] สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผ่านนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการคัดกรองภาวะเสี่ยง การค้นหาภาวะสมองเสื่อม และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน[3] จากแนวโน้มดังกล่าว ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะรายอย่างเป็นระบบ[4]

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน โดยเฉพาะความสามารถในการจัดการโรคด้วยตนเอง เช่น การรับประทานยา การฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และการมาตรวจตามนัด ภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท[4] นอกจากนี้ยังเพิ่มภาระของครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการจัดการสุขภาพประจำวัน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนผู้ดูแล และการจัดระบบบริการแบบต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[5]

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ ความบกพร่องด้านการรู้คิด พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ความรู้ในการจัดการโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แนวทางการแก้ไขที่ผ่านมา ได้แก่ การจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การ

ปรับยาและอินซูลิน การให้สุขศึกษา การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพตามแนวคิด Chronic Care Model[6] อย่างไรก็ตาม วิธีการดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความจำ การเรียนรู้ และการตัดสินใจ ทำให้ไม่สามารถจัดการโรคได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องเพิ่มบทบาทของครอบครัว ผู้ดูแล และระบบติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย[4,5,6,15]

โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุในพื้นที่ จากข้อมูลการดำเนินงานพบว่า จำนวนผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ.2565-2568 จำนวน30, 103, 145, 266 ราย ในปี พ.ศ.2568 สะท้อนถึงการเข้าถึงระบบบริการผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และพบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2565-2568 จำนวน 3, 28, 52, 89 ราย ตามลำดับ โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 36 ในปี พ.ศ.2568[7]นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และมีความบกพร่องด้านการรู้คิด พบปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง การลืมฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหารไม่ได้ และต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการจัดการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้และแนวทางการพยาบาลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้สูงอายุป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา 2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) เลือกแบบเจาะจง เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วย การดำเนินของโรค การรักษา การใช้กระบวนการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล ของการพยาบาลผู้สูงอายุป่วยเบาหวานชนิดที่ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา 2 ราย เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลพล ผู้ป่วยรายที่ 1 เข้าสู่กระบวนการดูแลตั้งแต่เดือน 1 เมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือน 31 มกราคม พ.ศ. 2569 โดยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้ง ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เข้าสู่กระบวนการดูแลตั้งแต่เดือน 1เมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือน 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยได้รับการติดตามจำนวน 4 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกอาการสำคัญ ข้อมูลจากเวชระเบียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสังเกต การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา การใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอน[8]

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

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

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 63 ปี มีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a ได้รับการรักษาโรคเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ต่อมาพบว่าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FBS 250–285 mg/dL, HbA1c 8.1%) ร่วมกับมีอาการหลงลืมเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เช่น ลืมรับประทานอาหาร ลืมรับประทานยา และต้องได้รับการกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินที่คลินิกผู้สูงอายุผู้ป่วยโดยมีบุตรชายและลูกสะใภ้ เป็นผู้ช่วยดูแลและเตรียมยาให้ทุกวัน ผลการประเมินพบว่า TMSE เท่ากับ 12/30 คะแนน แสดงถึงภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับปานกลาง แม้ว่าจะสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรพื้นฐานได้ (ADL 100 คะแนน) แต่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน (IADL 2คะแนน) ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชายและลูกสะใภ้ ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 67 ปี มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a เดิมรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อมามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบว่ามีการใช้ยาไม่ถูกต้องจากการประเมินของเภสัชกร จึงได้รับการส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า FBS อยู่ระหว่าง 385–501 mg/dL และ HbA1c สูงถึง 11.2% มีคะแนน TMSE 18/30 คะแนน แสดงถึงภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรพื้นฐานได้ (ADL 100 คะแนน) แต่ยังต้องได้รับการกำกับเรื่องการใช้ยาและการฉีดอินซูลิน (IADL 3/8) ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อายุ / เพศ	หญิง อายุ 63 ปี	หญิง อายุ 67 ปี
สถานภาพ	หม้าย	สมรส
การศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 4
ผู้ดูแลหลัก	บุตรชายและลูกสะใภ้	สามี
โรคร่วม	DM, HT, Dyslipidemia, CKD stage 3a	DM, HT, Dyslipidemia, CKD stage 3a
FBS	285 mg/dL	385 mg/dL (สูงสุด 501 mg/dL)
HbA1c	8.1%	11.2%
eGFR	47.8 mL/min/1.73 m²	46.9–58 mL/min/1.73 m²
TMSE	12/30 คะแนน	18/30 คะแนน
ADL	100 คะแนน	100 คะแนน
IADL	2–3/8 คะแนน	3/8 คะแนน
การรักษา	Metformin 1×2 o pc, Amlodipine 1×1o pc, Simvastatin 1×1 o hs. Insulin Mixtard 70/30 20-0-16 u Sc.	Metformin 1×2 o pc. Insulin Mixtard 70/30 22-0-14 u Sc. Amlodipine1×1o pc
ผลลัพธ์หลังติดตาม	HbA1c ลดเหลือ 5.5% จนสามารถหยุดอินซูลินได้	FBS ลดลงต่อเนื่อง แต่ HbA1c ยังสูง (11.2%) ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าป่วยเป็นเบาหวาน แต่ลืมรับประทานยา ลืมฉีดอินซูลิน และจัดการตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งบุตรชายและลูกสะใภ้ดูแล	รับรู้โรคในระดับจำกัด ใช้ยาไม่ถูกต้อง ควบคุมโรคไม่ได้ ต้องอาศัยสามีช่วยจัดยาและดูแล

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนกับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 22.67 รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ชอบอาหารหวาน ของทอด และรับประทานไม่เป็นเวลา	น้ำหนัก 43 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 19.11 ควบคุมอาหารไม่ได้ รับประทานข้าวและผลไม้หวานเกินปริมาณที่แนะนำ
3.การขับถ่าย	ขับถ่ายปกติ ไม่มีปัญหาปัสสาวะหรืออุจจาระ	ขับถ่ายปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบขับถ่าย
4. กิจวัตรประจำวัน	ADL 100 คะแนน, IADL 2/8 ออกกำลังกายน้อย เนื่องจากอ่อนเพลียและข้อเข่าเสื่อม	ADL 100 คะแนน, IADL 3/8 ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับไม่สนิท ตื่นกลางดึกจากความกังวลและอาการของโรค	นอนหลับยาก ตื่นเช้า คุณภาพการนอนลดลง
6. สติปัญญาและการรับรู้	TMSE 12/30 มีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับปานกลาง ลืมยาและลืมนัด	TMSE 18/30 มีภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ใช้ยาไม่ถูกต้อง
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศ	ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	มีความกังวลต่อโรค แต่ยังยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือ
8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	บุตรชายและลูกสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลัก ครอบครัวให้ความร่วมมือดี	สามีเป็นผู้ดูแลหลัก แต่ระยะแรกยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
9. เพศและการเจริญพันธุ์	อยู่ในวัยสูงอายุ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์	อยู่ในวัยสูงอายุ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์
10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด	มีความเครียดจากการพึ่งพาผู้อื่นและการควบคุมโรคไม่ได้ 2Q+, TGDS 15	มีความกังวลเกี่ยวกับโรค ใช้การพักผ่อนและการยอมรับโรคในการเผชิญปัญหา
11. ค่านิยมและความเชื่อ	เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของวัยและกรรมเก่า จึงละเลยการดูแลสุขภาพบางส่วน	เชื่อว่าการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ช่วยควบคุมโรคได้ แต่ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเรื่องอาหาร

ตารางที่ 3 การติดตามผลทางคลินิกของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ระยะติดตาม	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ครั้งที่ 1 25 เมษายน 2568	FBS 135 mg/dL HbA1c 8.1% TMSE 12/30 ADL 100 คะแนน IADL 2/8 เริ่มประเมินภาวะสมองเสื่อม พบลืมรับประทานยาและลืมฉีดอินซูลิน วางแผนให้บุตรชายและลูกสะใภ้มีส่วนร่วมในการดูแล	FBS 179 mg/dL HbA1c 8.5% TMSE 18/30 ADL 100 คะแนน IADL 3/8 พบใช้ยาไม่ถูกต้อง มีความเข้าใจโรคจำกัด เริ่มให้สุขศึกษาและวางแผนติดตามผู้ดูแล
ครั้งที่ 2 พฤษภาคม 2568 (เยี่ยมบ้าน)	เยี่ยมบ้านร่วมทีม COC พบสภาพบ้านเหมาะสม ผู้ดูแลสามารถจัดยาและฉีดอินซูลินให้ได้ แต่ผู้ป่วยยังต้องได้รับการกระตุ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงเน้นการฝึกผู้ดูแล การจัดกล่องยาและการควบคุมอาหาร	เยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยอยู่ลำพังช่วงกลางวัน สามีออกไปทำงาน ญาติให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยรับประทานกล้วยและอาหารหวานโดยไม่ตระหนักถึงผลกระทบ จึงให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่ผู้ดูแลและครอบครัว
ครั้งที่ 3 กรกฎาคม–สิงหาคม 2568	FBS 201 mg/dL ADL 100 คะแนน IADL 3/8 ยังมีปัญหาลืมรับประทานอาหารและยา จึงทบทวนการใช้ยา การฉีดอินซูลิน และเพิ่มการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ	FBS 280 mg/dL HbA1c 12.7% ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แพทย์ส่งพบเภสัชกรเพื่อทบทวนการใช้ยา และกำชับให้นำผู้ดูแลมาร่วมรับคำแนะนำ

ตารางที่ 3 การติดตามผลทางคลินิกของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ระยะติดตาม	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ครั้งที่ 4 ตุลาคม–พฤศจิกายน 2568	FBS 105 mg/dL HbA1c 5.5% TMSE 11/30 ADL 100 คะแนน IADL 3/8 ระดับน้ำตาลควบคุมได้ดีขึ้น แพทย์พิจารณาหยุดอินซูลิน คงการรักษาด้วยยารับประทาน พร้อมติดตามต่อเนื่อง	FBS 135 mg/dL HbA1c 11.2% TMSE 17/30 ADL 100 คะแนน IADL 3/8 ระดับน้ำตาลดีขึ้นเมื่อเทียบกับระยะแรก แต่ HbA1c ยังสูง ต้องคงการรักษา ติดตามผู้ดูแล และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง
ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการติดตาม		
FBS	285 ⟶ 105 mg/dL	501 ⟶ 135 mg/d
HbA1c	8.1 ⟶ 5.5%	11.2 ⟶ 11.2% (แม้ FBS ดีขึ้น แต่ยังสะท้อนการควบคุมระยะยาวไม่ดี
TMSE	12 ⟶ 11 คะแนน (คงที่ในระดับบกพร่องปานกลาง)	18 ⟶ 17 คะแนน(คงที่ในระดับบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง)
ADL	100 ⟶ 100 คะแนน	100 ⟶ 100 คะแนน
IADL	2 ⟶ 3 คะแนน	3 ⟶ 3 คะแนน
ผู้ดูแล	บุตรชายและลูกสะใภ้มีส่วนร่วมต่อเนื่อง	สามีมีบทบาทในการดูแลเพิ่มขึ้นหลังได้รับคำแนะนำ
ผลลัพธ์สำคัญ	ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจนสามารถหยุดอินซูลิน	ระดับน้ำตาลดีขึ้น แต่ยังต้องติดตามอย่างใกล้ชิดและปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพนำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 3 ระยะ ระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจ และระยะหลังตรวจ ดังนี้

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลผิดปกติเนื่องจากมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติเนื่องจากมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ระยะขณะตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับภาวะสมองเสื่อม 2.เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง 3.เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสูงอายุร่วมกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง 4.เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองจากพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อม	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับภาวะสมองเสื่อม 2. เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสูงอายุร่วมกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะหลังตรวจ	1.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 2.เสี่ยงต่อการจัดการภาระของผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อม	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากการปรับเพิ่มยาในขณะที่ผู้ป่วยอาจยังมีทักษะการจัดการตนเองไม่เพียงพอ 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 3. เสี่ยงต่อการจัดการภาระของผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อม

ตารางที่ 5 ตารางกิจกรรมกิจกรรมทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ระยะก่อนตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลผิดปกติเนื่องจากมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง **วัตถุประสงค์** 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้ครบถ้วน 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการดูแล 3. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและพร้อมเข้าสู่กระบวนการรักษา **กิจกรรมการพยาบาล** 1.ประเมินอาการ Hyperglycemia และ Hypoglycemia พร้อมทบทวนผล FBS และ HbA1c ทุกครั้งก่อนพบแพทย์[4] 2. ประเมิน ADL, IADL และ TMSE[4] 3. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลด้วย 2Q/9Q หรือ TGDS[9,10] 4. ประเมินการใช้ยา การฉีดอินซูลิน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5. ประเมินศักยภาพของผู้ดูแลและภาระการดูแล 6. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถาม และร่วมกำหนดเป้าหมายการรักษา
ระยะขณะตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับภาวะสมองเสื่อม 2.เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง (กรณีศึกษาที่ 1) 3.เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสูงอายุร่วมกับพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง 4.เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองจากพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อม (กรณีศึกษาที่ 1) **วัตถุประสงค์** 1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง 3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ตรวจระดับน้ำตาล ความดันโลหิต น้ำหนักตัว และสัญญาณชีพ 2. เฝ้าระวังอาการ Hyperglycemia และ Hypoglycemia 3. ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย

ตารางที่ 5 ตารางกิจกกรมกิจกรรมทางการพยาบาล

ระยะการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	4. ให้ความรู้เรื่องยา การฉีดอินซูลิน อาหาร และการออกกำลังกาย 5. ฝึกผู้ดูแลในการจัดยา การฉีดอินซูลิน และการสังเกตอาการผิดปกติ 6. ใช้การสื่อสารเชิงบำบัด ประเมินภาวะซึมเศร้า และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพ 7. ปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับระดับการรู้คิดของผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการใช้ยาผิดพลาด[4,9]
ระยะหลังตรวจ	1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจากการปรับเพิ่มยาในขณะที่ผู้ป่วยอาจยังมีทักษะการจัดการตนเองไม่เพียงพอ (กรณีศึกษาที่ 2) 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับมีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 3. เสี่ยงต่อการจัดการภาระของผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อม **วัตถุประสงค์** 1. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง 3. ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีภาระการดูแลลดลง **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ติดตาม FBS, HbA1c และ eGFR ตามนัด 2. โทรศัพท์ติดตามหรือเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาล ลดการกลับเข้ารักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเสื่อมของไตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อม [4,10] 3. ทบทวนการรับประทานยา อาหาร และการออกกำลังกาย 4. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individualized Care Plan) 5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและประเมินภาระของผู้ดูแล พร้อมประสานเครือข่ายสุขภาพเมื่อจำเป็น

ประเมินผลทางการพยาบาล

ภายหลังการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการดูแลแบบสหวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้นในหลายด้าน ทั้งด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการจัดการตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ระดับความสำเร็จของผลลัพธ์แตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง และบริบทของครอบครัว

ในระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL) การประเมินการรู้คิด (TMSE) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q และ TGDS) รวมถึงการประเมินการใช้ยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และศักยภาพของผู้ดูแล ส่งผลให้สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ ความวิตกกังวล และข้อจำกัดในการดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาเพิ่มขึ้น มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการรักษา และมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับการให้ข้อมูลและการสื่อสารเชิงบำบัด

ในระยะขณะตรวจ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต น้ำหนักตัว และสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การพลัดตกหกล้ม และภาวะ

ซึมเศร้า รวมถึงได้รับการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาการฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ผลการประเมินพบว่าไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงอย่างรุนแรง ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และไม่พบเหตุการณ์พลัดตกหกล้มระหว่างการติดตามรักษา ผู้ดูแลสามารถจัดยา เตรียมอินซูลิน และสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องและปลอดภัย

ในระยะหลังตรวจ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยทั้งสองรายอย่างชัดเจน กรณีศึกษารายที่ 1 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย โดยค่า FBS ลดลงจาก 285 mg/dL เหลือ 105 mg/dL และค่า HbA1c ลดลงจาก 8.1% เหลือ 5.5% จนแพทย์สามารถยุติการรักษาด้วยอินซูลินและคงการรักษาด้วยยารับประทานได้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถจัดยา กำกับการรับประทานยา และควบคุมอาหารได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังระหว่างการติดตาม

ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 แม้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารจะลดลงจากระดับสูงมากจนอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น แต่ค่า HbA1c ยังคงอยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวยังไม่บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดด้านการจัดการตนเองและพฤติกรรมการบริโภค แม้ว่าผู้ดูแลจะมีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มขึ้นหลังได้รับการสอนและติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องได้รับการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

เมื่อเปรียบเทียบผลการพยาบาลทั้งสองกรณี พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความบกพร่องด้านการรู้คิดเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความพร้อมและศักยภาพของผู้ดูแล ความร่วมมือของครอบครัว การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม การจัดการรายกรณี การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ซึ่งช่วยให้สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิผล

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร่วมกับภาวะสมองเสื่อม จำนวน 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีลักษณะร่วม ได้แก่ การเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคเรื้อรังหลายโรค ประกอบด้วย ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมกับภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง ส่งผลให้ความสามารถในการจัดการตนเองลดลง ทั้งด้านการรับประทานยา การฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร และการมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุของ American Diabetes Association (ADA) ที่แนะนำให้ประเมินด้านการรู้คิด ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้า และบทบาทของผู้ดูแล เพื่อกำหนดเป้าหมายการรักษาเฉพาะรายและลดภาวะแทรกซ้อน[4]

แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะมีโรคร่วมคล้ายคลึงกัน แต่ผลลัพธ์ของการรักษาแตกต่างกันอย่างชัดเจน กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง (TMSE 12/30 คะแนน) ร่วมกับผลคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q positive และ TGDS 15 คะแนน) ซึ่งส่งผลต่อความจำและ

ความสามารถในการจัดการตนเอง อย่างไรก็ตาม ภายหลังการดูแลตามกระบวนการพยาบาล การประเมินแบบองค์รวม การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการดูแลแบบสหวิชาชีพ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยค่า HbA1c ลดลงจาก 8.1% เหลือ 5.5% และสามารถยุติการใช้อินซูลินได้ ในขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 แม้จะมีคะแนน TMSE สูงกว่า (18/30 คะแนน) แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการใช้ยา การควบคุมอาหาร และการจัดการตนเอง ทำให้ค่า HbA1c ยังคงอยู่ในระดับสูง แม้ว่าค่า FBS จะลดลงหลังได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความบกพร่องด้านการรู้คิดเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามอย่างต่อเนื่องร่วมด้วย[4]

ความสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ คือ บทบาทของผู้ดูแล (Caregiver) ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างชัดเจน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีบุตรชายและลูกสะใภ้ที่มีส่วนร่วมในการจัดยา การฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถลดความผิดพลาดจากการลืมรับประทานยาและลืมฉีดอินซูลินได้ ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 แม้จะมีผู้ดูแลหลัก แต่ในระยะแรกยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีจันทร์ทองและคณะ ที่พบว่าการจัดการรายกรณีร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[11] และยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งรายงานว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษาและการควบคุมโรค[12]

ด้านภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าต่อการจัดการโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าแม้ผู้ป่วยรายที่ 1 จะมีคะแนน TMSE ต่ำและมีภาวะซึมเศร้า แต่กลับสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่ารายที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่าความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ของการรักษา หากแต่การสนับสนุนจากครอบครัวและระบบบริการสุขภาพสามารถชดเชยข้อจำกัดดังกล่าวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและฟื้นฟูความจำผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนช่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[13]นอกจากนี้ การศึกษาของ กันต์ธี อนันตพงศ์และคณะ ยังพบว่าความรู้ของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ[14]

ผลการศึกษายังสะท้อนบทบาทสำคัญของพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุในการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ TMSE, ADL, IADL, 2Q และ TGDS ร่วมกับการประเมินตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพยาบาลเฉพาะราย และประสานการทำงานร่วมกับแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และทีมเยี่ยมบ้าน การดำเนินงานดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดความผิดพลาดในการใช้ยา เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา พิศฉลาดและคณะ ที่รายงานว่า HOME Model ซึ่งประกอบด้วยการเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง และการดูแลแบบสหวิชาชีพ สามารถเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง ลดระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ[15]

ดังนั้นเมื่อพิจารณาภาพรวมของผลการศึกษาร่วมกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะสมองเสื่อมไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการบูรณาการหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินแบบองค์รวม การกำหนดแผนการดูแลเฉพาะราย การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดการดูแลแบบ Person-centered care และ Multidisciplinary care ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว [4,9,10,15]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมภาวะสมองเสื่อมแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมการประเมิน การวางแผนการพยาบาล การติดตามผล และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทชุมชน

2. ควรพัฒนาโครงการอบรมหรือเสริมทักษะสำหรับผู้ดูแลและอาสาสมัคร เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเรื่องภาวะสมองเสื่อม และทักษะในการจัดการยาและ อาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยเบาหวาน และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025.
2. World Health Organization. Dementia [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jul 1]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสำหรับระบบบริการสุขภาพประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S1-S282.
5. Chatterjee S, Peters SAE, Harris SB, et al. Diabetes and cognitive impairment in older adults: clinical implications and management approaches. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022;10(6):405-417.
6. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; 2021.
7. หน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลพล. ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. 2568.
8. Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. 13th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2021.
9. World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2023.
10. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(Suppl 4):S1-S150.
11. ดรุณี ศรีจันทร์ทอง, วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, ไพจิตร พุทธรอด. ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2025;48(2):147-162.

12. ปิยะ อภิบาลศรี, เอื้อมพร เชื้อนาข่า, วราภรณ์ โภคสมบัติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดตราด. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2025;10(3):508-520.
13. Opas P, Arunsirot N, Pattarawongthana J, Boonyarittanon N. The development of healthcare model and memory rehabilitation of elderly with dementia by using community-based participation. Community Soc Dev J. 2025;26(1):166-176.
14. Kanthee Anantapong, Nahathai Wongpakaran, Suwanna Setthawatcharawanich, et al. Family carers' knowledge and practices in dementia care for hospitalized older adults: a multi-center cross-sectional study in Thailand. Front Med (Lausanne). 2025;12:1710146.
15. Khanittha Pitchalard, Pawadee Wimolphan, Onnalin Singkhorn, Eva Purkey, Katemanee Moonpanane Feasibility and acceptability of the HOME model to promote self-management among ethnic minority elderly with type 2 diabetes mellitus in rural Thailand: a pilot study. Health Equity. 2022;6(1):629-637.

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด

Effects of a Health Education Program on Knowledge and Self-Care Behaviors for Preventing Febrile Neutropenia in Lymphoma Patients Receiving Chemotherapy.

(Received: July 12,2026 ; Revised: July 15,2026 ; Accepted: July 24,2026)

นันทกานต์ นักผูก[1] ดารานาถ ทองม้วน[2] เพลินตา กุลทรัพย์ธนา[3]
Nantakan Nukpook[1] Daranaat Thongmuan[2] Plernta kullasubthana[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด โปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด โดยอาศัยกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมี ณ บำบัดศูนย์เคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม จำนวน 18 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 18 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1.แบบสอบถามความรู้ และ2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคล และ2) พฤติกรรมดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.01) 2) คะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) 3) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.01) 4) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01)

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษา, ความรู้ ,พฤติกรรมการดูแลตนเอง ,ภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ,ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง , เคมีบำบัด

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of a health education program on knowledge and self-care behaviors for preventing febrile neutropenia in lymphoma patients receiving chemotherapy. The program was developed based on Orem's Self-Care Theory. The sample consisted of lymphoma patients receiving chemotherapy at the Chemotherapy Unit, Mahasarakham Hospital, selected by purposive sampling and divided into two groups: a control group (n = 18) and an experimental group (n = 18). The research instruments were (1) a knowledge questionnaire and (2) a self-care behavior questionnaire for preventing febrile neutropenia, comprising a personal data form and a self-care behavior scale. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results revealed that: (1) after receiving the program, the knowledge scores of the experimental group were significantly higher than before (p = .001); (2) after the program, the knowledge scores of the experimental

[1] พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
[2] ปร.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ Corresponding author: janizzplaygirl@gmail.com
[3] พย.บ.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

group were significantly higher than those of the control group ($p < .001$); (3) after receiving the program, the mean self-care behavior scores of the experimental group were significantly higher than before ($p = .001$); and (4) after the program, the mean self-care behavior scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < .001$).

Keywords: health education program; knowledge; self-care behavior; febrile neutropenia; lymphoma patients; chemotherapy

บทนำ

โรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาเป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่มีความสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรทั่วโลก ทั้งนี้ ข้อมูลระบาดวิทยาในช่วงหลายปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงภาระโรคที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2019 มีรายงานว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตวิทยาใหม่ทั่วโลกมีมากถึง 1.34 ล้านราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทศวรรษถัดไป[1,2] ขณะที่ในประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2568) รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000–183,541 รายต่อปี โดยโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาจัดอยู่ในกลุ่มโรคมะเร็งที่พบบ่อยทั้งในเพศชายและเพศหญิง และยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นของประชากรไทยอย่างต่อเนื่อง[3]

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นแนวทางหลักในการควบคุมและยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยสูตรยาเคมีบำบัดที่ใช้มีความแตกต่างกันตามชนิดของโรคและระยะของการดำเนินโรค[4] ภาวะการกดไขกระดูกดังกล่าวจะทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวในร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (neutropenia) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันบกพร่องและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น[5] ภายใต้บริบทนี้มีการเสริมด้านความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะความสามารถในการสังเกตอาการเตือน การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน และทักษะการล้างมืออย่างถูกต้อง จึงเป็นประเด็นสำคัญที่สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งล้วนช่วยลดความรุนแรงของภาวะไข้ร่วมเม็ดเลือดขาวต่ำและรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่กำหนด

ภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงในผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด[6] ในบริบทประเทศไทย การศึกษาล่าสุดรายงานอุบัติการณ์ของภาวะไข้ร่วมเม็ดเลือดขาวต่ำอยู่ที่ร้อยละ 14.9–17.3 การติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราที่มีอยู่ในร่างกาย รวมถึงการปนเปื้อนจากอาหารและน้ำดื่ม ทั้งนี้ลักษณะอาการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำมักไม่ชัดเจน หรืออาจไม่มีไข้ ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้าและการรักษาเริ่มต้นไม่ทันท่วงที[7] การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการตนเองได้อย่างถูกต้อง ร่วมกับการรับประทานอาหารปลอดเชื้อ การดูแลสุขอนามัยช่องปาก การล้างมืออย่างถูกวิธี และการติดตามต่อเนื่องหลังกลับบ้านซึ่งช่วยเสริมสร้างความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และลดความรุนแรงของการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ[8] ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าวช่วยภาวะเสี่ยงจากการเจ็บป่วยที่อาจก่อให้เกิดภาวะช็อกหรือการเสียชีวิตในระยะสั้น

ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัดในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จึงให้ความสำคัญต่อการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อช่วยลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว จนสามารถกลับมารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามรอบการรักษาที่กำหนดได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง

2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง

4) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง

2) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง

4) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้รูปแบบการวิจัยแบบเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-post test design) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) การคำนวณขนาดตัวอย่างกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .60 จากผลการวิจัยเรื่องผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด[9] จากนั้นนำค่าที่ได้ไปเปิดตารางกำหนดขนาดตัวอย่างจากค่าเฉลี่ย ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 ราย[10] เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 จากจำนวนที่ประเมินได้[11] จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 3 ราย ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 18 ราย จากนั้นจึงทำการจับคู่ (matching) ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันในด้านช่วงอายุ จำนวนสัมบูรณ์ของนิวโทรฟิลและชนิดยาเคมีบำบัด ก่อนจะจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มควบคุม จำนวน 18 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มทดลอง จำนวน 18 ราย ได้รับโปรแกรมโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมี**เกณฑ์การคัดเลือกผู้วิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)** คือ 1)ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองอายุ 18 ปีขึ้นไป 2)ไม่เคยได้รับเคมีบำบัดมาก่อน 3)สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่น และ4)เริ่มรับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก **เกณฑ์การคัดเลือกผู้วิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)** คือ1)เป็นผู้ป่วยใน 2)มีปัญหาทางสายตาหรือการได้ยิน 3)มีปัญหาทางจิตเวชหรือสมอง และ4)มีสมรรถนะร่างกายไม่เหมาะสมต่อการดูแลตนเอง หรือ ECOG > 2 **เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย (Withdrawal criteria)** คือ 1)ขอถอนตัวจากการวิจัย 2)ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด และ3)เสียชีวิต

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยจัดเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 18 ราย เพื่อให้ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มควบคุมจำนวน 18 รายได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสอน เป็นกิจกรรมการให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ 2) การชี้แนะ เป็นกิจกรรมการชี้แนะแนวทางในการตัดสินใจที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และให้ความช่วยเหลือทางโทรศัพท์ในประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) การสนับสนุน เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้จัดสื่อการเรียนรู้ผ่านแผ่นพับและในแอปพลิเคชันไลน์ ส่งเสริมและให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง และ4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นกิจกรรมการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในผู้ป่วยโดยมีการสนทนาทั้งส่วนตัวและแบบกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งมีการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางสนับสนุนการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งได้รับการตรวจความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษตึกผู้ป่วยมะเร็ง 4 คน และแพทย์เชียวชาญโลหิตวิทยา 1 คนและได้ค่าcontent validity index (CVI)= 0.89 ปรับแก้ไขและเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 20 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด ประกอบด้วย 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคล ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งและพฤติกรรมดูแลตนเอง 2)พฤติกรรมดูแลตนเอง จำนวน 40 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ดังนี้

5 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 7 วันใน 1 สัปดาห์

4 ปฏิบัติเป็นบ่อยๆ หมายถึง มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์

3 ปฏิบัติเป็น บางครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์

2 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง มีพฤติกรรมนั้น ๆ ประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์

1 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยมีพฤติกรรมนั้น ๆ เลย

แปลความหมายค่าเฉลี่ยคะแนน (Likert Scale) ดังนี้

3.50-4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษประจำหอผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 4 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน โดยพิจารณาความชัดเจนของภาษา ความถูกต้องของเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร ประเมินค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.98 มีความเหมาะสมและมีการปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการเข้าร่วม สิทธิในการเข้าร่วมและการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียดและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) การดำเนินการวิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เมื่อกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1.ในวันที่กลุ่มควบคุมเข้ารับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และทำแบบประเมินความรู้ (Pretest)

2.กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางการดูแลสุขภาพระหว่างการรักษา

3.ในการมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2–5 ตามแพทย์นัด ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพ ซักถามอาการผิดปกติ และให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพตามแนวทางการพยาบาลมาตรฐานทุกครั้ง

4.เมื่อกลุ่มควบคุมมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายตามแผนการรักษา ผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามความรู้ (Posttest) และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคลและพฤติกรรมดูแลตนเอง

เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานร่วมกับโปรแกรมสุขศึกษาผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1)การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน และ4) การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1.เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับยาเคมีบำบัดครั้งแรก ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และทำแบบสอบถามความรู้ก่อนการทดลอง (Pretest)

2.ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้สื่อภาพ ประกอบการสอน พร้อมแจกแผ่น QR Code เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้สำหรับทบทวนความรู้ผ่านโทรศัพท์มือถือ นอกจากนี้ยังมอบคู่มือการดูแลตนเองที่เป็นความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ และสมุดบันทึกอาการผิดปกติหรืออาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด พร้อมแนะนำวิธีการบันทึกและให้นำสมุดบันทึกมาทุกครั้งที่มาตามนัด

3.เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพ ซักถามอาการผิดปกติ และทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้สื่อภาพผ่านแผ่นพับและในแอปพลิเคชันไลน์

4.เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้าร่วม

สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง และอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด โดยส่งเสริมและให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรม

5.ระหว่างช่วงพักการรักษาในแต่ละรอบของยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางสนับสนุนการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อประเมินการปฏิบัติตัว ติดตามอาการ ให้คำปรึกษา ตอบข้อซักถาม และเสริมแรงในการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง

6.เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 6 ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายตามแผนการรักษา ผู้วิจัยทำแบบสอบถามความรู้ (Posttest) และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคลและพฤติกรรมดูแลตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยายแสดงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติทดสอบpaired sample t-testและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติindependent sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการการพิจารณาจริยธรรมเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการนำเสนอโครงร่างวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการวิจัย MSKH_REC 68-01-121 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1.ด้านความรู้

1.1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

1.2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้มากกว่าการได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 45.50) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 54.50) สถานภาพสมรส(ร้อยละ72.70) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 45.50) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 63.6) มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 45.50) และระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งต่ำกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 63.60)

2.2 พฤติกรรมดูแลตนเอง

2.2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

2.2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[12] ซึ่งอธิบายว่าบุคคลจะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เพียงพอ โดยความสามารถดังกล่าวเกิดจากการได้รับความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติตน สามารถประเมินสถานการณ์ของตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam[13]ซึ่งอธิบายว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับหน้าที่ (Functional Health Literacy) อันเป็นรากฐานของการพัฒนาทักษะในระดับที่สูงขึ้น ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และความรอบรู้ทางสุขภาพเชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy) เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเพียงพอ จะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดและสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bobrow และคณะ[14] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มระดับความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ แก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และรักษาความต่อเนื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้วิจัยได้จัดให้มีการติดตามและเสริมแรงภายหลังการให้สุขศึกษา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำได้

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เนื้อหาครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ และจัดลำดับการเรียนรู้จากความรู้พื้นฐานไปสู่การประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะดังกล่าว การสังเกตอาการเตือน การป้องกันการติดเชื้อ การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัย การใช้ยาอย่างถูกต้อง และแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการผิดปกติ นอกจากนี้ยังใช้สื่อสุขศึกษาที่เหมาะสมกับระดับการรับรู้ของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และทบทวนเนื้อหาร่วมกับผู้วิจัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเนื้อหา

อย่างเป็นระบบ สามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ของตนเอง และนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจึงมีระดับความรู้ภายหลังการทดลองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura[15] ซึ่งอธิบายว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ได้ฝึกปฏิบัติ ได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ความเชื่อมั่นดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ การจดจำ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ได้รับการตอบข้อสงสัย และได้รับการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นโดยผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Miao และคณะ[16] ซึ่งพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสามารถรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อ เข้าใจแนวทางการป้องกัน และมีความสามารถในการสังเกตอาการผิดปกติได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มีเนื้อหาเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และมีกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาไม่เพียงส่งผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ การวางแผนการดูแลตนเอง การประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ และการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงผลกระทบของภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำที่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ และเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง ทั้งนี้การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด การรับประทานอาหารที่สะอาดและปรุงสุก การสังเกตอุณหภูมิร่างกาย และการรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ ความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[12] ซึ่งอธิบายว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative Nursing System) มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ เมื่อบุคคลได้รับความรู้ คำแนะนำ และการสนับสนุนที่เหมาะสม จะเกิดความสามารถในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตนเองเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Riegel และคณะ[17] ซึ่งเสนอว่า ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากแต่ต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง การตัดสินใจ และการประเมินอาการของตนเองควบคู่กันไป เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์และเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อไป

4. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มิได้จำกัดเพียงการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในระยะสั้นเท่านั้น แต่ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ได้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และทบทวนแนวทางการปฏิบัติร่วมกับผู้วิจัย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ โปรแกรมยังให้ความสำคัญกับการติดตามและการเสริมแรงภายหลังการให้สุขศึกษา ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เลือกรับประทานอาหารที่ปลอดภัย หลีกเลี่ยงแหล่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และรีบมารับการรักษาเมื่อมีอาการไข้หรืออาการผิดปกติที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อ การปฏิบัติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[18] ที่ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเอง (Self-management) โดยเห็นว่าผู้ป่วยควรได้รับความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัยระหว่างการรักษา และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ป่วยซึ่งได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Riegel และคณะ[17] ซึ่งอธิบายว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ (Self-care maintenance) การเฝ้าระวังและติดตามอาการ (Self-care monitoring) และการจัดการเมื่อเกิดความผิดปกติ (Self-care management) โดยองค์ประกอบทั้งสามประการมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การพัฒนาความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะและการติดตามอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของตนเอง ตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม และตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะการดูแลตนเอง การใช้สื่อสุขศึกษาที่เหมาะสม และการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ เช่น แอปพลิเคชันไลน์หรือการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ป้องกันการติดเชื้อ และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องระหว่างการรักษา อันจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มความปลอดภัยตลอดกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ด้านการบริหารจัดการ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยา

เคมีบำบัด โดยจัดให้มีคู่มือหรือสื่อสุขศึกษามาตรฐาน สนับสนุนระบบติดตามผู้ป่วยภายหลังกลับบ้าน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการให้สุขศึกษาและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรจัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากร งบประมาณ และเทคโนโลยีสารสนเทศให้เพียงพอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาลตามมาตรฐาน

ด้านการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้และการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ รวมทั้งสามารถนำไปศึกษาการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแล (Caregiver) และครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาในรูปแบบดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ระบบติดตามผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือระบบ Telehealth เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเอง และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติม เช่น อัตราการเกิดภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การเลื่อนรอบการให้ยาเคมีบำบัด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมในเชิงผลลัพธ์ทางสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Zhang L, Chen W, Gao S. Trends in global hematologic malignancy incidence from 2010 to 2023. Global Hematology Journal. 2023;8(4):210-23.
2. Pan Y, Chang L, Wu H. Projected incidence trends of hematologic malignancies worldwide. Blood and Tumor Research. 2025;16(1):33-45.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคมะเร็งประเทศไทย พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
4. Davis AS, Viera AJ, Mead MD. Leukemia: an overview for primary care. Am Fam Physician. 2010;82(11):1381-8.
5. Averbuch D, Orasch C, Cordonnier C, Livermore DM, Mikulska M, Viscoli C, et al. European guidelines for empirical antibacterial therapy for febrile neutropenic patients in the era of growing resistance: summary of the 2011 4th European Conference on Infections in Leukemia. Haematologica. 2013;98(12):1826-35.
6. Sandherr M, Maschmeyer G, Cornely O. Updated diagnostic criteria and management guidelines for febrile neutropenia. Clinical Oncology Review. 2025;22(4):301-15.
7. Chen L, Zhou M, Li Y. Clinical presentations and diagnostic delays in febrile neutropenia among hematologic malignancy patients. Journal of Hematologic Infection. 2025;9(1):55-67.
8. Frontiers in Nursing. Hand hygiene and infection-prevention training in chemotherapy patients: a systematic review. Frontiers Media; 2024.
9. สุณีย์ เอกนุช, และคณะ. ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด. 2559. [ต้องเติมรายละเอียดแหล่งตีพิมพ์]
10. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
11. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
12. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.

14. Bobrow K, Farmer AJ, Springer D, Shanyinde M, Yu LM, Brennan T, et al. Mobile phone text messages to support treatment adherence in adults with high blood pressure (StAR): a single-blind, randomized trial. Circulation. 2016;133(6):592-600.
15. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman; 1997.
16. Miao Y, Gan Y, Zhang L. Effects of educational intervention on self-management in patients receiving chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2021;29(10):5605-17.
17. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. Adv Nurs Sci. 2021;44(2):93-110.
18. World Health Organization. Patient safety: global action on patient safety. Geneva: World Health Organization; 2023.

การวัดปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ที่จำหน่ายในประเทศไทย

DETERMINATION OF LEAD CONTAMINATION IN COCOA-FLAVORED PROTEIN POWDER SUPPLEMENTS AVAILABLE IN THAILAND

(Received: July 15,2026 ; Revised: July 17,2026 ; Accepted: July 19,2026)

นิรมล ใบปกทอง[1] ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์[2]
Niramon Baipokthong [1] Thunnawat Wattanaseth[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดปริมาณสารตะกั่ว (Pb) ในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้และรสช็อกโกแลตที่จำหน่ายในประเทศไทย และจำแนกผลตามประเภทผลิตภัณฑ์ การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาทางห้องปฏิบัติการ โดยคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20 ตัวอย่าง แบ่งเป็นเวย์โปรตีน 10 ตัวอย่าง และโปรตีนจากพืช 10 ตัวอย่าง วิเคราะห์ปริมาณสารตะกั่วด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma–Optical Emission Spectrometry (ICP-OES) ตามวิธีมาตรฐาน AOAC

ผลการศึกษาพบว่า ผลิตภัณฑ์ทั้ง 20 ตัวอย่างมีปริมาณสารตะกั่วต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจพบของวิธีวิเคราะห์ (LOD = 0.12 mg/kg) โดยทั้งกลุ่มเวย์โปรตีนและโปรตีนจากพืชให้ผล Not Detected ทุกตัวอย่าง และไม่สามารถประเมินความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้

คำสำคัญ: โปรตีนผงชงดื่ม, สารตะกั่ว, เวย์โปรตีน, โปรตีนจากพืช

ABSTRACT

This study was survey research aimed to determine the concentration of lead (Pb) in cocoa- and chocolate-flavored protein powder products available in Thailand and classify the results according to product types. This laboratory-based descriptive study selected 20 samples using purposive sampling, including 10 whey protein products and 10 plant-based protein products. Lead concentrations were determined using Inductively Coupled Plasma–Optical Emission Spectrometry (ICP-OES) according to the AOAC standard method.

The results showed that all 20 samples had lead concentrations below the detection limit of the analytical method (LOD = 0.12 mg/kg). Both whey protein and plant-based protein groups showed Not Detected results in all samples. Therefore, differences in lead concentrations between the two product groups could not be assessed because all detected values were below the analytical detection limit

Keywords: Protein powder supplement, Lead, Whey protein, Plant-based protein

บทนำ

ปัจจุบันผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่ม (protein powder supplements) ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ใส่ใจสุขภาพ ผู้ที่ออกกำลังกาย และผู้ที่ต้องการควบคุมน้ำหนัก เนื่องจากเป็นแหล่งโปรตีนที่สะดวกต่อการบริโภค และสามารถช่วยเสริมปริมาณโปรตีนที่ร่างกายต้องการ อย่างไรก็ตาม การบริโภคผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการได้รับสารปนเปื้อนสะสมในระยะยาว หากผลิตภัณฑ์มีการ

[1] หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ) วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจ
[2] ดร.นายแพทย์ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ corresponding author

ปนเปื้อนของสารอันตรายจากวัตถุดิบหรือกระบวนการผลิต[1,2]

สารตะกั่ว (Lead; Pb) เป็นโลหะหนักที่ไม่มีบทบาททางชีวภาพในร่างกายมนุษย์และมีความเป็นพิษสูง สามารถสะสมในร่างกายและส่งผลกระทบต่อระบบประสาท ระบบไต และระบบโลหิต รวมถึงกระตุ้นการเกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) และรบกวนกระบวนการสร้างฮีม (heme synthesis)[3,4] การได้รับสารตะกั่วในปริมาณต่ำอย่างต่อเนื่องสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความไวต่อสารพิษ[5]

จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผลิตภัณฑ์อาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบางชนิดอาจมีการปนเปื้อนของโลหะหนัก โดยระดับการปนเปื้อนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ แหล่งที่มาของวัตถุดิบ กระบวนการผลิต และระบบควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์[6,7,8] โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของโกโก้ (cocoa) ซึ่งมีรายงานการตรวจพบโลหะหนัก เช่น ตะกั่วและแคดเมียม เนื่องจากโกโก้อาจเกิดการสะสมโลหะหนักจากสิ่งแวดล้อมในระหว่างการเพาะปลูกและกระบวนการแปรรูป[9]

ผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ โปรตีนจากสัตว์ เช่น เวย์โปรตีน (whey protein) และโปรตีนจากพืช (plant-based protein) ซึ่งอาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการปนเปื้อนแตกต่างกัน โดยโปรตีนจากพืชอาจเกี่ยวข้องกับการสะสมโลหะหนักจากดินและแหล่งน้ำ ขณะที่เวย์โปรตีนอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการแปรรูป การผลิต และการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีข้อมูลเกี่ยวกับการปนเปื้อนของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงจากต่างประเทศ แต่ข้อมูลในบริบทของประเทศไทยยังมีจำกัด ซึ่งอาจมีความแตกต่างด้านแหล่งวัตถุดิบ มาตรฐานการผลิต และระบบควบคุมคุณภาพ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดปริมาณสารตะกั่วในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้และรสช็อกโกแลตที่จำหน่ายในประเทศไทย และจำแนกผลตามประเภทผลิตภัณฑ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านความปลอดภัยอาหารและสนับสนุนการเฝ้าระวังการปนเปื้อนโลหะหนักในผลิตภัณฑ์อาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ปริมาณสารตะกั่ว (Pb) ในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ ที่จำหน่ายในประเทศไทย จำแนกผลตามประเภทผลิตภัณฑ์ ได้แก่ เวย์โปรตีนและโปรตีนจากพืช และประเมินผลเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยอาหารที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อวิเคราะห์ปริมาณสารตะกั่ว (Pb) ในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้และรสช็อกโกแลตที่จำหน่ายในประเทศไทย โดยประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มที่มีจำหน่ายผ่านช่องทางออนไลน์และร้านค้าทั่วไป กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 ตัวอย่าง แบ่งเป็นผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีน (whey protein) จำนวน 10 ตัวอย่าง และผลิตภัณฑ์โปรตีนจากพืช (plant-based protein) จำนวน 10 ตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มีโกโก้หรือช็อกโกแลตเป็นส่วนประกอบหลัก มีบรรจุภัณฑ์สมบูรณ์ มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ครบถ้วน และยังไม่หมดอายุ ณ วันที่เก็บตัวอย่าง

การวิเคราะห์ปริมาณสารตะกั่วดำเนินการโดยใช้เทคนิค Inductively Coupled Plasma–Optical Emission Spectrometry (ICP-OES) ซึ่งเป็นเทคนิคมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์โลหะหนักในตัวอย่าง

อาหารที่มีความซับซ้อนของเมทริกซ์ (complex matrix) โดยดำเนินการตามวิธีมาตรฐาน AOAC ที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์แร่ธาตุและโลหะหนักในผลิตภัณฑ์อาหาร[10] การตรวจวิเคราะห์ดำเนินการ ณ ห้องปฏิบัติการบริษัท กฤษฎา แลบบอราทอรีส์ จำกัด ซึ่งได้รับการรับรองระบบคุณภาพ ISO/IEC 17025:2017 เพื่อควบคุมคุณภาพ ความถูกต้อง และความสามารถในการสอบกลับของผลการวิเคราะห์

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ถูกเตรียมโดยการชั่งน้ำหนักตัวอย่างตามวิธีมาตรฐาน จากนั้นทำการย่อยตัวอย่างด้วยกรดไนตริก (HNO_3) ภายใต้สภาวะควบคุม เพื่อเปลี่ยนสารประกอบของตะกั่วให้อยู่ในรูปสารละลายก่อนนำเข้าสู่เครื่อง ICP-OES สำหรับตรวจวัดค่าความเข้มข้นของตะกั่วที่ความยาวคลื่นจำเพาะ และรายงานผลในหน่วยมิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (mg/kg) ตามหลักการวิเคราะห์โลหะหนักด้วยเทคนิค ICP-OES[11]

ผลการตรวจวิเคราะห์รายงานเป็นค่าความเข้มข้นของสารตะกั่ว โดยค่าที่ต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจพบของวิธีวิเคราะห์ (Limit of Detection; LOD) รายงานเป็น Not Detected (ND) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง และได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ เลขที่ DPUHREC 0107/2568 วันที่ 1 กรกฎาคม 2569

ผลการศึกษา

ผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มที่นำมาศึกษาจำนวน 20 ตัวอย่าง แบ่งเป็นผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีน (whey protein) จำนวน 10 ตัวอย่าง และผลิตภัณฑ์โปรตีนจากพืช (plant-based protein) จำนวน 10 ตัวอย่าง ซึ่งคัดเลือกจากผลิตภัณฑ์ที่มีจำหน่ายในประเทศไทยผ่านช่องทางออนไลน์และเป็นที่นิยมของผู้บริโภค

ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณสารตะกั่ว (Pb) ในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มจำนวน 20 ตัวอย่าง พบว่าทุกตัวอย่างมีผลการตรวจวิเคราะห์เป็น Not Detected (ND) โดยมีค่าขีดจำกัดการตรวจพบของวิธีวิเคราะห์ (Limit of Detection; LOD) เท่ากับ 0.12 mg/kg และค่าขีดจำกัดการวัดเชิงปริมาณ (Limit of Quantitation; LOQ) เท่ากับ 0.50 mg/kg ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจวิเคราะห์สารตะกั่วในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มจำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์

ประเภทโปรตีน	จำนวนตัวอย่าง	ผลการตรวจวัด Pb	LOD (mg/kg)	LOQ (mg/kg)	ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการเปรียบเทียบ
Whey	10	Not Detected	0.12	0.50	ผ่านเกณฑ์
Plant-based	10	Not Detected	0.12	0.50	ผ่านเกณฑ์
รวม	20	Not Detected	0.12	0.50	ผ่านเกณฑ์

* ND (Not Detected) หมายถึง ตรวจไม่พบสารตะกั่วในระดับที่สูงกว่าขีดจำกัดการตรวจพบของวิธีวิเคราะห์ โดยมีค่า LOD เท่ากับ 0.12 mg/kg และค่า LOQ เท่ากับ 0.50 mg/kg

เมื่อนำผลการตรวจวิเคราะห์จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์ พบว่าผลิตภัณฑ์เวย์โปรตีนและผลิตภัณฑ์โปรตีนจากพืชมีผลการตรวจวิเคราะห์สารตะกั่วเป็น ND ทุกตัวอย่าง จึงไม่สามารถประเมินความแตกต่างของระดับสารตะกั่วระหว่างผลิตภัณฑ์

ทั้งสองกลุ่มได้ เนื่องจากค่าที่ตรวจพบอยู่ต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจพบของวิธีวิเคราะห์

เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจวิเคราะห์กับเกณฑ์มาตรฐานด้านความปลอดภัยอาหารที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลิตภัณฑ์ตัวอย่างทั้งหมดมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการเปรียบเทียบ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปริมาณสารตะกั่ว (Lead; Pb) ในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้และรสช็อกโกแลตที่จำหน่ายในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์ทั้ง 20 ตัวอย่างมีผลการตรวจวิเคราะห์สารตะกั่วเป็น Not Detected (ND) โดยมีค่า LOD เท่ากับ 0.12 mg/kg แสดงให้เห็นว่าปริมาณสารตะกั่วในตัวอย่างอยู่ต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจพบของวิธีวิเคราะห์ที่ใช้ในการศึกษา

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการประเมินความปลอดภัยด้านสารปนเปื้อนในอาหาร ซึ่งการรายงานผลเป็น Not Detected หมายถึงปริมาณสารอยู่ต่ำกว่าความสามารถในการตรวจวัดของวิธีวิเคราะห์ ไม่ได้หมายความว่าสารดังกล่าวไม่มีอยู่ในตัวอย่างทั้งหมด โดยการแปลผลจำเป็นต้องพิจารณาร่วมกับค่า LOD และ LOQ ของวิธีวิเคราะห์[12]

เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานด้านสารตะกั่ว พบว่าผลิตภัณฑ์ทั้งหมดมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษา โดย Codex Alimentarius กำหนดแนวทางควบคุมสารปนเปื้อนในอาหารเพื่อจำกัดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภค และการประเมินความเสี่ยงควรพิจารณาร่วมกับระดับการได้รับสัมผัสจากการบริโภค[13]

เมื่อจำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์ พบว่าเวย์โปรตีนและโปรตีนจากพืชมีผลการตรวจวิเคราะห์เป็น ND ทุกตัวอย่าง จึงไม่สามารถประเมินความแตกต่างของระดับสารตะกั่วระหว่างสองกลุ่มได้ อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าผลิตภัณฑ์โปรตีนจากพืชอาจมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนโลหะหนักมากกว่า เนื่องจากวัตถุดิบจากพืชสามารถสะสมโลหะหนักจากดิน น้ำ และสิ่งแวดล้อมในระหว่างการเพาะปลูกได้[2]

สำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของโกโก้ พบว่ามีรายงานการตรวจพบโลหะหนัก เช่น ตะกั่วและแคดเมียมในผลิตภัณฑ์โกโก้จากบางแหล่งผลิต ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับคุณภาพของดิน แหล่งเพาะปลูก กระบวนการเก็บเกี่ยว และการแปรรูป[9] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบสารตะกั่วในระดับที่สูงกว่าค่า LOD ในผลิตภัณฑ์ตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งอาจสะท้อนถึงการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบและกระบวนการผลิตของผลิตภัณฑ์ที่นำมาศึกษา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้และรสช็อกโกแลตที่ศึกษาไม่พบสารตะกั่วในระดับที่สูงกว่าขีดจำกัดการตรวจพบของวิธีวิเคราะห์ และมีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผลิตภัณฑ์โปรตีนผงเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผู้บริโภคบางกลุ่มมีการบริโภคเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังการปนเปื้อนโลหะหนักจึงยังมีความจำเป็น โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของโกโก้หรือวัตถุดิบจากพืช ซึ่งอาจมีโอกาสได้รับการปนเปื้อนจากแหล่งเพาะปลูก สิ่งแวดล้อม หรือกระบวนการผลิต

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนระบบการเฝ้าระวังและตรวจติดตามโลหะหนักในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างต่อเนื่อง รวมถึงส่งเสริมแนวทางควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป สำหรับผู้ผลิตควรให้ความสำคัญกับการคัดเลือกแหล่งวัตถุดิบ การตรวจสอบคุณภาพก่อนเข้าสู่กระบวนการผลิต และการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์

สำเร็จรูป เพื่อควบคุมความเสี่ยงจากการปนเปื้อนของโลหะหนัก

สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์หลายประเภท หลายแหล่งจำหน่าย และหลายช่วงเวลา เพื่อสะท้อนสถานการณ์การปนเปื้อนในตลาดประเทศไทยได้มากขึ้น รวมถึงควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปนเปื้อน เช่น แหล่งที่มาของวัตถุดิบ ประเทศผู้ผลิต กระบวนการแปรรูป และควรวิเคราะห์โลหะหนักชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น แคดเมียม (Cd) สารหนู (As) และปรอท (Hg) เพื่อประเมินความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงต่ออาจารย์ที่ปรึกษา ดร.นายแพทย์ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์ สำหรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนตลอดกระบวนการวิจัย ซึ่งช่วยให้การศึกษาครั้งนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนางานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วง และเจ้าหน้าที่คณะผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการประสานงานและอำนวยความสะดวกในระหว่างดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกอบการ หน่วยงานภาครัฐ ผู้ผลิตและผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเป็นประโยชน์แก่ผู้บริโภค ผู้ประกอบการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังการปนเปื้อนของสารตะกั่วในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่ม และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain (CONTAM). Scientific Opinion on Lead in Food. EFSA Journal. 2010;8(4):1570. doi:10.2903/j.efsa.2010.1570.
2. Bandara SB, Towle KM, Monnot AD. A human health risk assessment of heavy metal ingestion among consumers of protein powder supplements. Toxicology Reports. 2020;7:1255-1262. doi:10.1016/j.toxrep.2020.08.001.
3. Flora G, Gupta D, Tiwari A. Toxicity of lead: A review with recent updates. Interdisciplinary Toxicology. 2012;5(2):47-58. doi:10.2478/v10102-012-0009-2.
4. Patrick L. Lead toxicity, a review of the literature. Part 1: Exposure, evaluation, and treatment. Alternative Medicine Review. 2006;11(1):2-22.
5. World Health Organization. Lead poisoning and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Jul 11]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lead-poisoning-and-health.
6. Tchounwou PB, Yedjou CG, Patlolla AK, Sutton DJ. Heavy metal toxicity and the environment. EXS. 2012;101:133-164. doi:10.1007/978-3-7643-8340-4_6.
7. Briffa J, Sinagra E, Blundell R. Heavy metal pollution in the environment and their toxicological effects on humans. Heliyon. 2020;6(9):e04691. doi:10.1016/j.heliyon.2020.e04691.
8. Abt E, Robin LP. Perspective on cadmium and lead in cocoa and chocolate. Journal of Agricultural and Food Chemistry. 2020;68(46):13067-13079. doi:10.1021/acs.jafc.0c02131.

9. Abt E, Fong Sam J, Gray P, Robin LP. Cadmium and lead in cocoa powder and chocolate products in the United States. Journal of Agricultural and Food Chemistry. 2018;66(37):9493-9501.
10. Association of Official Analytical Chemists (AOAC). Official Methods of Analysis of AOAC International. 21st ed. Rockville, MD: AOAC International; 2019.
11. United States Environmental Protection Agency (USEPA). Method 200.7: Determination of metals and trace elements in water and wastes by inductively coupled plasma-atomic emission spectrometry. Revision 4.4. Cincinnati: Environmental Monitoring Systems Laboratory; 1994.
12. Thompson M, Ellison SLR, Wood R. Harmonized guidelines for single-laboratory validation of methods of analysis. Pure Appl Chem. 2002;74(5):835-855.
13. Codex Alimentarius Commission. General Standard for Contaminants and Toxins in Food and Feed (CXS 193-1995). Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization; 2023.

ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์: การศึกษาแบบย้อนหลัง

Factors Affecting Delay in Intravenous Thrombolysis among Patients with Acute Ischemic Stroke Presenting to the Emergency Department, Buriram Hospital: A Retrospective Study.

(Received: July 16,2026 ; Revised: July 17,2026 ; Accepted: July 19,2026)

ศิริวุฒิ ศิริเดชอุดม[1]
Siriwut Siridet-Udom[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจรูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Door-to-needle time > 60 นาที) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 1,966 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบบันทึกข้อมูล Stroke fast track วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้าเกินกว่าเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 62.7 ปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลต่อความล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้แก่ การมารับบริการโดยไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อ (Non-referral) (aOR = 20.86, 95% CI: 8.22 - 52.90), ระดับความรุนแรงของอาการ (NIHSS) ที่น้อยกว่า 5 คะแนน (aOR = 2.35, 95% CI: 1.92 - 2.87), และระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการประเมินโดยแพทย์นานกว่า 15 นาที (aOR = 2.07, 95% CI: 1.38 - 3.11)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน, ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ, ความล่าช้าในการรักษา, ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง, โรงพยาบาลบุรีรัมย์

Abstract

This study was survey research by retrospective study aiming to investigate factors associated with delays in intravenous thrombolysis (Door-to-needle time > 60 minutes) among patients with acute ischemic stroke presenting to the Emergency Department, Buriram Hospital, from October 1, 2021, to September 30, 2025. The sample consisted of 1,966 patients who received thrombolytic therapy. Data were collected from medical records and the Stroke Fast Track database and analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Multiple Logistic Regression. The results showed that the incidence of treatment delay beyond the target time was 62.7%. Independent risk factors significantly associated with treatment delay ($p < 0.001$) included: non-referral service (arrival without prior coordination) (aOR = 20.86, 95% CI: 8.22 - 52.90), mild stroke severity with an NIHSS score of < 5 (aOR = 2.35, 95% CI: 1.92 - 2.87), and physician assessment delay exceeding 15 minutes (aOR = 2.07, 95% CI: 1.38 - 3.11).

Keywords: Acute ischemic stroke, Intravenous thrombolysis, Treatment delay, Stroke fast track, Buriram Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการขาดเลือดของสมองที่ยาวนานขึ้นสัมพันธ์กับการสูญเสียเนื้อสมองและการเสื่อมถอยของการทำงานทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง แนวทางเวชปฏิบัติปัจจุบันของสมาคมโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA/ASA) ปี ค.ศ. 2026 และองค์การโรคหลอดเลือดสมองยุโรป

[1] นายแพทย์ชำนาญการ ประจำกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

(ESO) ระบุสอดคล้องกันว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous thrombolysis) เป็นการรักษามาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ โดยประสิทธิผลของการรักษามีความสัมพันธ์กับความรวดเร็วในการให้ยาอย่างเด่นชัดภายใต้แนวคิด "เวลาคือสมอง" (Time is brain) กล่าวคือ ยิ่งเริ่มการรักษาได้เร็วเท่าใด โอกาสในการฟื้นตัวทางระบบประสาทและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดียิ่งสูงขึ้นเท่านั้น[1,2]

แม้การให้ยาละลายลิ่มเลือดจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิผลสูง แต่ในระบบบริการจริงการให้ยายังคงเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลาอย่างมาก โดยเฉพาะระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผู้ป่วยฉุกเฉินจนเริ่มได้รับยา (Door-to-needle time) ซึ่งถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) โดยมีเป้าหมายมาตรฐานไม่เกิน 60 นาที อย่างไรก็ตาม ความล่าช้าในการรักษามักไม่ได้เกิดจากขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเพียงลำพัง แต่เป็นผลรวมของความล่าช้าสะสมในหลายช่วงกระบวนการ ตั้งแต่การประเมินเบื้องต้นที่จุดคัดแยก การตรวจและรอผลภาพถ่ายรังสี การพิจารณาข้อบ่งชี้และข้อห้าม ตลอดจนการเตรียมยา[3] จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ความล่าช้าในขั้นตอนการวินิจฉัย การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และระยะเวลาตั้งแต่ส่งตรวจจนถึงการแปลผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ล้วนเป็นจุดคอขวดสำคัญที่ส่งผลให้การรักษากินเวลาเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด[4,5]

เมื่อพิจารณาในบริบทของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ข้อมูลตัวชี้วัดอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่สูงอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันจำนวน 1,942 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 152 ราย (ร้อยละ 7.83) และในปีงบประมาณ 2569 ณ ไตรมาสที่ 3 มีผู้ป่วย 1,081 ราย ได้รับยา 73 ราย (ร้อยละ 6.75) ตัวเลขดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ห้องผู้ป่วยฉุกเฉินต้องรับมือกับกระบวนการคัดกรอง วินิจฉัย และตัดสินใจรักษาภายในเวลาจำกัดเป็นจำนวนมาก แม้โรงพยาบาลจะมีฐานข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ แต่การศึกษารายละเอียดของระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนเพื่อระบุว่า ปัจจัยใดทางด้านผู้ป่วย ด้านกระบวนการรักษา และด้านระบบบริการ ที่เป็นข้อจำกัดส่งผลให้ Door-to-needle time ล่าช้ากว่า 60 นาที ยังคงขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนระบบงานในพื้นที่จริง

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความมุ่งหมายที่จะวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ณ ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อระบุอุปสรรคสำคัญที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษา ข้อมูลที่ได้จะเป็นสารสนเทศสำคัญสำหรับผู้บริหารและทีมสหวิชาชีพในการทบทวนและพัฒนาระบบ Stroke fast track ให้มีความรวดเร็ว ปลอดภัย และบรรลุเป้าหมายการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านกระบวนการดูแลรักษาที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านระบบบริการที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) รูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านกระบวนการดูแลรักษา และปัจจัยด้านระบบบริการ ที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

เฉียบพลันที่มารับบริการจริงที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์

รูปแบบการวิจัยลักษณะนี้มีความเหมาะสมกับบริบทและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ เนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ที่มีอยู่แล้วในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล มาประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับช่วงเวลาในกระบวนการรักษาที่เกิดขึ้นจริง (เช่น ระยะเวลา Door-to-needle time, Door-to-CT time และ CT-to-needle time) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาตามปกติของผู้ป่วย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการรักษาในห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน บันทึกระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ในระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบรวมประชากรทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (Total population sampling) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ณ ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เวชระเบียนที่มีข้อมูลเวลาสำคัญไม่ครบถ้วน (เช่น ไม่สามารถระบุเวลา Door-to-needle time ได้) ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่นโดยไม่มีข้อมูลเวลาที่ชัดเจน หรือผู้ป่วยที่ภายหลังได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นโรคอื่น

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง ประกอบด้วยตัวแปร 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกแรกรับของผู้ป่วย 2) ข้อมูลด้านเวลาในกระบวนการดูแลรักษา (เช่น ระยะเวลา Door-to-CT, CT-to-needle) 3) ข้อมูลความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Door-to-needle time) และ 4) ข้อมูลปัจจัยประกอบอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับความล่าช้า (เช่น การควบคุมความดันโลหิต การรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง)

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยผู้วิจัยทำการทบทวนและบันทึกข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการรักษาในห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน ทะเบียนระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องลงในแบบบันทึกข้อมูล ทั้งนี้ การบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสแทนตัวบุคคล (Study ID) เพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลและรักษาความลับของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยจะไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือเลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) ในไฟล์ข้อมูลที่จะนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและช่วงเวลาในกระบวนการรักษา สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) หรือการทดสอบความน่าจะเป็นแบบแม่นยำของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และใช้การทดสอบค่าที (Independent t-test) หรือการทดสอบแมนน์-วิทนีย์ยู (Mann-Whitney U test) สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่ม

เลือด (Door-to-needle time > 60 นาที) จากนั้นนำตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression Analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาโดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน และนำเสนอผลในรูปของค่าอัตราส่วนออดส์ (Odds Ratio: OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการ ณ ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2568 โดยโครงร่างการวิจัยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (รหัสโครงการ BR 04-01/01.0 มติที่ประชุมครั้งที่ 3/2569 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2569)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของประชากรและกระบวนการดูแลรักษา

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ณ ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาและมีข้อมูลครบถ้วนทั้งสิ้น 1,966 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64.1 ปี (SD = 13.9) โดยอายุน้อยที่สุดคือ 1 ปี (ผู้ป่วยเด็ก) และมากที่สุด 99 ปี จำแนกเป็นเพศหญิงร้อยละ 50.3 (989 ราย) เพศชายร้อยละ 46.0 (905 ราย) และไม่ระบุร้อยละ 3.7 รูปแบบการมารับบริการส่วนใหญ่เป็นการเดินทางมาเองหรือผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Non-referral) ร้อยละ 96.8 และเป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (Refer) เพียงร้อยละ 3.2 ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทแรกรับ (NIHSS) มีค่าเฉลี่ย 6.5 คะแนน (SD = 6.8)

ด้านกระบวนการดูแลรักษา พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจนได้รับการเริ่มให้ยา (Door-to-needle time) มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 231 นาที และอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับยาล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Door-to-needle time > 60 นาที) มีจำนวนสูงถึง 1,233 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.7

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Bivariate Analysis)

เมื่อนำปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านกระบวนการมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการให้ยา (> 60 นาที) ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ รูปแบบการมารับบริการที่ไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อล่วงหน้า ($p < 0.001$), ระดับความรุนแรงของอาการทางระบบประสาทแรกรับ (NIHSS) ที่น้อยกว่า 5 คะแนน ($p < 0.001$), และระยะเวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการประเมินโดยแพทย์ (Door-to-doctor time) ที่นานกว่า 15 นาที ($p < 0.001$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ และระยะเวลา Door-to-CT ที่นานกว่า 25 นาที ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาภายในเวลาเป้าหมายและกลุ่มที่ได้รับยาล่าช้า

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มได้รับยาตามเกณฑ์ (≤ 60 นาที) จำนวน 733 ราย	กลุ่มได้รับยาล่าช้า (> 60 นาที) จำนวน 1,233 ราย	p-value
รูปแบบการมารับบริการ			< 0.001*
ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (Refer)	57	5	

เดินทางมาเอง / ฉุกเฉิน (Non-refer)	676	1,228	
ระดับความรุนแรงของอาการ (NIHSS)			< 0.001*
อาการปานกลางถึงรุนแรง (≥ 5 คะแนน)	513	622	
- อาการเล็กน้อย (Mild stroke: < 5 คะแนน)	220	611	
ระยะเวลามาถึงจนพบแพทย์ (Door-to-doctor)			< 0.001*
ภายใน 15 นาที (≤ 15 นาที)	60	51	
ล่าช้า (> 15 นาที)	673	1,182	
ระยะเวลามาถึงจนได้รับการทำ CT scan			0.128
ภายใน 25 นาที (≤ 25 นาที)	684	1,172	
ล่าช้า (> 25 นาที)	49	61	

*หมายเหตุ: มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

3. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Multivariate Analysis)

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน ผลการวิเคราะห์พบว่ามี 3 ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลให้การให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ได้ดังนี้

1) รูปแบบการมารับบริการที่ไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อ (Non-referral) ผู้ป่วยที่เดินทางมาเองหรือมากับระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่ได้มีการประสานงานส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนล่วงหน้า มีความเสี่ยงที่จะได้รับยาล่าช้าเป็น 20.86 เท่า (aOR = 20.86, 95% CI: 8.22 - 52.90, $p < 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ประสานงาน Refer มาล่วงหน้า

2) ระดับความรุนแรงของอาการน้อย (Mild stroke) ผู้ป่วยที่มีคะแนน NIHSS แรกรับน้อยกว่า 5 คะแนน มีความเสี่ยงที่จะได้รับยาล่าช้าเป็น 2.35 เท่า (aOR = 2.35, 95% CI: 1.92 - 2.87, $p < 0.001$)

3) ความล่าช้าในการประเมินโดยแพทย์: ผู้ป่วยที่ใช้เวลาตั้งแต่มาถึงจนได้รับการประเมินโดยแพทย์ (Door-to-doctor time) นานกว่า 15 นาที มีความเสี่ยงที่จะได้รับยาล่าช้าเป็น 2.07 เท่า (aOR = 2.07, 95% CI: 1.38 - 3.11, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อความล่าช้าด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression)

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	B	S.E.	Adjusted OR	95% CI	p-value
รูปแบบบริการไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อ (Non-refer)	3.03	0.47	20.86	8.22 - 52.90	< 0.001*
ระดับอาการรุนแรงน้อย (NIHSS < 5)	0.85	0.10	2.35	1.92 - 2.87	< 0.001*
แพทย์ประเมินล่าช้า (Door-to-doctor > 15 นาที)	0.72	0.20	2.07	1.38 - 3.11	< 0.001*
ทำเอกซเรย์สมองล่าช้า (Door-to-CT > 25 นาที)	0.03	0.21	1.03	0.67 - 1.57	0.874

*หมายเหตุ: มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ณ ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับยาล่าช้ากว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Door-to-needle time > 60 นาที) สูงถึงร้อยละ 62.7 ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดในระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ที่ยังคงเป็นประเด็นสำคัญในโรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรักษา ได้แก่ รูปแบบการมารับบริการที่ไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อ (Non-referral), ระดับความรุนแรงของ

อาการ (NIHSS) ที่น้อยกว่า 5 คะแนน, และความล่าช้าในการประเมินโดยแพทย์ (Door-to-doctor time > 15 นาที)

ปัจจัยด้านรูปแบบการมารับบริการพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่านระบบประสานงานส่งต่อล่วงหน้า มีความเสี่ยงที่จะได้รับยาล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่มีการ Refer ล่วงหน้าถึง 20.86 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับหลักการที่ว่า Stroke fast track ที่มีประสิทธิภาพสูงต้องอาศัยการแจ้งเตือนทีมรักษาล่วงหน้า (Pre-notification) จากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือเครือข่ายโรงพยาบาล[6] ซึ่งช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเตรียมความพร้อมของทรัพยากรและสถานที่ได้ก่อนผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล ตรงกับรายงานของ พ่วงพูน และคณะ[7] ที่ระบุว่าการพัฒนาระบบ Stroke fast track ที่มีการจัดการเชิงระบบร่วมกับเครือข่ายสามารถลดเวลา Door-to-needle ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ประเด็นความรุนแรงของอาการ (NIHSS) ที่น้อยกว่า 5 คะแนน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรง อาจอธิบายได้ด้วยความลำเอียงในการคัดกรอง (Triage bias) ของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีแนวโน้มจะให้ความสำคัญและจัดลำดับความสำคัญ (Priority) ของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mikulík และคณะ[8] ที่พบว่าแพทย์มักมีความระมัดระวังเป็นพิเศษหรือมีความเร่งด่วนน้อยลงในรายที่อาการไม่รุนแรงมากนัก ส่งผลให้ระยะเวลาในการตัดสินใจให้ยาทอดยาวออกไป แม้ผู้ป่วยกลุ่มอาการเล็กน้อยจะมีโอกาสฟื้นตัวได้ดีกว่าหากได้รับยาทันเวลา[9]

ความล่าช้าในขั้นตอนการประเมินโดยแพทย์ (Door-to-doctor time) ที่มากกว่า 15 นาที เป็นอีกปัจจัยคอขวดที่สำคัญในการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานของ พิมพ์กมล เสียงวัฒนะ[4] ที่ระบุว่าระยะเวลาปรึกษาแพทย์และตัดสินใจรักษาเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการลดความล่าช้า การที่ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลา Door-to-CT ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความล่าช้า อาจแสดงให้เห็นว่ากระบวนการตรวจทางรังสีวิทยาของโรงพยาบาลบุรีรัมย์มีความพร้อมและรวดเร็วอยู่แล้ว แต่จุดเปราะบางที่แท้จริงกลับอยู่ที่ "การเข้าถึงการประเมินโดยแพทย์ผู้ตัดสินใจ" (Decision-maker availability) ซึ่งควรได้รับการปรับปรุงโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมแพทย์เวรและทีม Stroke ให้มีความคล่องตัวมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

1. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุก โรงพยาบาลควรจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นกลุ่มที่มีประวัติเสี่ยงหรือกลุ่มที่มารับบริการล่าช้า เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสามารถติดตามและดูแลได้อย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

2. การยกระดับการเข้าถึงบริการช่องทางด่วน ควรมีมาตรการแจ้งเตือนล่วงหน้า ให้เป็นมาตรฐานในทุกราย แม้ผู้ป่วยจะเดินทางมาเอง เพื่อเตรียมความพร้อมของทรัพยากรและสถานที่ก่อนผู้ป่วยมาถึง

3. การเพิ่มศักยภาพบุคลากร ควรมีการซักซ้อมบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพในห้องผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดระยะเวลา Door-to-doctor time โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทเล็กน้อย เพื่อให้ได้รับการประเมินและตัดสินใจรักษาได้รวดเร็วเทียบเท่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ ควรมีการศึกษาถึงอุปสรรคเชิงลึกทางสังคม วัฒนธรรม และข้อจำกัดส่วนบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการเล็กน้อยเข้ารับบริการล่าช้า เพื่อออกแบบแนวทางสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสม

2. การศึกษาเชิงทดลอง ควรพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยระยะแรกโดยใช้ Telemedicine หรือระบบช่วยตัดสินใจทางคลินิก เพื่อเพิ่มความแม่นยำและรวดเร็วในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่อาการไม่จำเพาะ

3. การวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อรวบรวมปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพที่ละเอียดมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ชัดเจนกว่าข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงฐานข้อมูลเวชระเบียนเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ได้พิจารณาและให้การรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างดียิ่งในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เป็นเจ้าของข้อมูล ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นองค์ความรู้สำคัญในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนลดระยะเวลาการรักษาเพื่อเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวของผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Prabhakaran S, Ruff I, Bernstein RA, et al. 2026 guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2026; 57(Online).
2. Berge E, Whiteley W, Audebert H, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. European Stroke Journal. 2021; 6(1): I–LXII.
3. ทิพย์มาศ พบสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันในโรงพยาบาลชลบุรี. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2563; 45(3): 191-198.
4. พิมพ์กมล เสียงวัฒนะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์ เขต 4-5. 2566; 42(5): 563-574.
5. สินจัตุรัส ว. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาตามแนวทาง Stroke Fast Track ที่โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2569; 8(1): e280114.
6. Fonarow GC, Smith EE, Saver JL, et al. Improving door-to-needle times in acute ischemic stroke: The design and rationale for the American Heart Association/American Stroke Association's Target: Stroke initiative. Stroke. 2011; 42(10): 2983-2989.
7. พ่วงพูน ช, ดอเลาะ อ, บุตรมาตา ว. การลดระยะเวลาให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่องทางด่วนโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. 2566; 22(1): 5.
8. Mikulík R, Kadlecová P, Czlonkowska A, et al. Factors influencing in-hospital delay in treatment with intravenous thrombolysis. Stroke. 2012; 43(6): 1578-1583.
9. Saver JL, Fonarow GC, Smith EE, et al. Time to treatment with intravenous tissue plasminogen activator and outcome from acute ischemic stroke. JAMA. 2013; 309(23): 2480-2488.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Recurrent Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2 Case Study.

(Received: July 18,2026 ; Revised: July 21,2026 ; Accepted: July 23,2026)

ปวีณ์ริศา อินทรพิมพ์[1]
Paveerisa Intharapim[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 8–10 มิถุนายน พ.ศ. 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติและสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการหอบเหนื่อย ไอ และมีเสมหะ แต่มีปัจจัยกระตุ้นแตกต่างกัน โดยรายที่ 1 มีปัจจัยสำคัญจากการสูบบุหรี่เรื้อรัง ส่วนรายที่ 2 มีภาวะปอดอักเสบร่วมกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง การพยาบาลครอบคลุมระยะวิกฤติ ระยะกึ่งวิกฤติ และระยะฟื้นฟู โดยเน้นการป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว การส่งเสริมการระบายเสมหะ การเฝ้าระวังการติดเชื้อและโรคร่วม ตลอดจนการส่งเสริมการจัดการตนเองและการวางแผนจำหน่าย ผลลัพธ์พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้น สามารถหยุดการให้ออกซิเจนได้ ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และจำหน่ายกลับบ้านได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะกำเริบเฉียบพลัน, การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

Abstract

This comparative descriptive case study aimed to examine the nursing process for two patients with recurrent acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) admitted to the male inpatient ward at Nong Ruea Hospital, Khon Kaen Province, from June 8 to 10, 2026. Data were collected from medical records, patient and family interviews, observation, physical examinations, laboratory tests, and radiological findings. The nursing process and Gordon's 11 Functional Health Patterns were used to assess patients, formulate nursing diagnoses, plan nursing interventions, and evaluate outcomes.

The results showed that both patients presented with dyspnea, cough, and sputum production but had different precipitating factors. Case 1 had chronic cigarette smoking as a major contributing factor, whereas Case 2 had pneumonia with comorbidities, including diabetes mellitus, hypertension, and dyslipidemia. Nursing care covered the critical, semi-critical, and rehabilitation phases, focusing on preventing respiratory failure, promoting airway clearance, monitoring infection and comorbidities, supporting self-management, and discharge planning. Both patients showed clinical improvement, were successfully weaned from oxygen therapy, did not develop acute respiratory failure, and were discharged home.

Keyword: Nursing Care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation, Hospital Readmission

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิต โดยมีลักษณะเด่นคือการอุดกั้นของทางเดิน

[1] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

หายใจอย่างต่อเนื่องจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมและการทำลายเนื้อปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ และหายใจลำบาก ซึ่งอาการจะค่อย ๆ รุนแรงขึ้นตามการดำเนินโรค ภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง (Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: AECOPD) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สมรรถภาพปอดลดลงอย่างรวดเร็ว คุณภาพชีวิตแย่ลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต[1]

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวประมาณ 3.5 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก นอกจากนี้ โรคยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การสูบบุหรี่ การสัมผัสมลพิษทางอากาศ และการใช้เชื้อเพลิงชีวมวลในครัวเรือน[2] แนวทาง Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ฉบับปี 2025 ระบุว่า ภาวะกำเริบเฉียบพลันเป็นปัจจัยสำคัญที่เร่งการเสื่อมของสมรรถภาพปอด เพิ่มโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmission) และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติการกำเริบตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป หรือเคยนอนโรงพยาบาลจากภาวะกำเริบเฉียบพลัน ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง[1]

สำหรับประเทศไทย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยพบมากในผู้สูงอายุและผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การสูบบุหรี่ การได้รับฝุ่นละอองและมลพิษทางอากาศ การใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกวิธี และการมีโรคร่วมหลายชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูงขึ้น และก่อให้เกิดภาระต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ[3,4]

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่าการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย COPD ไม่ได้เกิดจากความรุนแรงของโรคเพียงอย่างเดียว แต่สัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ไม่เพียงพอ การมีโรคร่วมหลายชนิด การใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้อง การขาดทักษะในการจัดการตนเอง (Self-management) และการไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) อย่างเหมาะสม[1,5] แนวทาง GOLD 2025 จึงแนะนำให้การดูแลผู้ป่วย COPD ครอบคลุมทั้งการรักษาด้วยยาและการดูแลที่ไม่ใช้ยา ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การประเมินและฝึกเทคนิคการใช้ยาสูดพ่น การส่งเสริมการจัดการตนเอง การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การฉีดวัคซีน และการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[1]

โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอหนองเรือและพื้นที่ใกล้เคียง จากข้อมูลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 2,549 ราย และมีผู้ป่วย COPD with Acute Exacerbation ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชายจำนวน 129, 192, 217 และ 161 ราย ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าภาวะกำเริบเฉียบพลันยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนโรงพยาบาล ส่งผลต่อภาระงานของทีมสุขภาพ การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโรงพยาบาล นอกจากนี้ จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานาน หรือมีโรคร่วมหลายชนิด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ[6]

แม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ชัดเจน แต่การประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนยังมีความท้าทาย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยกระตุ้น ความรุนแรงของโรค โรคร่วม และความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทำให้การวางแผนการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยการประเมินแบบองค์รวมและการดูแลเฉพาะรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการค้นหาปัจจัยกระตุ้น การจัดการโรคร่วม การส่งเสริมการจัดการตนเอง การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน[1]

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ซึ่งมีปัจจัยกระตุ้นแตกต่างกัน ได้แก่ การสูบบุหรี่เรื้อรัง และการติดเชื้อปอดอักเสบร่วมกับโรคร่วมหลายชนิด เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะกำเริบซ้ำ เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลและผลลัพธ์ของการดูแล ตลอดจนสังเคราะห์แนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลัน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Case Study) ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 8–10 มิถุนายน พ.ศ. 2569 โดยคัดเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การซักประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตอาการ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา และบันทึกทางการพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประเมินแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน[7]

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาได้ให้ข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา โดยให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจโดยปราศจากความกดดัน มีอิสรภาพในการตัดสินใจ แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 81 ปี น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 166 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 19.47 กิโลกรัม/เมตร^2 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2569 และจำหน่ายวันที่ 9 มิถุนายน 2569 ด้วยอาการสำคัญ หายใจหอบเหนื่อย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอ มีเสมหะ และหายใจเหนื่อยมากขึ้น ก่อนมีอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลันจึงมารับการรักษา ผู้ป่วยมีประวัติป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหนองเรือ มีประวัติสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหารสัญญาณชีพแรกรับ T 36.8 C P 110/min RR 36 /min BP 176/74 mmHg. SpO_2 90% Room air.

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 82 ปี 10 เดือน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2569 และจำหน่ายวันที่ 10 มิถุนายน 2569 ด้วยอาการสำคัญ หายใจหอบเหนื่อย 10 ชั่วโมงก่อน

มาโรงพยาบาล โดย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอ มีเสมหะจำนวนมาก ไม่มีไข้ ต่อมามีอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น แม้พ่นยาขยายหลอดลมแล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมารับการรักษา ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง รับประทานยาต่อเนื่อง ปฏิเสธประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร สัญญาณชีพแรกรับ T 36.5 C P 98/min RR 30 /min BP 156/57 mmHg. SpO_2 97% Room air.

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
อายุ/เพศ	ชาย อายุ 81 ปี	ชาย อายุ 82 ปี 10 เดือน	ทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคและการนอนโรงพยาบาลซ้ำ
โรคประจำตัว	COPD, ความดันโลหิตสูง	COPD, เบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคร่วมหลายชนิด ทำให้การรักษาซับซ้อนและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากกว่า
ปัจจัยเสี่ยง	สูบบุหรี่เป็นเวลานาน	ผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายโรค	ปัจจัยเสี่ยงของทั้งสองรายแตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการป้องกันการกำเริบซ้ำแตกต่างกัน
ปัจจัยกระตุ้นการกำเริบ	การสูบบุหรี่เรื้อรัง ทำให้หลอดลมอักเสบและอุดกั้น	การติดเชื้อปอดอักเสบ (Pneumonia) ร่วมกับโรคร่วมหลายชนิด	รายที่ 1 เกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรม ส่วนรายที่ 2 เกิดจากการติดเชื้อและโรคร่วม
อาการสำคัญ	หายใจหอบเหนื่อย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล	หายใจหอบเหนื่อย 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับไอและเสมหะ	ทั้งสองรายมีอาการกำเริบเฉียบพลัน แต่รายที่ 2 มีอาการบ่งชี้การติดเชื้อร่วมด้วย
การตรวจร่างกาย	RR 36 ครั้ง/นาที, SpO_2 90%, Wheezing ทั้งสองข้าง	RR 30 ครั้ง/นาที, Biphasic wheezing, Pitting edema 1+	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น แต่รายที่ 2 มีภาวะทางระบบร่วม
ภาพรังสีทรวงอก	Hyperinflation ของปอด	Bilateral interstitial infiltration	รายที่ 1 สอดคล้องกับ COPD ส่วนรายที่ 2 พบการติดเชื้อปอดร่วม
การรักษาที่ได้รับ	HFNC, Berodual, Dexamethasone	HFNC, Berodual, Budesonide, Ceftriaxone, Azithromycin, Dexamethasone	รายที่ 2 ต้องได้รับยาปฏิชีวนะร่วม เนื่องจากมีปอดอักเสบ
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล	2 วัน	3 วัน	รายที่ 2 ใช้เวลารักษานานกว่า เนื่องจากโรคร่วมและการติดเชื้อ
ผลลัพธ์การรักษา	อาการดีขึ้น SpO_2 97% จำหน่ายกลับบ้าน	อาการดีขึ้น ลดการใช้ออกซิเจนได้ จำหน่ายกลับบ้าน	ทั้งสองรายตอบสนองต่อการรักษาได้ดี แต่รายที่ 2 ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนมากกว่า
แนวทางป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ	ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ ประเมินการใช้ยาสูดพ่น และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	ป้องกันการติดเชื้อ ควบคุมโรคร่วม ประเมินการใช้ยาสูดพ่น และติดตามต่อเนื่อง	การป้องกันการกำเริบซ้ำต้องออกแบบตามปัจจัยเสี่ยงเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรักษาของกรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Acute Exacerbation of COPD (AECOPD) ร่วมกับความดันโลหิตสูง	COPD with Acute Lower Respiratory Tract Infection ร่วมกับ Pneumonia, เบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยรายที่ 2 มีโรคร่วมและการติดเชื้อ ทำให้การรักษาซับซ้อนมากกว่า
การให้ออกซิเจน	HFNC Flow 40 L/min FiO_2 0.40 SpO_2 88–92%	HFNC Flow 50 L/min FiO_2 0.30 ปรับ SpO_2 88–92%	ทั้งสองรายได้รับ HFNC ตามแนวทาง GOLD แต่รายที่ 2 ต้องใช้ Flow สูงกว่า
ยาขยายหลอดลม	Berodual nebulizer ทุก 6 ชั่วโมง	Berodual nebulizer ทุก 6 ชั่วโมง และทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้งในระยะแรก	รายที่ 2 มีอาการรุนแรงช่วงแรก จึงต้องพ่นยาถี่กว่า
ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์	Dexamethasone 4 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง	Dexamethasone IV และ Budesonide nebulization ทุก 8 ชั่วโมง	รายที่ 2 ได้รับทั้ง systemic และ inhaled corticosteroid เนื่องจากมีการอักเสบมากกว่า
ยาปฏิชีวนะ	ไม่ได้รับ	Ceftriaxone และ Azithromycin	สอดคล้องกับการวินิจฉัย Pneumonia ร่วมกับ AECOPD
การรักษาโรคร่วม	Amlodipine สำหรับควบคุมความดันโลหิต	ควบคุมเบาหวาน Losartan, Hydralazine, Simvastatin พร้อมติดตามระดับน้ำตาล	การควบคุมโรคร่วมช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัว

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดของกอร์ดอนของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าป่วยเป็น COPD แต่ยังสูบบุหรี่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำ	รับรู้การเจ็บป่วย รับประทานยาต่อเนื่อง แต่มีโรคร่วมหลายชนิดและเกิดปอดอักเสบเป็นปัจจัยกระตุ้น
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารได้ น้ำหนักค่อนข้างน้อย (BMI 19.47 kg/m^2) ไม่มีภาวะบวม	รับประทานอาหารได้ มีโรคเบาหวาน ต้องควบคุมอาหาร พบ pitting edema 1+ ที่ขาทั้งสองข้าง
3. การขับถ่าย	ขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ	ขับถ่ายปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านการขับถ่าย
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	หายใจหอบเหนื่อยมาก ทำกิจกรรมไม่ได้ ต้องได้รับ HFNC	หอบเหนื่อยจาก COPD ร่วม Pneumonia ต้องได้รับ HFNC และพักกิจกรรม
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับถูกรบกวนจากอาการหอบเหนื่อย	นอนหลับไม่เพียงพอจากอาการไอ หอบเหนื่อย และการรักษา
6. สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี (E4V5M6) สื่อสารรู้เรื่อง	รู้สึกตัวดี (E4V5M6) รับรู้และสื่อสารได้ดี
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก	วิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและการกลับมานอนโรงพยาบาล
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	สมาชิกครอบครัวให้การดูแลและพามารักษา	ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลและสนับสนุนการรักษา
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้อง	ไม่พบปัญหาที่เกี่ยวข้อง
10. การเผชิญปัญหาและความทนต่อความเครียด	มีความวิตกกังวลเมื่อมีอาการหอบเหนื่อย แต่ให้ความร่วมมือในการรักษา	มีความวิตกกังวลจากโรคร่วมหลายชนิด แต่ยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือดี
11. คุณค่าและความเชื่อ	เชื่อมั่นในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ	เชื่อมั่นในการรักษาและตั้งใจปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพนำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน 3 ระยะ ระยะวิกฤติ ระยะวิกฤติ และระยะฟื้นฟู ดังนี้

ตารางที่ 4 ตารางข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
การพยาบาลในระยะวิกฤติ 1. เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เนื่องจาก มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรค 2. การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก มีการหลั่งเสมหะเพิ่มขึ้นร่วมกับประสิทธิภาพการไอลดลงจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม 3. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจาก มีการตีบแคบของหลอดลมและการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจากภาวะกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือการลุกลามของการติดเชื้อเนื่องจาก มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างและประสิทธิภาพการกำจัดเชื้อของระบบทางเดินหายใจลดลง (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 2)	**ข้อมูลสนับสนุน** กรณีศึกษาที่ 1: มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะ RR 36 ครั้ง/นาที SpO_2 90% ขณะหายใจอากาศธรรมดา ฟังปอดพบ Wheezing ทั้งสองข้าง CXR พบ Hyperinflation และต้องได้รับ HFNC ร่วมกับยาขยายหลอดลมและคอร์ติโคสเตียรอยด์ กรณีศึกษาที่ 2: มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะมาก RR 30 ครั้ง/นาที ฟังปอดพบ Biphasic wheezing ทั้งสองข้าง CXR พบ Bilateral interstitial infiltration สอดคล้องกับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ต้องได้รับ HFNC ยาขยายหลอดลม คอร์ติโคสเตียรอยด์ และยาปฏิชีวนะ **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยมีทางเดินหายใจโล่ง สามารถระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซได้อย่างเพียงพอ ขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลว และกรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีการลุกลามของการติดเชื้อ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอัตรา จังหวะ และลักษณะการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และติดตามค่า SpO_2 อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจนและประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ[1,8,9] (ข้อวินิจฉัย 1,2,3) 2. ประเมินเสียงปอด ลักษณะ ปริมาณ สี และความเหนียวของเสมหะ รวมทั้งความสามารถในการไอขับเสมหะทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามการอุดกั้นของทางเดินหายใจและการตอบสนองต่อการรักษา[1,8,9] (ข้อวินิจฉัย 1,2,3) 3. ติดตามผลการตรวจ Arterial Blood Gas (ABG) ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ[1,8,9] (ข้อวินิจฉัย1,3,4) 4. จัดท่าศีรษะสูง (High Fowler's position) และเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอดและเพิ่มประสิทธิภาพการระบายอากาศ [1,9] (ข้อวินิจฉัย 1,2,3) 5. ดูแลการให้ออกซิเจนด้วย High Flow Nasal Cannula (HFNC) หรืออุปกรณ์ตามแผนการรักษา โดยติดตามให้ค่า SpO_2 อยู่ในช่วงเป้าหมาย 88–92% และเฝ้าระวังภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง[1](ข้อวินิจฉัย 1,3) 6. ส่งเสริมการหายใจแบบ Pursed-lip breathing และ Diaphragmatic breathing รวมทั้งฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อเพิ่มการระบายอากาศและช่วยขับเสมหะ[1,9](ข้อวินิจฉัย 1,2,3) 7. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ยาพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยาละลายเสมหะ และยาอื่น ๆ ตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของยา[1,10](ข้อวินิจฉัย 1,2,3) 8. ส่งเสริมให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ หากไม่มีข้อห้าม เพื่อช่วยลดความเหนียวของเสมหะและเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเสมหะ[8,9] (ข้อวินิจฉัย 2,3) 9. ดูแลการระบายเสมหะ ได้แก่ Chest physiotherapy การเคาะปอด การสั่นปอด หรือการดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ (Aseptic technique)[1,8,9] (ข้อวินิจฉัย 2,3,4) 10. ประเมินอุณหภูมิร่างกาย สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ติดตามผล CBC และผลเพาะเชื้อตามแผนการรักษา[1,10](ข้อวินิจฉัย 4) 11. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ติดตามการตอบสนองต่อยา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์[1,10](ข้อวินิจฉัย 4) 12. ปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Standard precautions) และแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามสุขอนามัยของระบบทางเดินหายใจ เช่น การล้างมือ การปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม [2,10] (ข้อวินิจฉัย 4) 13. ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น SpO2 ลดลง ซึมลง หรือมีสัญญาณของภาวะหายใจล้มเหลว ให้รีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที[1] (ข้อวินิจฉัย 1,2,3,4)
การพยาบาลในระยะกึ่งวิกฤติ 5. ทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงและการใช้ออกซิเจนของร่างกายไม่เพียงพอ 6. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	**ข้อมูลสนับสนุน** กรณีศึกษาที่ 1: ภายหลังผ่านระยะวิกฤติยังมีอาการเหนื่อยง่ายจากภาวะกำเริบของ COPD ต้องได้รับออกซิเจนและจำกัดกิจกรรมในระยะแรก มีความกังวลเกี่ยวกับอาการหายใจลำบากและการเจ็บป่วย

ตารางที่ 4 ตารางข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
เนื่องจาก หายใจลำบาก ต้องพึ่งพาออกซิเจน 7. เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เนื่องจาก พยาธิสภาพโรคเบาหวานร่วมกับภาวะติดเชื้อและได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (เฉพาะกรณีศึกษาที่ 2)	กรณีศึกษาที่ 2: มีอาการเหนื่อยง่ายและความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจาก COPD exacerbation ร่วมกับ Pneumonia ต้องได้รับออกซิเจน มีโรคร่วม DM, HT และ DLP และได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือไม่คงที่ **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยสามารถเพิ่มระดับกิจกรรมได้ตามศักยภาพโดยไม่เกิดอาการหอบเหนื่อยรุนแรง มีความวิตกกังวลลดลง สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษา และกรณีศึกษาที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเป้าหมายตามแผนการรักษาโดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำรุนแรง **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและเพิ่มระดับกิจกรรมได้ตามศักยภาพ 2. ไม่มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงหรือ SpO_2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทำกิจกรรม 3. ชีพจรและอัตราการหายใจหลังทำกิจกรรมกลับเข้าสู่ระดับใกล้เคียงก่อนทำกิจกรรมหลังได้พัก 4. ผู้ป่วยบอกว่าความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการรักษา 5. ผู้ป่วยสามารถใช้เทคนิคการหายใจได้ถูกต้อง 6. กรณีศึกษาที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเป้าหมายตามแผนการรักษา และไม่มีอาการแสดงของ Hypoglycemia หรือ Hyperglycemia **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับอาการเหนื่อย (Dyspnea score) ความทนต่อกิจกรรม อัตราการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต และค่า SpO_2 ก่อน ระหว่าง และหลังทำกิจกรรม เพื่อประเมินการตอบสนองของระบบหัวใจและปอดต่อการใช้พลังงาน [1,8,9,10] (ข้อวินิจฉัย 5) 2. วางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย โดยเริ่มจากกิจกรรมเบา สลับกับการพักผ่อน และเพิ่มระดับกิจกรรมทีละน้อยตามความสามารถ เพื่อป้องกันการใช้ออกซิเจนเกินความต้องการของร่างกาย [1,8,9] (ข้อวินิจฉัย 5) 3. ส่งเสริมการฝึกหายใจแบบ Pursed-lip breathing และ Diaphragmatic breathing ระหว่างทำกิจกรรม พร้อมสอนการประหยัดพลังงาน (Energy conservation techniques) เพื่อช่วยลดอาการหอบเหนื่อยและเพิ่มประสิทธิภาพการระบายอากาศของปอด [1,9,10] (ข้อวินิจฉัย 5,6) 4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพ พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเหนื่อย เพื่อลดภาระการทำงานของระบบหายใจและส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง [8,9] (ข้อวินิจฉัย 5,6) 5. ประเมินระดับความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามปัญหา รับฟังความรู้สึก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และแผนการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการรักษา [8,9,10] (ข้อวินิจฉัย 6) 6. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดของผู้ป่วย [8,9] (ข้อวินิจฉัย 6) 7. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์หรือมีภาวะติดเชื้อ [1,10] (ข้อวินิจฉัย 7) 8. ดูแลให้ได้รับยาเบาหวานหรืออินซูลินตามแผนการรักษา ติดตามผลข้างเคียงของยา และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด [1,10] (ข้อวินิจฉัย 7) 9. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ รวมทั้งการปฏิบัติตัวระหว่างได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย [1,10] (ข้อวินิจฉัย 7) 10. ประเมินผลการตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ค่า SpO_2 ลดลง หรือระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา [1] (ข้อวินิจฉัย 5,6,7)
การพยาบาลในระยะฟื้นฟู 8. เสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะกำเริบ	**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีประวัติ COPD และเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญจากประวัติการสูบบุหรี่เรื้อรัง ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 มี Pneumonia เป็น

ตารางที่ 4 ตารางข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมทางการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
เฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเนื่องจากพร่องความรู้ในการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ปัจจัยกระตุ้นร่วมกับโรคร่วมหลายโรค ได้แก่ DM, HT และ DLP ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการใช้ยาสูดพ่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การสังเกตอาการเตือน และการจัดการโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบและการกลับเข้ารักษาซ้ำ **วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการจัดการโรค COPD สามารถใช้ยาและยาสูดพ่นได้อย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น สังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบ และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลอธิบายสาเหตุ ปัจจัยกระตุ้น และแนวทางป้องกัน AECOPD ได้ 2. สามารถสาธิตการใช้ยาสูดพ่นได้ถูกต้องตามขั้นตอน 3. สามารถบอกอาการเตือน ได้แก่ เหนื่อยมากขึ้น ไอเพิ่มขึ้น เสมหะเพิ่มหรือเปลี่ยนสี และทราบว่าควรมารับบริการเมื่อใด 4. กรณีศึกษาที่ 1 มีแผนเลิกบุหรี่และหลีกเลี่ยงควัน ฝุ่น และมลพิษ 5. กรณีศึกษาที่ 2 เข้าใจการป้องกันการติดเชื้อและการควบคุม DM, HT และ DLP อย่างต่อเนื่อง 6. ผู้ป่วยสามารถฝึก Pursed-lip breathing และปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเหมาะสม 7. ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจแผนการใช้ยา วันนัดติดตาม และช่องทางเข้ารับบริการเมื่อมีอาการผิดปกติ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเอง ทั้งด้านการใช้ยา การสังเกตอาการกำเริบ การออกกำลังกาย และการป้องกันปัจจัยกระตุ้น เพื่อวางแผนการให้ความรู้ที่เหมาะสม[1,8,9,10] 2. สอนและให้ผู้ป่วยสาธิตการใช้ยาสูดพ่น (Inhaler technique) ด้วยวิธี Teach-back พร้อมแก้ไขข้อบกพร่องจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจากการใช้ยาที่ถูกวิธีช่วยลดอัตราการกำเริบและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การใช้ยาพ่นอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค[1,10] 4. แนะนำการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น เช่น การสูบบุหรี่ ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง มลพิษทางอากาศ การเผาไหม้ และการสัมผัสผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ[1,10] 5. สอนการสังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบ ได้แก่ หอบเหนื่อยมากขึ้น ไอเพิ่มขึ้น เสมหะมากขึ้นหรือเปลี่ยนสี มีไข้ หรือใช้ยาพ่นฉุกเฉินบ่อยขึ้น พร้อมแนะนำให้รีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการดังกล่าว[1,10] 6. ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) โดยแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกการหายใจแบบ Pursed-lip breathing และ Diaphragmatic breathing รวมทั้งการประหยัดพลังงานในการทำกิจวัตรประจำวัน[1,10] 7. ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และให้คำปรึกษาหรือส่งต่อเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ในรายที่ยังสูบบุหรี่ เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการชะลอการดำเนินของโรค[1,10] 8. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีนตามแนวทาง ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี และวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและการกำเริบของโรค[1,10] 9. วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้หลัก D-METHOD พร้อมนัดติดตามอาการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชน[8,9,10] 10. ส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ การพามาพบแพทย์ตามนัด และการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ[8,9,10]

ประเมินผลทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 มีอาการของโรคปอดอักเสบมีอาการเริ่มต้นของภาวะหายใจภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามระยะของการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการทางระบบหายใจดีขึ้น อาการหอบเหนื่อยลดลง สามารถไอและขับเสมหะได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อัตราการหายใจและระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ใน

เกณฑ์เป้าหมาย สามารถลดและหยุดการให้ออกซิเจนได้ตามลำดับ โดยไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน กรณีศึกษารายที่ 2 ซึ่งมีภาวะปอดอักเสบร่วมด้วยตอบสนองต่อการรักษาและไม่พบการลุกลามของการติดเชื้อ รวมทั้งได้รับการติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสม ในระยะฟื้นฟู ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้นโดยไม่มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรง ความวิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการจัดการโรคเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายการใช้ยาและยาสูดพ่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการสังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบได้ โดยกรณีศึกษารายที่ 1 เน้นการหลีกเลี่ยงและเลิกสูบบุหรี่ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เน้นการป้องกันการติดเชื้อและควบคุมโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และได้รับการวางแผนติดตามต่อเนื่องที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันการกำเริบและลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการสำคัญคล้ายคลึงกัน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะ และมีภาวะพร่องออกซิเจน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกพบว่าปัจจัยกระตุ้นการกำเริบและความซับซ้อนของการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการพยาบาลและการวางแผนป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำแตกต่างกันด้วย

กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยกระตุ้นสำคัญจากการสูบบุหรี่เรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม การทำลายถุงลม และการเสื่อมของสมรรถภาพปอด ส่งผลให้เกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันได้ง่าย ขณะที่กรณีศึกษารายที่ 2 มีการติดเชื้อปอดอักเสบเป็นปัจจัยกระตุ้นร่วมกับโรคร่วมหลายชนิด ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้การดำเนินโรคมีความซับซ้อนมากกว่า ต้องเฝ้าระวังทั้งภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และการควบคุมโรคร่วมควบคู่กัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ที่ระบุว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจและการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายชนิดมีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำและการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม[1]

ผลการศึกษายังพบว่าการพยาบาลในระยะวิกฤติมีบทบาทสำคัญในการลดความรุนแรงของภาวะกำเริบ โดยมุ่งเน้นการประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซ การเปิดทางเดินหายใจ การช่วยให้ขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ออกซิเจนอย่างเหมาะสม และการเฝ้าระวังการติดเชื้อร่วมกับการรักษาตามแนวทางมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอาการหอบเหนื่อยลดลง สามารถลดการให้ออกซิเจนได้ และไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ขณะที่ในระยะกึ่งวิกฤติ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การส่งเสริมการทำกิจกรรมตามความสามารถ การลดความวิตกกังวล และการควบคุมโรคร่วม โดยเฉพาะระดับน้ำตาลในเลือดของกรณีศึกษารายที่ 2 มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น และพร้อมเข้าสู่ระยะเตรียมจำหน่าย

ประเด็นสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือ การป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำควรเริ่มตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังนอนรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเอง การฝึกใช้ยาสูดพ่นอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของภาวะกำเริบ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การเลิกสูบบุหรี่ และการควบคุมโรคร่วม รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Self-management และ Pulmonary Rehabilitation ที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถลดอัตราการกำเริบ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ[1,10]

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นเฉพาะราย ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการโรคของผู้ป่วย ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว [1,11]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นการกำเริบของโรคเป็นรายบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ การใช้ยาสูดพ่น และโรคร่วม เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

2. ด้านการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ควรส่งเสริมการจัดการตนเอง ฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น การสังเกตอาการเตือน การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นระบบ

3. ด้านระบบบริการสุขภาพ ควรพัฒนาระบบติดตามหลังจำหน่ายที่เชื่อมโยงระหว่างหอผู้ป่วย คลินิก COPD ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและลดการกำเริบหรือกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2025 report. Fontana (WI): GOLD; 2025.
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Jul 12]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)
3. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2566.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567.
5. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, Lareau SC, Marciniuk DD, Puhan MA, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society policy statement: enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2015;192(11):1373-86.
6. โรงพยาบาลหนองเรือ. รายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วย COPD with Acute Exacerbation จากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2565–2568. ขอนแก่น: โรงพยาบาลหนองเรือ; 2568. (เอกสารภายใน)
7. Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis: Jones & Bartlett Learning; 2009.
8. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editors. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024–2026. 13th ed. New York: Thieme; 2024.
9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
10. กรมการแพทย์. แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2566.
11. Reducing hospital readmissions in chronic obstructive pulmonary disease patients: current treatments and preventive strategies. 2025

ผลลัพธ์ของการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

Outcomes of High-Flow Nasal Cannula (HFNC) Use in Pediatric Patients With Respiratory Distress at Somdet Phra Yuparat Nakhon Thai Hospital, Phitsanulok Province.

(Received: July 18,2026 ; Revised: July 21,2026 ; Accepted: September 2,2026)

วรัญญากานต์ สุขนาบัว[1]
Warunyakan Suknabua[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลสำเร็จของการใช้ HFNC ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือน–15 ปี ที่ได้รับ HFNC จำนวน 110 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2564 – ธันวาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการรักษาด้วย paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.09) อายุเฉลี่ย 3.32±2.69 ปี และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบมากที่สุด ภายหลังได้รับ HFNC อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ขณะที่ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา (p<0.001) ผู้ป่วยร้อยละ 97.27 มีลักษณะการหายใจดีขึ้น ระยะเวลาการใช้ HFNC เฉลี่ย 85.79±60.18 ชั่วโมง ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.89±3.37 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และการรักษาประสบผลสำเร็จร้อยละ 96.36

คำสำคัญ : เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก, HFNC, ภาวะหายใจลำบาก, ผู้ป่วยเด็ก

Abstract

This study aimed to investigate the clinical characteristics, clinical outcomes, and treatment success of HFNC in pediatric patients with respiratory distress at Somdet Phra Yuparat Nakhon Thai Hospital, Phitsanulok Province. A survey research by retrospective study was conducted using medical records of 110 pediatric patients aged 1 month to 15 years who received HFNC therapy between February and October 2026. Descriptive statistics were used to summarize patient characteristics. Clinical outcomes before and after HFNC therapy were compared using paired t-test with a significance level of 0.05.

Results: Most patients were male (59.09%) with a mean age of 3.32±2.69 years. Pneumonia was the most common diagnosis. After HFNC therapy, respiratory rate and heart rate significantly decreased, while oxygen saturation significantly increased at all assessment time points (p<0.001). Respiratory status improved in 97.27% of patients. The mean duration of HFNC therapy was 85.79±60.18 hours, and the mean hospital stay was 5.89±3.37 days. No HFNC-related complications were documented. The treatment success rate was 96.36%.

Keywords : High-flow nasal cannula, HFNC, respiratory distress, pediatric patients

บทนำ

การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของโลก โดยเฉพาะโรคปอดอักเสบซึ่งองค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อที่สำคัญที่สุดในเด็กทั่วโลก และในปี ค.ศ. 2019 ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย

เสียชีวิต 740,180 ราย สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มโรคทางเดินหายใจยังเป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพและเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยรุนแรงในเด็ก [1,2]

สำหรับบริบทของประเทศไทย โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กยังคงพบได้บ่อยและมีความสำคัญในทางสาธารณสุข โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยเผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นของการดูแลรักษาที่มีมาตรฐานในโรคกลุ่มนี้ ขณะเดียวกัน ข้อมูลของกรมควบคุมโรคยังระบุว่าโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเป็นโรคที่พบบ่อย และบางรายอาจมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตได้ จึงเป็นโรคที่ยังต้องได้รับการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง[3,4]

ในทางคลินิก ผู้ป่วยเด็กที่มีโรคของระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคของทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น ปอดอักเสบ หลอดลมฝอยอักเสบ หรือภาวะอักเสบของทางเดินหายใจ อาจเกิดภาวะหายใจลำบากและพร่องออกซิเจนจนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะรุนแรงมากขึ้นจนเข้าใกล้ภาวะหายใจล้มเหลว การพยุงระบบหายใจอย่างเหมาะสมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กในบริบททรัพยากรจริงของหน่วยบริการ[2,3]

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการนำเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก หรือ High-Flow Nasal Cannula (HFNC) มาใช้มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากเป็นวิธีการช่วยหายใจแบบไม่รุกล้ำที่สามารถให้อากาศผสมออกซิเจนซึ่งผ่านการทำให้อุ่นและเพิ่มความชื้นในอัตราการไหลสูง ช่วยให้ได้ความเข้มข้นของออกซิเจนที่ค่อนข้างคงที่ ลด nasopharyngeal dead space และอาจช่วยลดภาระงานของการหายใจได้ บททบทวนทางคลินิกและบทความทบทวนเชิงสรีรวิทยาในเด็กต่างระบุว่า HFNC เป็นทางเลือกที่ถูกนำมาใช้เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะพร่องออกซิเจนหรือมีภาวะหายใจลำบาก อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของการใช้ HFNC อาจแตกต่างกันได้ตามอายุผู้ป่วย สาเหตุของโรค ความรุนแรงของอาการ ข้อบ่งชี้ในการเริ่มใช้ และระบบเฝ้าระวังอาการของแต่ละโรงพยาบาล[5,6]

นอกจากนี้ แนวทางจาก Texas Children's Hospital ยังสนับสนุนการใช้ HFNC ในเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก และเน้นว่าควรติดตามการตอบสนองต่อการรักษาอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอาการทางคลินิกในระยะแรกของการรักษา เพื่อช่วยจำแนกผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อ HFNC ออกจากผู้ป่วยที่อาจต้องได้รับการรักษาในระดับสูงขึ้น ข้อเสนอแนะดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การใช้ HFNC ในทางปฏิบัติไม่ได้ขึ้นอยู่เพียงการมีอุปกรณ์ แต่ยังขึ้นกับระบบประเมินอาการ การคัดเลือกผู้ป่วย และการติดตามผลอย่างเป็นระบบภายในหน่วยบริการ [7]

เมื่อพิจารณาในบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากจากโรคระบบทางเดินหายใจและสาเหตุอื่น ๆ การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ HFNC จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงระบบบริการ เนื่องจากจะช่วยให้ทราบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HFNC ในสถานการณ์จริงของโรงพยาบาล เช่น การเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิก ความสำเร็จของการรักษา ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากของหน่วยบริการ และอาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาในอนาคตได้อย่างเหมาะสม[5,7]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์ของการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้ข้อมูล

จากเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนผลลัพธ์ของการรักษาในบริบทจริงของหน่วยบริการ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากให้เหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป[2,6]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1.เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (HFNC) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

2.เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยพิจารณาจากอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ลักษณะการหายใจ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อน

3.เพื่อศึกษาผลสำเร็จและความล้มเหลวของการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective study) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การศึกษามุ่งอธิบายลักษณะผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ความสำเร็จของการใช้ HFNC ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายผลลัพธ์จากข้อมูลจริงในระบบบริการ โดยมิได้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่มีภาวะหายใจลำบากซึ่งได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด โดยมีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากซึ่งได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) และมีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือกและไม่เข้าเกณฑ์การคัดออก โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบรวมทั้งหมด (Total sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด หลักการทางคลินิก และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (High-Flow Nasal Cannula: HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก

การดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 โดยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 110 ราย จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ก่อนบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปอย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ของการรักษา สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (HFNC) ใช้ paired t-test กรณีข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ และใช้ Wilcoxon signed-rank test กรณีข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นปกติ ส่วนผลลัพธ์การรักษา ได้แก่ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการใช้ HFNC การใส่ท่อช่วยหายใจ การส่งต่อผู้ป่วย และภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่โครงการวิจัย 019/2569 เอกสารรับรองเลขที่ PREC 020 - 2569 วันที่รับรอง 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 3.32 ± 2.69 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 14.96 ± 8.04 กิโลกรัม การวินิจฉัยโรคหลักส่วนใหญ่เป็น pneumonia และส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม

ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้ HFNC

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดก่อนและภายหลังได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูกในช่วงเวลาต่าง ๆ

ตัวแปรและช่วงเวลาที่เปรียบเทียบ	n	ก่อนใช้ HFNC Mean ± SD	หลังใช้ HFNC Mean ± SD	t	df	p-value
อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)						
ก่อนใช้ กับ 1 ชั่วโมง	110	44.16 ± 7.96	37.21 ± 5.70	12.25	109	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 6 ชั่วโมง	110	44.16 ± 7.96	33.69 ± 4.79	16.37	109	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 12 ชั่วโมง	109	44.29 ± 7.87	31.63 ± 4.57	20.74	108	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 24 ชั่วโมง	109	44.29 ± 7.87	29.21 ± 3.94	23.12	108	<0.001*
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)						
ก่อนใช้ กับ 1 ชั่วโมง	109	149.14 ± 16.30	137.61 ± 14.27	7.98	108	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 6 ชั่วโมง	109	149.14 ± 16.30	128.09 ± 12.85	13.77	108	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 12 ชั่วโมง	109	149.14 ± 16.30	118.03 ± 13.62	19.38	108	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 24 ชั่วโมง	108	149.15 ± 16.38	108.04 ± 15.41	23.58	107	<0.001*
ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (%)						

ก่อนใช้ กับ 1 ชั่วโมง	109	94.61 ± 3.68	98.50 ± 1.49	-12.47	108	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 6 ชั่วโมง	109	94.61 ± 3.68	99.66 ± 0.82	-14.50	108	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 12 ชั่วโมง	109	94.61 ± 3.68	99.87 ± 0.51	-14.82	108	<0.001*
ก่อนใช้ กับ 24 ชั่วโมง	109	94.61 ± 3.68	99.93 ± 0.45	-15.08	108	<0.001*

หมายเหตุ *วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.001*

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (HFNC) ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ขณะที่ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษาในทุกช่วงเวลา ได้แก่ 1 ชั่วโมง 6 ชั่วโมง 12 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง ($p < 0.001$)

ลักษณะการหายใจหลังได้รับ HFNC

ภายหลังได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (HFNC) ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีลักษณะการหายใจดีขึ้น จำนวน 107 ราย (ร้อยละ 97.27) ขณะที่มีผู้ป่วยอาการคงเดิม 2 ราย (ร้อยละ 1.82) และอาการแย่ลง 1 ราย (ร้อยละ 0.91) ระยะเวลาการใช้ HFNC เฉลี่ย 85.79 ± 60.18 ชั่วโมง และมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.89 ± 3.37 วัน นอกจากนี้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ HFNC ในผู้ป่วยที่ศึกษา

ผลสำเร็จและความล้มเหลวของการใช้ HFNC

ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่รักษาด้วย HFNC ได้สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 96.36 ส่วนการรักษาล้มเหลวพบร้อยละ 3.64 โดยผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มที่ล้มเหลวได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากซึ่งได้รับการรักษาด้วยเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (HFNC) จำนวน 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 3.32 ± 2.69 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 14.96 ± 8.04 กิโลกรัม และได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็นกลุ่มปอดอักเสบมากที่สุด ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Sunkonkit และคณะ ซึ่งพบว่าโรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุของภาวะหายใจลำบากที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HFNC โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุมัธยฐาน 16 เดือนและเป็นเพศชายร้อยละ 50.8[8] ความสอดคล้องนี้อาจอธิบายได้ว่า ภาวะปอดอักเสบทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง และภาระงานของการหายใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการพยุงระบบหายใจด้วย HFNC อย่างไรก็ตาม อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้สูงกว่างานวิจัยดังกล่าว อาจเกิดจากเกณฑ์อายุที่รวมผู้ป่วยตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี รวมทั้งความแตกต่างของลักษณะประชากรและรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ภายหลังได้รับ HFNC ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ขณะที่ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา ได้แก่ 1, 6, 12 และ 24 ชั่วโมง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา ($p<0.001$) และผู้ป่วยร้อยละ 97.27 มีลักษณะการหายใจดีขึ้น ผลดังกล่าวสะท้อนว่า HFNC สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้ออกซิเจน ลดภาระงานของการหายใจ และทำให้สัญญาณชีพของผู้ป่วยดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Sitthikarnkha และคณะ ซึ่งพบว่าเด็กที่ได้รับ HFNC มีคะแนนความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับการให้ออกซิเจนแบบทั่วไป[9] นอกจากนี้ การศึกษาของ Sunkonkit และคณะยังพบว่า การลดลงของอัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจน้อยกว่าร้อยละ 20 ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเริ่ม HFNC มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของการรักษา[8] จึงสนับสนุนว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการ

หายใจและอัตราการเต้นของหัวใจในช่วงแรกเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับประเมินการตอบสนองต่อ HFNC

ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ใช้ HFNC เฉลี่ย 85.79 ± 60.18 ชั่วโมง และมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.89 ± 3.37 วัน โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ HFNC ระยะเวลานอนโรงพยาบาลดังกล่าวสั้นกว่าการศึกษาของ Sunkonkit และคณะ ซึ่งพบระยะเวลานอนโรงพยาบาลมัธยฐาน 11 วัน และพบภาวะแทรกซ้อนจาก HFNC ร้อยละ 4.8 ได้แก่ เลือดกำเดา แผลกดทับบริเวณจมูก และท้องอืด[8] ความแตกต่างอาจเกิดจากระดับความรุนแรงของโรค โรคร่วม เกณฑ์การรับผู้ป่วย และแนวทางการส่งต่อของแต่ละสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม การไม่พบภาวะแทรกซ้อนในการศึกษาครั้งนี้ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน ภาวะแทรกซ้อนที่มีอาการเล็กน้อยอาจไม่ได้รับการบันทึกไว้อย่างครบถ้วน อีกทั้งผลการทดลองแบบสุ่มในผู้ป่วยเด็กวิกฤตพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการช่วยหายใจแบบไม่รุกล้ำคือการบาดเจ็บบริเวณจมูก แม้อุบัติการณ์ในกลุ่ม HFNC จะต่ำกว่ากลุ่ม CPAP ก็ตาม[10]

ด้านผลสำเร็จและความล้มเหลวของการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 106 ราย หรือร้อยละ 96.36 ประสบผลสำเร็จจากการใช้ HFNC ขณะที่ผู้ป่วย 4 ราย หรือร้อยละ 3.64 มีผลการรักษาล้มเหลวและได้รับการส่งต่อเพื่อยกระดับการรักษา อัตราความล้มเหลวในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าการศึกษาของ Sunkonkit และคณะ ซึ่งพบความล้มเหลวร้อยละ 16.4 [8] และต่ำกว่าการศึกษาของ Sitthikarnkha และคณะ ซึ่งพบความล้มเหลวในกลุ่ม HFNC ร้อยละ 8.2 [9] นอกจากนี้ Kelly และคณะศึกษาผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี จำนวน 498 ราย พบว่าการใช้ HFNC ล้มเหลวและต้องใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 8 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลว ได้แก่ อัตราการหายใจแรกรับสูงกว่าค่าร้อยละ 90 ตามอายุ ค่า PCO_2 มากกว่า 50 มิลลิเมตรปรอท และค่า pH ต่ำกว่า 7.30[11] ความแตกต่างของอัตราความล้มเหลวอาจเกิดจากนิยามความล้มเหลวที่แตกต่างกัน เนื่องจากบางการศึกษานิยามความล้มเหลวว่าเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจหรือเปลี่ยนไปใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดอื่น ขณะที่การศึกษาครั้งนี้ใช้การส่งต่อหรือการยกระดับการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ความล้มเหลว รวมถึงความแตกต่างด้านความรุนแรงของผู้ป่วยและศักยภาพของสถานพยาบาล

แม้การศึกษาครั้งนี้จะพบอัตราความสำเร็จสูง แต่การใช้ HFNC จำเป็นต้องประเมินการตอบสนองอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการส่งต่อหรือการใส่ท่อช่วยหายใจล่าช้า การศึกษาของ Kim และคณะพบว่า ค่าอัตราส่วน SpO_2/FiO_2 ต่ำกว่า 230 เมื่อเริ่ม HFNC และต่ำกว่า 200 ภายหลังรักษา 2 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวของ HFNC โดยผู้ที่มีค่า SpO_2/FiO_2 ต่ำกว่า 200 ที่ 2 ชั่วโมง มีโอกาสรักษาล้มเหลวเพิ่มขึ้นประมาณ 12.83 เท่า[12] เช่นเดียวกับการศึกษาอีกฉบับซึ่งพบว่า การไม่สามารถเพิ่มค่า SpO_2/FiO_2 ให้มากกว่า 200 ภายใน 60 นาที ควรถือเป็นสัญญาณเตือนให้พิจารณายกระดับการช่วยหายใจ[13] ดังนั้น การติดตามเพียงอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอาจยังไม่เพียงพอ ควรเพิ่มการบันทึกค่า FiO_2 อัตราการไหลของออกซิเจนต่อน้ำหนักตัว อัตราส่วน SpO_2/FiO_2 และคะแนนความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากในช่วง 1–2 ชั่วโมงแรก เพื่อช่วยจำแนกผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อความล้มเหลวและพิจารณาส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครบถ้วน โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กชายและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ ภายหลังใช้ HFNC ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนและลักษณะการหายใจดีขึ้น มีอัตราความสำเร็จของการรักษาสูง และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการบันทึก อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาระบบประเมินการตอบสนองในระยะแรก กำหนดนิยามความสำเร็จและความล้มเหลวให้ชัดเจน และบันทึกภาวะแทรกซ้อน

อย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดความเสี่ยงจากการส่งต่อหรือยกระดับการรักษาที่ล่าช้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรกำหนดแนวทางการใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางสายแคนนูลาเข้าจมูก (HFNC) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากให้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันท่วงที

2. ควรมีการติดตามการตอบสนองต่อการรักษาอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และอาการทางคลินิกในช่วง 1–2 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มใช้ HFNC เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาและพิจารณาการยกระดับการรักษาได้อย่างเหมาะสม

3. ควรพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลทางคลินิกและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC ให้มีความครบถ้วนและเป็นมาตรฐาน โดยเฉพาะข้อมูลภาวะแทรกซ้อน สาเหตุของการรักษาล้มเหลว และข้อมูลหลังการส่งต่อ เพื่อใช้ในการติดตามคุณภาพการดูแลรักษาและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จและความล้มเหลวของการใช้ HFNC เช่น อายุ โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค ค่า SpO_2/FiO_2 ค่า FiO_2 และอัตราการไหลของออกซิเจน เพื่อพัฒนาแบบจำลองในการทำนายผลการรักษา

2. ควรดำเนินการศึกษาแบบหลายศูนย์ (Multicenter study) หรือเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงไปยังผู้ป่วยในบริบทที่หลากหลายได้มากขึ้น

3. ควรมีการติดตามผลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายหรือหลังการส่งต่อ รวมถึงศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการรักษา เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้ HFNC ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ ตลอดจนคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบความถูกต้องของงานวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงการศึกษาให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูล อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ซึ่งข้อมูลจากการรักษาเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้กำลังใจ สนับสนุน และช่วยเหลือในทุกด้านจนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. (2567). โรคที่สำคัญ สถานการณ์โรคติดต่อในเด็ก ปี 2566. https://ddc.moph.go.th/uploads/files/4148720240312035207.pdf

2.จันโทสุทธิ์ ห., และ ภูมาศ ส. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากที่ใช้ออกซิเจน High-Flow Nasal cannula (HFNC) โรงพยาบาลวาปีปทุม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 8(15), 198-210.

3.ชูพินิจรอบคอบ ภ. (2023). ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนแบบผสมอากาศอัตราการไหลสูง. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 8(1), 28–45.

4.ธิปเทศ, พ.บ. เ. (2023). การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ High Flow Nasal Cannula ในผู้ป่วยทารกแรกเกิด ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(พิเศษ), p. 56–64.

5.พิมพ์จันทร์ ศ. (2022). ผลการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากด้วยการใช้เครื่องให้อากาศผสมออกซิเจนอัตราการไหลสูงในโรงพยาบาลหนองบัวแดง.ชัยภูมิเวชสาร, 42(1), 47-54.

6.ยงค์ประดิษฐ จ. . (2022). ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความล้มเหลวของการใช้ High flow nasal cannula (HFNC) ในทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 61(1), 25–38.

7.ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562. https://drive.google.com/file/d/1nn75ETIG9JVRfKO_G2wlcT6sNq_vfjoM/view

8.Sunkonkit K, Kungsuwan S, Seetaboot S, Reungrongrat S. Factors associated with failure of using high flow nasal cannula in children. Clin Respir J. 2022;16(11):732-9. doi:10.1111/crj.13533.

9.Sitthikarnkha P, Samransamruajkit R, Prapphal N, Deerojanawong J, Sritippayawan S. High-flow nasal cannula versus conventional oxygen therapy in children with respiratory distress. Indian Pediatr. 2018;55(4):321-5.

10.Ramnarayan P, Richards-Belle A, Drikite L, et al. Effect of high-flow nasal cannula therapy vs continuous positive airway pressure therapy on liberation from respiratory support in acutely ill children admitted to pediatric critical care units: a randomized clinical trial. JAMA. 2022;328(2):162-72.

11.Kelly GS, Simon HK, Sturm JJ. High-flow nasal cannula use in children with respiratory distress in the emergency department: predicting the need for subsequent intubation. Pediatr Emerg Care. 2013;29(8):888-92. doi:10.1097/PEC.0b013e31829e7f2f.

12.Kim GE, Choi SH, Park M, et al. SpO_2/FiO_2 as a predictor of high flow nasal cannula outcomes in children with acute hypoxemic respiratory failure. Sci Rep. 2021;11:13439.

13.Er A, Çağlar A, Akgül F, et al. Predictive factors for the outcome of high flow nasal cannula therapy in a pediatric intensive care unit: is the SpO_2/FiO_2 ratio useful? J Crit Care. 2018;44:436-44.

ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
Effect of a sandbag exercise program on the severity of osteoarthritis in the elderly.

(Received: September 2,2026 ; Revised: September 10,2026 ; Accepted: September 16,2026)

ญาสิณี ทองมี[1] ปัณณทัต จันพานิช[1] โสพิน พิมเทพา[2] จุฑามาศ แก้วจันดี[3]
Yasinee Thongmee Pannathat Chanpanit[1] Sopin Pimtepa[2] Chuthamat Kaewchandee[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่าและเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะดอบ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานใช้ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้การป้องกันความรุนแรง (การรับรู้สาเหตุ) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=28.63; SD=1.47) การรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง (พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย) และการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=28.93; SD=1.04), (Mean =27.07; SD=2.36), (Mean =29.80; SD= 5.63) ตามลำดับ ซึ่งหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการของพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าในทุกมิติ โดยองศาการงอข้อเข่าซ้าย (Mean=91.12; SD=10.12) องศาการเหยียดข้อเข่าซ้าย (Mean=93.33; SD=16.59) ในส่วนของข้อเข่าขวา พบว่า องศาการงอ (Mean=104.50; SD=13.15) และองศาการเหยียด (Mean=87.17; SD=8.58) โดยองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นในทุกมิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ องศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of of a sandbag exercise program on the severity of osteoarthritis in the elderly. The participants consisted of 30 older adults with knee pain who received services at Tadop Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Si Sa Ket District, Si Sa Ket Province, Thailand. The intervention was a sandbag exercise program designed to reduce the severity of knee osteoarthritis in older adults. The program was implemented over a 12-week period from March to May 2026. Data were collected before and after the intervention using a structured questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to summarize the data. Inferential statistics were analyzed using the paired-samples t-test, with the level of statistical significance set at $p < 0.05$.

[1] สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
[3] สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ Correspondence author: chuthamat.k@sskru.ac.th

The results showed that, after completing the intervention, participants demonstrated significantly improved perceptions of knee osteoarthritis prevention (perceived causes), with a high mean score (Mean = 28.63, SD = 1.47). Perceived illness severity, preventive behaviors related to exercise, and dietary behaviors for preventing knee osteoarthritis also reached high levels, with mean scores of 28.93 (SD = 1.04), 27.07 (SD = 2.36), and 29.80 (SD = 5.63), respectively. All post-intervention mean scores were significantly higher than the pre-intervention scores (P-value <0.05). Comparison of the knee range of motion (ROM) before and after participation in the sandbag exercise program revealed significant improvements in all measured dimensions. The mean left knee flexion was 91.12° (SD = 10.12), left knee extension was 93.33° (SD = 16.59), right knee flexion was 104.50° (SD = 13.15), and right knee extension was 87.17° (SD = 8.58). Overall, knee joint range of motion improved significantly following the intervention in every dimension (p-value <0.05).
Keywords: Elderly, Sandbag exercise program, osteoarthritis in the elderly, Knee range of motion (ROM)

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่ากลุ่มโรคระบบอุบัติการณ์ของโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal Disorders) มีอัตราความชุกเพิ่มสูงขึ้น จากเดิม 400 ล้านคน เป็น 570 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis: OA) ซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ มีอัตราอุบัติการณ์ทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 1,700 ถึง 2,693 คนต่อประชากร 100,000 คน[1] สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขระบุว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคน หรือคิดเป็นอัตราป่วย 11,330 คนต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 เท่าเนื่องจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง[2] โรคข้อเข่าเสื่อมจึงจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของโรคจะมากขึ้นตรงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า 45 ปี จะพบความชุกของโรคในเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่เมื่อเข้าสู่วัย 50 ปีขึ้นไป จะพบอุบัติการณ์ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญถึง ร้อยละ 60 เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังหมดประจำเดือน ซึ่งส่งผลต่อความหนาแน่นและการเสื่อมสลายของกระดูกอ่อนผิวข้อ[3]

จังหวัดศรีสะเกษมีประชากรทั้งหมดประมาณ 1.46 ล้านคน และกำลังเผชิญกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยจากสถิติของสำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเติบโตอย่างก้าวกระโดด จากร้อยละ 13.5 ในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.8 ในปี พ.ศ. 2562[4] ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งในพื้นที่มีความบกพร่องทางระบบกระดูกและข้อ[5] กระบวนการเสื่อมสภาพร่วมกับการใช้งานข้อเข่าในวิถีชีวิตเกษตรกรรมส่งผลให้กระดูกอ่อนผิวข้อเสื่อมสภาพเร็วกว่าปกติ อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มอันเนื่องมาจากการสูญเสียการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าที่ลดลง นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการรักษาที่ซับซ้อน[6]

พยาธิสภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of the Knee) เริ่มต้นจากการเสื่อมสภาพและสึกกร่อนของกระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular Cartilage) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของกระดูกใต้ผิวข้อ (Subchondral Bone) และการอักเสบของเยื่อบุข้อ (Synovium) ส่งผลให้เกิดอาการทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ อาการปวดข้อเข่า (Knee Pain) ข้อติดแข็งในช่วงเช้า (Morning Stiffness) และมีเสียงดังกรอบแกรบในข้อขณะเคลื่อนไหว (Crepitus) (สมาคมวิจัยโรคข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อมสากล[7] เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะ

รุนแรง กระดูกอ่อนจะสึกกร่อนจนกระดูกเสียดสีกันโดยตรง ทำให้ข้อเข่าผิดรูป ขาโก่ง (Varus Deformity) ข้อเข่ายึด จนไม่สามารถเหยียดหรืองอเข่าได้สุด ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADLs) เช่น การลุกนั่ง การเดิน หรือการขึ้นลงบันได[8]

แม้ว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่สัมพันธ์กับความเสื่อมตามอายุ และมีอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 50–69 ปี สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของความเสี่ยงต่อภาวะข้อเข่าเสื่อม มีสูงถึงร้อยละ 38.5 โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรุนแรงของอาการ ($r = .610$, $p < .001$) พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ อาชีพข้าราชการ ภาวะอ้วน และประวัติการบาดเจ็บข้อเข่า ซึ่งจัดเป็นภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนวัยอันควร (Early-onset Osteoarthritis)[9] สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก และสมาคมวิจัยโรคข้อเสื่อมสากล ที่ระบุว่า กระบวนการสึกกร่อนของกระดูกอ่อนผิวข้อสามารถตรวจพบได้ทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีในประชากรช่วงอายุ 40-45 ปี จากปัจจัยเสี่ยงด้านน้ำหนักเกิน พฤติกรรมเน้นการนั่งทำงาน หรือประวัติการบาดเจ็บของข้อต่อในอดีต ผลกระทบจากอาการปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมส่งผลต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติ (Holistic Dimensions) ดังนี้ 1) ทางด้านร่างกายทำให้จำกัดการเคลื่อนไหวและการทรงตัว 2) ด้านจิตใจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความท้อแท้ และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Depression) จากการสูญเสียคุณค่าในตนเองเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น 3) ด้านสังคมทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวจากชุมชน ลดการปฏิสัมพันธ์ และ 4) ด้านจิตวิญญาณส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานและสูญเสียคุณภาพชีวิต ในรายที่มีระดับความรุนแรงสูงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา แพทย์จะผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Arthroplasty: TKA) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก[10] ส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของครอบครัว การสูญเสียรายได้ของผู้ดูแล และเป็นภาระงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ

แนวทางการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Management) เป็นอันดับแรก เนื่องจากปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงจากยา กลุ่มต้านการอักเสบ (NSAIDs) โดยเฉพาะการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า (Quadriceps Strengthening Exercise) ซึ่งทำหน้าที่หลักในการรองรับแรงกระแทกและพยุงข้อเข่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบรูปแบบการจัดการที่หลากหลาย เช่น การใช้ยางยืดสร้างแรงต้าน การประคบร้อน การนวดไทยและการพอกสมุนไพร การออกกำลังกายแบบไม่ลงน้ำหนักหรือแรงกระแทกต่ำ หรือทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบูรณาการทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการฤาษีดัดตนและพอกเข่าสมุนไพร สามารถลดระดับความเจ็บปวดลง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม อุปกรณ์บางประเภท เช่น ยางยืด อาจมีข้อจำกัดเรื่องความทนทาน แรงต้านที่ไม่คงที่ หรือความยากในการควบคุมท่าทางในผู้สูงอายุที่มีแรงน้อย[11]

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่า โปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย (Sandbag Exercise Program) เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสูงในการสร้างแรงต้านที่คงที่ โดยทรายเป็นวัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น ราคาถูก และเมื่อนำมาแปรรูปเย็บด้วยผ้าร่มจะช่วยเรื่องการระบายอากาศและทำความสะอาดง่าย อุปกรณ์นี้จะช่วยเพิ่มแรงต้านที่ปลายขาขณะเหยียดเข่าและงอเข่า ส่งผลให้กล้ามเนื้อ Quadriceps แข็งแรงและหนาตัวขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Range of Motion: ROM) ป้องกันข้อยึดติด และสร้างความสมดุลให้กับข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายสำหรับผู้สูงอายุ โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมความพร้อม (ประเมินคัดกรองความรุนแรงของโรค) 2) ระยะปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้หลัก 3 อ. (อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย) ร่วมกับการฝึกออกกำลังกายด้วยถุงทรายน้ำหนัก 0.5 กิโลกรัม ผูกบริเวณข้อเท้า เน้นกล้ามเนื้อ 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดต้นขาด้านใน (Vastus Medialis) กล้ามเนื้อมัดต้นขาด้านหน้า (Rectus Femoris) และกลุ่มกล้ามเนื้อสะโพกด้านนอก (Hip Abductors) ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที (เกร็งค้างไว้ 10 วินาที ทำซ้ำ 5 ครั้งต่อเซต รวม 3 เซตต่อท่า) 3) ระยะติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาผ่านคู่มือการจัดการตนเอง ร่วมกับระบบคู่หูเข่าดี (อสม.) เยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ 4) ระยะประเมินผลลัพธ์ เพื่อทดสอบว่าโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหว และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ดำเนินการช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม 2569 ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่าและเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะดอบ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 75 คน จะเป็นกลุ่มที่ได้รับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุและพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้แบบสอบถาม (Pre-test) และภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม (Post-test) ส่วนกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Sample Size Calculators[12] โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) 0.80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ 0.50 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในกลุ่มตัวอย่าง (Acceptable error)[13] ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกตามเกณฑ์ของวิทยาลัยอายุรศาสตร์โรคข้อแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Rheumatology: ACR)[14] โดยประเมินจากการมีอาการปวดข้อเข่าเรื้อรังร่วมกับมีอาการแสดงทางคลินิกอย่างน้อย 3 ใน 5 ข้อ

2) มีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมิน Oxford Knee Score (OKS)[15] ได้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 20-39 คะแนน

3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ Mahoney และ Barthel[16] มีผลรวมคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

4) ยินดีและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

5) สัญญาณชีพปกติ มีระดับความจำและการรับรู้สภาวะที่เป็นปกติ สื่อสารเข้าใจได้ดี

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยผ่าตัดข้อเข่า หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีข้อเข่าเสื่อมระยะรุนแรงผิดรูปขั้นวิกฤต หรือไม่สามารถลงน้ำหนักยืนหรือเดินได้

2) ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์หรือน้ำเลี้ยงข้อเข่าเทียมภายในระยะเวลา 6 เดือนก่อนหน้า หรืออยู่ระหว่างการรักษาโรคไขข้ออักเสบเฉียบพลันชนิดอื่น ๆ

3) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในระหว่างการวิจัย หรือขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ ย้ายที่อยู่อาศัย หรือเสียชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยตามแนวคิดการสร้างแรงต้าน และทฤษฎี HBM ของ Becker[17] ประกอบด้วยสื่อนำเสนอ (PowerPoint) วีดิทัศน์ คู่มือการจัดการตนเอง และชุดถุงทรายเย็บผ้าร่มระบายอากาศน้ำหนัก 0.5 กิโลกรัม สำหรับผูกข้อเท้าบำบัดกล้ามเนื้อรอบข้อต่อผ่าน 4 ท่าบริหารหลัก ดังนี้

ท่าที่ 1 ท่านั่งเหยียดเข่าและกระดกปลายเท้าขึ้น-ลง

ท่าที่ 2 ท่านั่งบนเก้าอี้เหยียดเข่าหมุนเข่าตามเข็มนาฬิกาและทวนเข็มนาฬิกา

ท่าที่ 3 ท่ายืนหลังเก้าอี้เอามือจับพนักพิงเก้าอี้เขย่งปลายเท้า

ท่าที่ 4 ท่ายืนแตะขาไปด้านหน้า ด้านหลังและด้านข้าง

2) แบบประเมินองศาการเคลื่อนไหวของเข่า (Knee Range of Motion Assessment) อ้างอิงเกณฑ์การจัดระดับสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของ American Medical Association[14] ประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่

(1) การงอข้อเข่า (Knee Flexion) ระดับปกติ (135–145 องศาขึ้นไป), ระดับดี (110–134 องศา), ระดับปานกลาง (90–109 องศา), ระดับพอใช้/จำกัดรุนแรง (น้อยกว่า 90 องศา)

(2) การเหยียดข้อเข่า (Knee Extension) ระดับปกติ (0 องศา), ระดับดี (ขาดจากแนวตรงไม่เกิน 5 องศา), ระดับปานกลาง (ขาดจากแนวตรง 6–15 องศา), ระดับพอใช้/จำกัดรุนแรง (มากกว่า 15 องศาขึ้นไป)

3) แบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบประเมินการรับรู้การป้องกันความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมตามกรอบทฤษฎี HBM[18] รวมจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ 10 ข้อ และการรับรู้ความเจ็บป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 10 ข้อ เกณฑ์คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (3 = เห็นด้วย, 2 = ไม่แน่ใจ, 1 = ไม่เห็นด้วย) การแปลผลรายข้อแบ่งเป็น ระดับต่ำ (1.00–1.66) ระดับปานกลาง (1.67–2.33) และระดับสูง (2.34–3.00)

2) แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม รวมจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย 10 ข้อ, พฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (3 = ปฏิบัติเป็นประจำ คือ มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์, 2 = ปฏิบัติบางครั้ง คือ 1–3 ครั้งต่อสัปดาห์, 1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย) การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น ระดับต่ำ (10–16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17–23 คะแนน) และระดับสูง (24–30 คะแนน) การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมิน โดยใช้ (IOC : Index of Item Objective Congruence)[19] โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.70 ถือว่ามีความสอดคล้อง วิผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแล้วไปทดสอบเครื่องมือกับนักศึกษาในคณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ

นบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient)[20] ได้ค่าเท่ากับ 0.80 ถือว่ามีความเหมาะสม

3. วิธีการเก็บข้อมูล

1) ขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

2) ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะดอบ เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนดำเนินการวิจัย

3) ประสานงานกับผู้นำชุมชน เพื่อขอความอนุเคราะห์และชี้แจงขั้นตอนดำเนินการวิจัย

4) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ แล้วกลุ่มตัวอย่างลงนามยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

5) ขั้นดำเนินการตามโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

6) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติและแปรผลการศึกษาวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนตามชนิดของข้อมูล และระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้การป้องกันความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

5. จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเษ เลขที่ SPPH 2025-140 วันที่รับรอง 3 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 อายุเฉลี่ย 64.57 ปี (SD= 4.06) ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 ขึ้นไป (30.00 ขึ้นไป) ร้อยละ 30.0 ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงอยู่ที่ระดับ 1 และระดับ 2 ร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาทางเลือกอื่น ร้อยละ 80.3 ไม่มีการออกกำลังข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 56.7 มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ร้อยละ 66.7 และข้อมูลการรับประทานยาประจำ ร้อยละ 80.0

2. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันความรุนแรง (การรับรู้สาเหตุ) การรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง (พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้การป้องกันความรุนแรง (การรับรู้สาเหตุ) มี

คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=28.63; SD=1.47) การรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง (พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย) และการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=28.93; SD=1.04), (Mean =27.07; SD=2.36), (Mean =29.80; SD= 5.63) ตามลำดับ ซึ่งหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05 ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าไม่มีความแตกต่าง

3. ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า (Range of Motion: ROM) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการของพิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าในทุกมิติ โดยองศาการงอข้อเข่าซ้าย (Mean=91.12; SD=10.12) องศาการเหยียดข้อเข่าซ้าย (Mean=93.33; SD=16.59) ในส่วนของข้อเข่าขวา พบว่า องศาการงอ (Mean=104.50; SD=13.15) และองศาการเหยียด (Mean=87. 17; SD=8. 58) โดยองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นในทุกมิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับการรับรู้การป้องกันความรุนแรง (การรับรู้สาเหตุ) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=28.63; SD=1.47) การรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันความรุนแรง (พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย) และการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value< 0.05) โดยสามารถอภิปรายผลได้ตามประเด็นสำคัญ ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.3) และมีอายุเฉลี่ย 64.57 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 86.7) ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis: OA) ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังวัยหมดประจำเดือน ส่งผลให้กระบวนการสร้างและซ่อมแซมกระดูกอ่อนข้อเสื่อมลง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางชีวกลศาสตร์ของข้อและการอักเสบระดับต่ำเรื้อรัง (low-grade inflammation) ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย[21] นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังรายงานว่า โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของความพิการในผู้สูงอายุทั่วโลก และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย[22]

ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และระดับ 2 ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นถึงระยะปานกลางของโรค จึงยังมีโอกาสที่จะชะลอการดำเนินของโรคได้หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทั้งด้านการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของ American College of Rheumatology ที่แนะนำให้เริ่มการรักษาแบบไม่ใช้ยาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรค ในด้านสถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส (ร้อยละ 63.3) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการมีคู่สมรสช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ การรับประทานยา การเดินทางมารับบริการ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น[23] แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) อธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมี

ความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.0) ซึ่งสะท้อนลักษณะประชากรผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทยที่ส่วนใหญ่มีโอกาสทางการศึกษาค่อนข้างจำกัด ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)[24] เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการประเมินข้อมูลสุขภาพ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุควรใช้สื่อที่เข้าใจง่าย มีการสาธิต และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติจริงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.0) ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน การยืน เดิน การยกของหนัก และการนั่งยอง ๆ เป็นเวลานาน ส่งผลให้ข้อเข่ารับแรงกระทำซ้ำ ๆ จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าการทำงานที่มีการงอเข่าซ้ำ ๆ การคุกเข่า และการยกของหนักเป็นเวลานานสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมของข้อเข่าในด้านโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือมีหลายโรคร่วมกัน และส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาประจำ (ร้อยละ 80.0) ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมักมีโรคร่วมหลายชนิด (multimorbidity) โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการอักเสบเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของเมแทบอลิซึมของกระดูกอ่อน และการเสื่อมของข้อเร็วขึ้น[21] ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงควรใช้แนวทางการดูแลแบบองค์รวม โดยพิจารณาโรคร่วมและการใช้ยาหลายชนิดควบคู่กัน สำหรับการรักษาทางเลือก พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยใช้การรักษาทางเลือกอื่น (ร้อยละ 83.3) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงให้ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพและการรักษาตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม ยังมีบางส่วนที่ใช้สมุนไพรหรือการประคบความเย็นร่วมด้วย ซึ่งเป็นแนวทางที่พบได้ในชุมชนไทย

ด้านพฤติกรรมการดูแลข้อเข่า พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกายข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 56.70) แม้ว่าจะมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำถึงร้อยละ 66.7 ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากอาการปวด ความกลัวการเคลื่อนไหว หรือการขาดความมั่นใจในการออกกำลังกาย แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura อธิบายว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนและประสบการณ์ความสำเร็จจากการปฏิบัติจริง[25]

การรับรู้การป้องกันความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการป้องกันโรคอยู่ในระดับค่อนข้างสูงในหลายประเด็น โดยเฉพาะพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการนั่งพับเพียบหรือนั่งคุกเข่าเป็นเวลานาน การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม และการตระหนักว่าการนั่งพับเพียบหรือขัดสมาธิเป็นเวลานานเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และกว่าร้อยละ 76.0 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากแพทย์ พยาบาล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขมาก่อน จึงทำให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลข้อเข่าอยู่ในระดับที่ดี ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วย Health Belief Model (HBM) ของ Rosenstock ซึ่งเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการที่บุคคลรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits)

และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Barriers) เมื่อผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายจริง จึงเกิดการรับรู้ว่าการบริหารข้อเข่าสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ ส่งผลให้การรับรู้ในทุกมิติสูงขึ้นอย่างชัดเจน[26]

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสนับสนุนแนวคิด Self-Efficacy Theory ของ Bandura[25] ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้และนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้สังเกตตัวอย่าง ฝึกปฏิบัติจริง และได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด จึงช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการบริหารข้อเข่า ส่งผลให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ การได้รับความรู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญ ได้ลงมือปฏิบัติจริง และสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ทันที โปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยถุงทรายใช้การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้อย่างมีความหมาย และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษายังสามารถอธิบายตามแนวคิด Health Literacy ความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ภายหลังได้รับโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยถุงทราย ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การใช้งานข้อเข่า และการดำเนินของโรคได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับ Functional และ Interactive Health Literacy ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ในด้านเนื้อหาของโปรแกรม พบว่าประเด็นที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมาก ได้แก่ การรับรู้ว่าการควบคุมน้ำหนักสามารถลดความเสี่ยงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงวิชาการที่ระบุว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้แรงกดต่อข้อเข่าเพิ่มขึ้นหลายเท่าของน้ำหนักตัวในแต่ละก้าวเดิน อีกทั้งเนื้อเยื่อไขมันยังสร้างสารก่อการอักเสบที่เร่งการเสื่อมของกระดูกอ่อนข้อ ดังนั้นการทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันความรุนแรงของโรค[21] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติของ American College of Rheumatology ที่ระบุว่าการให้ความรู้ผู้ป่วย ควบคู่กับการออกกำลังกายเป็นมาตรการหลักในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแบบไม่ใช้ยา เนื่องจากสามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ส่งผลให้การควบคุมอาการและการชะลอความรุนแรงของโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น[23]

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.83 (SD = 3.80) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุข การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือการได้รับข้อมูลจากสื่อสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีผู้สูงอายุประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 26.6) ที่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ สะท้อนให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกและสามารถเชื่อมโยงความรู้ไปสู่การป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งอธิบายว่าการมีข้อมูลหรือความรู้เบื้องต้นไม่ได้หมายความว่าบุคคลจะสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แท้จริง

ต้องครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเอง

ภายหลังการได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย พบว่าผู้สูงอายุทุกคน (ร้อยละ 100.0) มีระดับการรับรู้ด้านสาเหตุและการป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 28.63 (SD = 1.47) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาการรับรู้ของผู้เข้าร่วมได้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านการตระหนักถึงสาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการป้องกันความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรมไม่ได้ส่งผลเฉพาะด้านสมรรถภาพทางกาย แต่ยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วย Health Belief Model (HBM) ซึ่งเสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) และสามารถลดอุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Barriers)[26] โปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การอธิบายผลกระทบของการปล่อยให้โรคดำเนินต่อไป การสาธิตวิธีออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการฝึกปฏิบัติจริง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ของตนเอง จึงเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการบริหารข้อเข่าด้วยถุงทราย ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมด้านการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยคะแนนเฉลี่ยในเกือบทุกข้อคำถามเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการรับรู้และความเข้าใจไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้จริง ทั้งในด้านความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การกำหนดระยะเวลาในการออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เพิ่มแรงกระแทกต่อข้อเข่า

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura ซึ่งระบุว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โปรแกรมบริหารข้อเข่าด้วยถุงทรายเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด[25] เห็นผลลัพธ์เชิงบวกจากการออกกำลังกาย เช่น อาการปวดลดลง การเคลื่อนไหวคล่องตัวขึ้น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ซึ่งเสนอว่าบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องเมื่อมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model (HBM) ของ Rosenstock ที่อธิบายว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง และเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[26] โปรแกรมครั้งนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมและประโยชน์ของการบริหารข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุสามารถจัดสรรเวลาออกกำลังกายครั้งละ 15–30 นาที และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3–5 วันต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ American College of Rheumatology ที่ระบุว่าการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าและการออกกำลังกายแบบ

แรงต้าน (Resistance Exercise) เป็นมาตรการสำคัญในการลดอาการปวด เพิ่มสมรรถภาพการเคลื่อนไหว และชะลอการดำเนินของโรคข้อเข่าเสื่อม[23]

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายต่อความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทราย ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกทั้งด้านการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ และสมรรถภาพทางกาย โดยคะแนนการรับรู้สาเหตุของการป้องกันความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.05) ขณะที่องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าทั้งการงอและการเหยียดของข้อเข่าซ้ายและขวาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.01) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลทั้งในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของข้อเข่า

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งเสนอว่าการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น จำเป็นต้องรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และสามารถลดอุปสรรคในการปฏิบัติได้[26] โปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายประกอบด้วยการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงสาเหตุของโรค เห็นความสำคัญของการบริหารข้อเข่า และตระหนักว่าการออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการปวด ชะลอความเสื่อมของข้อ และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้การรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะเดียวกัน โปรแกรมครั้งนี้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ฝึกออกกำลังกายด้วยถุงทรายภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด ได้รับประสบการณ์แห่งความสำเร็จ (Mastery Experiences) และได้รับกำลังใจจากบุคลากรสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำพฤติกรรมที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ การที่องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสามารถอธิบายได้จากหลักสรีรวิทยาของการออกกำลังกายแบบแรงต้าน (Resistance Exercise) ซึ่งช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Quadriceps และ Hamstrings เพิ่มความมั่นคงของข้อเข่า ลดแรงกดที่ผิวข้อ กระตุ้นการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงข้อ (Synovial Fluid) และเพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็นและเนื้อเยื่อรอบข้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถงอและเหยียดข้อเข่าได้ดีขึ้น ลดอาการข้อฝืด และเพิ่มประสิทธิภาพการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

สอดคล้องกับแนวทางของกรมการแพทย์ ที่ระบุว่าการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา การฝึกเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมแบบไม่ใช้ยา และควรดำเนินควบคู่กับการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง[27] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคะแนนพฤติกรรมด้านกิจวัตรประจำวันจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยเอื้อ เช่น สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร และการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีข้อจำกัด เช่น การใช้ส้วมนั่งยอง การไม่มีราวจับ การยกของหนัก หรือการประกอบอาชีพเกษตรกรรม จึงทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ แม้จะมีความรู้และแรงจูงใจเพิ่มขึ้นแล้วก็ตาม นอกจากนี้อิทธิพลของวัฒนธรรมและบรรทัดฐานทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมเดิม โดยเฉพาะการนั่งพับเพียบ การนั่งขัดสมาธิ และการนั่งกับพื้นระหว่างการเข้าวัดหรือร่วมกิจกรรมของชุมชน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ฝังรากอยู่ในวิถีชีวิต

ของผู้สูงอายุไทย ปรากฏการณ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วย บรรทัดฐานทางสังคม (Norms) มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรม แม้ว่าบุคคลจะทราบว่าพฤติกรรมนั้นอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ แต่แรงกดดันจากค่านิยมและการยอมรับของสังคมอาจทำให้ยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเดิมต่อไป โดยสรุป โปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายสามารถพัฒนาทั้งการรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และสมรรถภาพการเคลื่อนไหวของข้อเข่าได้อย่างมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและกิจวัตรประจำวันจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ควบคู่กับการปรับสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ จึงจะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนและลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะยาวได้

การที่องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งการงอและการเหยียด สามารถอธิบายได้จากหลักสรีรวิทยาของการออกกำลังกายแบบแรงต้าน (Resistance Exercise) ซึ่งช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ Quadriceps เพิ่มความมั่นคงของข้อเข่า ลดแรงกดที่ผิวข้อ กระตุ้นการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงข้อ และเพิ่มความยืดหยุ่นของเอ็นและเนื้อเยื่อรอบข้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถงอและเหยียดข้อเข่าได้ดีขึ้น ลดอาการข้อฝืด และเพิ่มประสิทธิภาพการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับ OARSI ยังแนะนำให้การออกกำลังกายเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกระยะ เพราะมีประสิทธิผลในการเพิ่มสมรรถภาพของข้อเข่าและคุณภาพชีวิต[28]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1) หน่วยบริการสาธารณสุข ควรนำโปรแกรมออกกำลังกายด้วยถุงทรายไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าสามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมสุขภาพ และองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรบูรณาการการให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่การฝึกปฏิบัติจริงร่วมกับการเสริมแรงทางบวกช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

3) ควรจัดกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่มในชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน หรือแกนนำผู้สูงอายุเป็นผู้สนับสนุน เพื่อสร้างแรงจูงใจ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ในระยะยาว

4) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสนับสนุนการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การติดตั้งราวจับ การใช้เก้าอี้หรือส้วมนั่งราบ และการลดกิจกรรมที่เพิ่มแรงกดต่อข้อเข่า เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการหกล้ม

5) จากผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมด้านกิจวัตรประจำวันไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าระดับการรับรู้และพฤติกรรมด้านอื่นจะดีขึ้น จึงควรพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมการปรับสิ่งแวดล้อมในบ้าน การให้คำปรึกษารายบุคคล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อช่วยลดข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจสภาพที่อยู่อาศัย และวิถีชีวิตที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6) ควรจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น แผ่นพับ วิดีโอสาธิต หรือสื่อดิจิทัล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทบทวนท่าบริหารข้อเข่าได้

ด้วยตนเองที่บ้าน รวมทั้งใช้เป็นสื่อในการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยติดตามผลอย่างน้อย 6–12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของการรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพ องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า อาการปวด และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2) ควรออกแบบการวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและลดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3) ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น เขตเมือง เขตชนบท และพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสามารถในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในประชากรที่แตกต่างกัน

4) ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการออกกำลังกายอื่น เช่น การออกกำลังกายในน้ำ การฝึกไทชิ โยคะ หรือการฝึกแรงต้านด้วยอุปกรณ์ชนิดอื่น เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

5) ควรเพิ่มตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความปวด (Visual Analogue Scale: VAS) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC หรือ KOOS) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว ความเสี่ยงต่อการหกล้ม และคุณภาพชีวิต เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างครอบคลุม

6) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว สิ่งแวดล้อมในชุมชน และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมที่ตอบสนองต่อบริบทของผู้สูงอายุไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7) ควรขยายระบบการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อมลงมายังประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินและผู้มีประวัติการบาดเจ็บข้อเข่า เพื่อการส่งเสริมและป้องกันในระยะแรกเริ่ม

8) ควรประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ระบบติดตามการออกกำลังกาย หรือบริการติดตามผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telehealth) เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย การติดตามผล และการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Musculoskeletal health. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติโรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย; 2565.
4. สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานสถิติประชากรจังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2565. ศรีสะเกษ: สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ; 2565.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานประจำปี 2566. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2566.

6. สมาคมแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย; 2566.
7. Osteoarthritis Research Society International. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. 2022.
8. ดวงพร กองอนันต์ และคณะ. ผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2565;45(2):85-96.
9. ธเนศ ตติรัตน์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมในประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2568;34(1):45-55.
10. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Osteoarthritis of the Knee (Non-Arthroplasty), Clinical Practice Guideline. Rosemont (IL): AAOS; 2021.
11. นงนุช สุขใจ และคณะ. ผลของโปรแกรมฤๅษีดัดตนร่วมกับการพอกสมุนไพรต่ออาการปวดข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาล 2567;39(1):55-68.
12 .University of California San Francisco. Sample Size Calculators for designing clinical research. [online]. [cited 2021 September 10]; Available from: https://sample-size.net/; 2021.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607–10.
14. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: Classification of osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum. 1986;29(8):1039-49.
15. Dawson J, Fitzpatrick R, Murray D, Carr A. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. J Bone Joint Surg Br. 1998;80(1):63-69.
16. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965;14:61-65.
17. Becker MH, editor. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare (NJ): Charles B Slack; 1974.
18. Becker MH, editor. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Thorofare (NJ): Charles B Slack; 1974.
19. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch J Educ Res. 1977;2:49-60.
20. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.
21. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and treatment of hip and knee osteoarthritis: A review. JAMA. 2021;325(6):568-78.
22. World Health Organization. Musculoskeletal health. Geneva: World Health Organization; 2023.
23. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020;72(2):149-62.
24. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
25. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
26. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
27. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564.
28. Osteoarthritis Research Society International. OARSI clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Mount Laurel (NJ): Osteoarthritis Research Society International; 2023.

การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตโดยตรงในผู้ป่วยที่มีจุดเกาะต่ำของเนื้อเยื่อยึดริมฝีปาก: รายงานผู้ป่วย

Direct Resin Composite Restoration for Maxillary Midline Diastema Closure in a Patient with Low Frenum Attachment: A Case Report.

(Received: July 21,2026 ; Revised: July 24,2026 ; Accepted: July 28,2026)

อนงค์นาฏ หุ่นงาม[1]
Anongnat Hunngam

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการตรวจวินิจฉัย การจัดการปัจจัยเชิงสาเหตุ และการบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนคู่กลางด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตโดยตรง ร่วมกับการใส่ฟันเทียมในฟันหลังเพื่อความสำเร็จในการรักษาระยะยาว โดยเป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยที่เข้ารับบริการทางทันตกรรมด้วยปัญหาวัสดุอุดเดิมบริเวณฟันหน้าบนชำรุดและหลุดแตก ทันตแพทย์ได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจสภาพช่องปาก และการถ่ายภาพรังสี พบว่าวัสดุอุดเดิมบริเวณฟันหน้าบนคู่กลางมีขอบไม่เรียบและชำรุด ร่วมกับการมีเนื้อเยื่อยึดริมฝีปากบนที่มีจุดเกาะต่ำและแผ่ขยายข้ามสันเหงือก ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างฟัน ตลอดจนพบการสูญเสียฟันหลังในขากรรไกรล่าง ทันตแพทย์จึงได้วางแผนและให้การรักษาอย่างเป็นระบบ โดยได้ให้การรักษาด้วยการตัดเนื้อเยื่อยึดริมฝีปากบน การรื้อวัสดุอุดเดิมและบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตโดยตรง การใส่ฟันเทียมบางส่วนแบบถอดได้ในขากรรไกรล่าง และการให้คำแนะนำด้านสุขอนามัยช่องปากอย่างถูกวิธี โดยประเมินผลการรักษาจากลักษณะทางคลินิก ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการติดตามผลที่ระยะเวลา 8 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า วัสดุบูรณะเรซินคอมโพสิตอยู่ในสภาพดี ขอบวัสดุแนบสนิทกับตัวฟัน อวัยวะปริทันต์โดยรอบมีสุขภาพดี ไม่พบการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันเพิ่มเติมจากภาพถ่ายรังสี ผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความพึงพอใจเป็นอย่างมากต่อรูปร่างฟันและความสวยงามของรอยยิ้ม

คำสำคัญ: การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟัน, เรซินคอมโพสิต, การตัดเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปาก

Abstract

This clinical case report aims to present a comprehensive diagnostic approach, management of underlying etiologic factors, direct resin composite restoration for maxillary midline diastema closure, and posterior prosthodontic rehabilitation to achieve long-term clinical success. This case study presented a Thai female patient who sought dental treatment due to broken and defective existing restorations on her maxillary central incisors. The dentist gathered data through history taking, oral examination, and radiographic evaluation. Diagnostic findings revealed defective restoration margins on the maxillary central incisors, a low-attached labial frenum crossing the alveolar ridge—identified as the primary etiologic factor for the diastema—and missing mandibular posterior teeth. A structured treatment plan was executed, comprising a labial frenectomy, removal of defective restorations, direct resin composite closure of the maxillary midline diastema, fabrication of a removable partial denture for the mandibular arch, and oral hygiene instruction. Treatment outcomes were evaluated based on clinical parameters, periapical radiographs, masticatory efficiency, and patient satisfaction at an 8-month follow-up.

The results demonstrated that the resin composite restorations remained in good condition with excellent marginal adaptation to the teeth. The surrounding periodontal tissues were healthy with no radiographic evidence of additional alveolar bone resorption. The patient achieved efficient mastication and expressed high satisfaction with her smile aesthetics and dental contour.

Keywords: Diastema closure, Resin composite, Labial frenectomy

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการ

บทนำ

การเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยในปัจจุบัน นอกจากการมารับการรักษาตามความจำเป็นเพื่อการบำบัดรักษาภาวะเจ็บป่วยหรือรอยโรคในช่องปากแล้ว ปัญหาทางด้านความสวยงามของฟันที่เกิดจากช่องว่างบริเวณฟันหน้าบนยังเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ และความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งสาเหตุของการเกิดช่องว่างในฟันหน้าบนนั้นมีลักษณะเป็นพหุปัจจัย (multifactorial etiology) ที่เกิดได้จากทั้งปัจจัยจากทางพันธุกรรมและจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในช่องปาก เช่น การดูดนิ้ว การหายใจทางปาก หรือมีความผิดปกติเชิงโครงสร้างทางกายวิภาคของจุดเกาะเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปากที่ต่ำกว่าปกติ โดยการเกิดช่องว่างระหว่างฟันสามารถพบได้ทั้งในชุดฟันน้ำนม ชุดฟันผสม และชุดฟันแท้ ทั้งในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ มักมีอุบัติการณ์พบในขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง[1,2] ในระยะชุดฟันผสมของวัยเด็กตอนต้น หากพบช่องว่างที่มีขนาดน้อยกว่า 1 มิลลิเมตร โอกาสที่ช่องว่างดังกล่าวจะสามารถปิดได้เองตามธรรมชาติโดยอาศัยแรงผลักจากการขึ้นของฟันตัดซี่ข้างเคียงมีสูงถึงร้อยละ 99[3] อย่างไรก็ตาม หากปัจจัยในการเกิดช่องว่างมีความซับซ้อน หรือมีปัจจัยร่วมทางพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์คงอยู่โดยไม่ได้ทำการแก้ไขจนกระทั่งหมดช่วงการเจริญเติบโตของขากรรไกรจะส่งผลให้การรักษาในช่วงวัยผู้ใหญ่มีความซับซ้อนและยากยิ่งขึ้นตามมาได้[4]

เมื่อพิจารณาสาเหตุเชิงลึกของการเกิดช่องว่างในฟันหน้าบนแล้วพบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยจากการศึกษาในครอบครัวใหญ่ 30 ครอบครัว โดย Gass และคณะ[5] สรุปได้ว่าพันธุกรรมมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการเกิดช่องว่างในฟันหน้าบน โดยอุบัติการณ์ในกลุ่มประชากรผิวขาวพบได้ประมาณร้อยละ 0.32 และในกลุ่มประชากรผิวดำพบเพียงร้อยละ 0.04 สอดคล้องกับการศึกษาทางระบาดวิทยาในกลุ่มตัวอย่างประชากรชาวอินเดียตอนใต้จำนวน 9,774 คน โดย Nainar และ Gnanasundaram[6] ที่พบว่าลักษณะการเกิดฟันห่างในฟันหน้ามักปรากฏเด่นชัดในสมาชิกครอบครัวเดียวกัน นอกจากนี้ ประวัติทางพันธุกรรมและขนาดของช่องว่างที่ใหญ่ก่อนการรักษายังส่งผลโดยตรงต่ออัตราการกลับมาห่างซ้ำ (relapse) ภายหลังการรักษาอีกด้วย

ปัจจัยเชิงกายวิภาคที่มีความสำคัญทางคลินิกอย่างมาก คือ ความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปากบน โดยการมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดเกาะริมฝีปากที่มีขนาดใหญ่ หนา หรือมีจุดยึดเกาะที่ต่ำกว่าระดับปกติ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการมีช่องว่างระหว่างฟันหน้าบน[7,8] ในการประเมินทางคลินิก ทันตแพทย์นิยมใช้การทดสอบการซีดจาง (blanching test) เพื่อประเมินตำแหน่งความผิดปกติของจุดยึดเกาะ โดยทำการดึงรั้งริมฝีปากบนขึ้นในแนวตรง หากพบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดเกาะเป็นแถบหนา มีฐานกว้างแผ่ขยายข้ามสันเหงือกไปชนกับติ่งเนื้อด้านเพดานปาก (incisive papilla) และเกิดการซีดจางของเนื้อเยื่อเมื่อออกแรงดึง จะเป็นข้อบ่งชี้ว่าตำแหน่งของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดเกาะริมฝีปากนั้นอยู่ในตำแหน่งที่ต่ำผิดปกติ[7] รวมถึงการมีฟันเกิน (Supernumerary tooth) เช่น ฟันเกินบริเวณกึ่งกลางขากรรไกรบน (mesiodens) ซึ่งเป็นสิ่งกีดขวางการขึ้นของฟัน ทำให้ฟันแท้ขึ้นช้า ฟันฝังคุด หรือหากฟันเกินมีลักษณะกลับหัวและไม่สามารถขึ้นได้ในช่องปากก็อาจส่งผลให้ฟันแท้คู่กลางบิดเกและห่างออกจากกันได้[4] การมีภาวะฟันหายแต่กำเนิด (congenital missing) อาจส่งผลให้เกิดช่องว่างขนาดใหญ่และจำเป็นต้องแก้ไขด้วยการจัดฟันร่วมกับการใส่ฟันเทียมทดแทน[9] ความไม่สมดุลระหว่างขนาดของขากรรไกรและขนาดของตัวฟัน (tooth-size discrepancy) ทั้งจากพันธุกรรมหรือความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคอะโครเมกาลี (Acromegaly) ตลอดจนลักษณะทางกายวิภาคของฟันที่ผิดปกติ เช่น ภาวะฟันมีขนาดเล็กผิดปกติ (microdontia) หรือฟันตัดข้างรูปลิ่ม (Peg-shaped lateral incisor)[10,11] รวมไปถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในช่องปาก เช่น การมีนิสัยการกลืนที่ผิดปกติโดยมีลิ้นดุนที่ฟันหน้า (tongue thrusting)

การดูดนิ้ว (thumb sucking)[4] และปัจจัยร่วมทางกลศาสตร์อื่นๆ เช่น การสบกระแทกบริเวณฟันหน้าบน มุมการเอียงตัวของฟันที่ผิดปกติ การมีเนื้องอกหรือถุงน้ำในขากรรไกร และภาวะกล้ามเนื้อริมฝีปากหย่อนตัว[9]

แนวทางการวางแผนการรักษาเพื่อปิดช่องว่างในฟันหน้าบนสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การจัดฟัน การอุดฟัน การบูรณะด้วยเซรามิกวีเนียร์ (ceramic veneer) การทำครอบฟัน หรือการใส่ฟันเทียมทดแทนในกรณีที่ช่องว่างมีขนาดใหญ่และสูญเสียโครงสร้างฟันมาก[9,15,16] โดยทันตแพทย์จำเป็นต้องวางแผนการรักษาที่เหมาะสมร่วมกับผู้ป่วยในแต่ละราย อย่างไรก็ตาม การบูรณะช่องว่างด้วยวัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิตโดยตรง (direct resin composite restoration) จัดเป็นทางเลือกการรักษาที่ได้รับความนิยมและเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายตามหลักทางทันตกรรมอนุรักษ์ (minimally invasive dentistry)[12,13]

ข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่เหมาะสมสำหรับการบูรณะปิดช่องว่างฟันหน้าด้วยวัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิต ได้แก่ ช่องว่างระหว่างฟันควรมีขนาดที่เหมาะสม โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 3 มิลลิเมตร เพื่อให้สามารถจัดสรรสัดส่วนความกว้างต่อความสูงของตัวฟัน (W:H ratio) ได้อย่างสวยงามเป็นธรรมชาติ และช่องว่างควรมีขนาดกว้างกว่า 1 มิลลิเมตร เนื่องจากการใช้เครื่องมือบูรณะและตกแต่งขอบวัสดุให้แนบสนิทโดยไม่เกิดส่วนเกินหรือช่องสามเหลี่ยมสีดำ (black triangle) จะทำได้ยาก[12,13] ในส่วนข้อบ่งชี้ด้านอายุของผู้ป่วย มักพิจารณาเลือกใช้ในผู้ป่วยที่อายุน้อย ซึ่งยังไม่เหมาะสมกับการบูรณะแบบถาวรที่ต้องกรอเนื้อฟันในปริมาณมาก เช่น การทำเซรามิกวีเนียร์หรือครอบฟัน นอกจากนี้ยังใช้เป็นแนวทางการรักษาชั่วคราวหรือกึ่งถาวรเพื่อประเมินความสวยงามและการสบฟันก่อนการบูรณะที่ซับซ้อนในอนาคต รวมถึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทั้งทางด้านเวลาและค่าใช้จ่าย[12,17] โดยข้อดีของการบูรณะนี้เป็นการอนุรักษ์เนื้อฟันมากที่สุด เนื่องจากไม่จำเป็นต้องกรอแต่งเนื้อฟันที่ดีออกหรือกรอแต่งเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ขั้นตอนทางคลินิกไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดจึงมักไม่จำเป็นต้องใช้ยาชาเฉพาะที่ และหากเกิดการแตกหักก็สามารถทำการซ่อมแซม (repair) หรือรื้อออกได้ง่ายโดยไม่ทำลายโครงสร้างฟันเดิม[12,18]

อย่างไรก็ตาม ทันตแพทย์ควรตระหนักถึงข้อเสียและข้อควรระวังที่สำคัญของวัสดุเรซิน คอมโพสิต ซึ่งมีคุณสมบัติเชิงกลและความแข็งแรงที่ ต่ำกว่าวัสดุชนิดเซรามิก ส่งผลให้มีอายุการใช้งานที่สั้นกว่า เสี่ยงต่อการแตกหักง่าย ตลอดจนการติดสีและการเปลี่ยนแปลงของความมันวาว (color and gloss instability) เมื่อเวลาผ่านไปสูงกว่า หากมีการดูแลรักษาวัสดุอุดฟันไม่เหมาะสม [12,19] นอกจากนี้ ผิวของวัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิตยังมีโอกาสเกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ได้ง่ายกว่าผิวฟันธรรมชาติและวัสดุชนิดเซรามิก ผู้ป่วยจึงต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขอนามัยช่องปากเป็นพิเศษ และสิ่งสำคัญที่สุดคือการบูรณะปิดช่องว่างฟันด้วยการอุดฟัน เป็นหัตถการที่ขึ้นกับความเชี่ยวชาญของทันตแพทย์แต่ละบุคคล ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน และอาศัยทักษะรวมถึงประสบการณ์ในการอุดฟันและการตกแต่งรูปร่างบริเวณขอบเหงือก เพื่อให้ได้รูปร่างฟันที่ถูกต้องตามหลักกายวิภาคและมีความกลมกลืนไปกับขอบเหงือก[4,12,13]

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้ กล่าวถึงการให้การรักษาแบบองค์รวมในผู้ป่วยที่มีปัญหาฟันหน้าบนห่างร่วมกับมีปัจจัยร่วมจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปากบนที่มีจุดเกาะต่ำ และมีการสูญเสียฟันหลังร่วมด้วย โดยเลือกการรักษาการบูรณะช่องว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิตร่วมกับการทำศัลยกรรมตัดแต่งเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปาก (maxillary labial frenectomy)[14] ควบคู่ไปกับการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดฐานโลหะในขากรรไกรล่าง เพื่อช่วยในการรับและกระจายแรงสบฟันอย่างสมดุล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

วิธีการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 49 ปี อาชีพแม่บ้านและเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาการสำคัญ: วัสดุอุดฟันหน้าบนคู่กลางหลุดแตกและมีปัญหาเกี่ยวกับความสวยงาม

ประวัติทางการแพทย์: ปฏิเสธโรคประจำตัวและประวัติการแพ้ยา

ประวัติทางทันตกรรม: เคยได้รับการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ไม่พบปัญหาหลังการรักษา

การตรวจทางคลินิก:

การประเมินเนื้อเยื่อแข็งและเนื้อเยื่ออ่อน (hard and soft tissues): พบวัสดุอุดเดิมของฟันซี่ 11 มีขอบไม่เรียบและมีการติดสีตามขอบวัสดุ (marginal discoloration) ฟันซี่ 21 พบวัสดุอุดเดิมชำรุดและแตกออกบริเวณขอบบางส่วน ภายหลังการทดลองรื้อวัสดุอุดเดิมออก ช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนคู่กลาง (midline diastema) กว้าง 4 มิลลิเมตร เนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปากบนมีขนาดหนาและมีจุดเกาะต่ำแผ่ขยายข้ามสันเหงือกมาถึงบริเวณกึ่งกลางของสันเหงือก (papilla penetrating type frenum attachment) ซึ่งให้ผลบวกเมื่อทำการทดสอบการซีดจาง ร่วมกับสันเหงือกว่างบริเวณซี่ 36 และ 46 (edentulous area) ฟันซี่ 37 และ 47 พบการสึกจากการกัดกร่อน (erosion) และพบปุ่มกระดูกขากรรไกรล่าง (torus mandibularis) ทั้งทางด้านฝั่งซ้ายและขวา

การประเมินสภาวะปริทันต์ (periodontal status): ผู้ป่วยมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายสะสมในระดับน้อย ปริมาณเหงือกยึดอยู่ในระดับที่เพียงพอ (adequate attached gingiva) โดยตรวจพบร่องลึกปริทันต์ (pocket depth) บริเวณด้านแก้มไกลกลางของฟันซี่ 16 ขนาด 5 มิลลิเมตร

การวิเคราะห์การสบฟัน (occlusion analysis): การจำแนกการสบฟันตามระบบแองเกิล (Angle's classification) ทางด้านขวาและซ้ายไม่สามารถจัดจำแนกได้ (unclassified) เนื่องจากมีการสูญเสียฟันซี่ 36 และ 46 ในส่วนการจำแนกความสัมพันธ์ของฟันเขี้ยว (Canine classification) ทั้งด้านขวาและซ้ายอยู่ในระดับ 1 (class I) ระยะสบเหลื่อมขวาง (overjet) เท่ากับ +4 มิลลิเมตร ที่ตำแหน่งฟันซี่ 11/41 และ +5 มิลลิเมตรที่ตำแหน่งฟันซี่ 21/31 ระยะสบเหลื่อมดิ่ง (overbite) เท่ากับ +2 มิลลิเมตร แนวกึ่งกลางฟันอยู่ตรงกึ่งกลางเมื่อเทียบกับแนวกลางใบหน้า ส่วนแนวกึ่งกลางฟันบน (maxillary dental midline) ไม่สามารถระบุได้ เนื่องจากมีช่องว่างฟันหน้าห่าง

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี:

จากภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical radiograph) ก่อนการรักษาแสดงให้เห็นว่า ฟันซี่ 11 และ 21 มีการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันในแนวดิ่งบริเวณด้านใกล้กลางในระดับหนึ่งในสามของความยาวรากฟัน (vertical bone loss at coronal 1/3 of root length) และฟันซี่ 16 พบการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันในแนวขวางทางด้านไกลกลางอยู่ที่ระดับกึ่งกลางรากฟัน (horizontal bone loss at middle 1/3 of root length)



ภาพประกอบที่ 1 แสดงรอยยิ้มของผู้ป่วยก่อนการรักษา



ภาพประกอบที่ 2 แสดงลักษณะภายในช่องปากก่อนการรักษา

สรุปปัญหาทางทันตกรรม

1. เนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปากบนมีจุดเกาะต่ำผิดปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างฟัน

2. ช่องว่างระหว่างฟันตัดคู่กลางบนขนาด 4 มิลลิเมตร ร่วมกับวัสดุอุดเดิมชำรุด

3. การสูญเสียฟันหลังล่างซี่ 36 และ 46 ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและการกระจายแรงสบฟัน

4. โรคปริทันต์อักเสบเฉพาะที่บริเวณฟันซี่ 16 ร่วมกับภาวะมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายระดับเล็กน้อย

5. ฟันสึกจากการกัดกร่อนบริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันซี่ 37 และ 47

การวางแผนการรักษา:

ผู้ป่วยเลือกการปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุอุดเรซิน คอมโพสิต ร่วมกับการตัดแต่งเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปากเกาะต่ำ (frenectomy) และใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานโลหะในขากรรไกรล่าง



ภาพประกอบที่ 3 และ 4 แสดงภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical film) ของฟันซี่ 11 ซี่ 21 และ ซี่ 16 ก่อนการรักษา

ขั้นตอนการรักษา

ระยะเตรียมการรักษา (Pre-treatment Phase)

1. ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย พิมพ์ปาก และบันทึกการสบฟันเพื่อทำแบบจำลองฟัน (study cast)

2. ออกแบบฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขากรรไกรล่าง เนื่องจากผู้ป่วยมีปุ่มกระดูกบริเวณขากรรไกรล่างทั้งสองฝั่ง และปฏิเสธการตัดแต่งปุ่มกระดูก ทันตแพทย์จึงพิจารณาออกแบบตัวเชื่อมหลักเป็นชนิดแผ่นโลหะด้านลิ้น (lingual plate major connector) เพื่อหลีกเลี่ยงการกดเจ็บและเพิ่มความเสถียรให้กับชิ้นงาน

3. ทำการแต่งขี้ผึ้งจำลอง (diagnostic wax-up) บนแบบจำลองฟันเพื่อจำลองรูปร่างสัดส่วนความสวยงามของฟันหน้าบนที่ได้รับการอุดปิดช่องว่าง จากนั้นทำแบบพิมพ์ฟันจำลอง (silicone index หรือ putty index) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบูรณะชั้นวัสดุในช่องปาก



ภาพประกอบที่ 5 และ 6 แสดงภาพแบบจำลองขี้ผึ้งและ แบบพิมพ์ฟันจำลอง

ระยะควบคุมโรค (Disease Control Phase)

1. ให้ทันตสุขศึกษาโดยสาธิตวิธีการแปรงฟันแบบขยับ-ปัด (modified Bass technique) การใช้ไหมขัดฟัน และการใช้แปรงซอกฟัน (interdental brush) บริเวณซอกฟันของฟันซี่ 16 ที่มีสภาวะโรคปริทันต์อักเสบผ่านแบบจำลองฟัน

2. ให้การรักษาขูดหินน้ำลายซ้ำ และทำหัตถการเกลารากฟัน ในฟันซี่ 16 ที่มีร่องลึกปริทันต์ 5 มิลลิเมตร

3. บูรณะอุดฟันสึกจากรอยกัดกร่อนบริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันซี่ 37 และ 47

ระยะการบูรณะ (Definitive Phase)

1. รื้อวัสดุอุดฟันหน้าบนเดิมที่ชำรุดออก จากนั้นทำการตัดแต่งเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ยึดระหว่างริมฝีปากและเหงือก (frenectomy) ด้วยมีดผ่าตัด (scalpel technique) เพื่อลดแรงดึงรั้งของเนื้อเยื่อยึดเกาะ ทำการเย็บแผล และนัดมาตัดไหมติดตามอาการ 1 สัปดาห์



ภาพประกอบที่ 7 แสดงภาพหลังการรื้อวัสดุอุดฟันเดิม



ภาพประกอบที่ 8 แสดงภาพการตัดเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ยึดระหว่างริมฝีปากและเหงือก

2. เลือกสีฟันที่จะทำการบูรณะโดยใช้แถบสีฟัน Vitapan classical shade เทียบกับฟันข้างเคียงเป็นเฉดสี A3 และ A3.5 โดยเลือกใช้เรซินคอมโพสิต A3 Estelite® Sigma Quick และเฉดสี A3.5 Filtek™ Z350XT, 3M ESPE ร่วมกับสารยึดติดระบบโททอลเอทช์แบบ 2 ขั้นตอน (2 step etch and rinse) ชนิด Optibond™ (Kerr®)

3. เตรียมผิวฟันโดยขัดทำความสะอาดด้วยผงขัด (pumice) โดยไม่ได้ทำการกรอแต่งผิวฟันเพิ่มเติม

4. ลองแบบพิมพ์จำลองฟัน (silicone index) ที่ได้จากการแต่งขี้ผึ้งในแบบจำลองบนฟันที่จะทำการบูรณะ และทำการบูรณะฟันด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตด้วยเทคนิคมือเปล่า (free hand technique) ร่วมกับการใช้เทปพันเกลียว (Teflon tape) และใช้แบบพิมพ์จำลองฟันในการบูรณะฟันทางด้านลิ้น จากนั้นทำการบูรณะให้ได้รูปร่างที่เหมาะสม



ภาพประกอบที่ 9 แสดงภาพการแนบแบบพิมพ์จำลองฟัน (silicone index) กับตัวฟัน

5. ขัดแต่งรูปร่างวัสดุที่ทำการบูรณะด้วยหัวกรอกากเพชรชนิดละเอียด (superfine diamond bur) ร่วมกับแผ่นขัดฉาบผงขัด Sof-Lex™ Pop-On disc โดยส่วนบริเวณขอบเหงือกใช้มีดผ่าตัดเบอร์ 12 ในการกำจัดขอบวัสดุส่วนเกิน



ภาพประกอบที่ 10 แสดงภาพถ่ายภายหลังการบูรณะและขัดแต่งวัสดอดฟัน

6. ทำการถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟันเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์และประเมินขอบของวัสดุอุดฟัน (marginal adaptation)



ภาพประกอบที่ 11 แสดงภาพถ่ายรังสีหลังการ



ภาพประกอบที่ 12 แสดงภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical film) ของฟันซี่ 11 ซี่ 21 และ ซี่ 16 หลังการติดตามผลการรักษา

7. ทำการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ชนิดฐานโลหะในขากรรไกรล่างให้แก่ผู้ป่วย เพื่อทดแทนการสูญเสียฟัน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การบดเคี้ยว และลดโอกาสในการรับแรงสบฟันที่มากเกินไปในส่วนของฟันหน้า พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการใช้งานและทำความสะอาดฟันเทียมอย่างถูกวิธี

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

วัสดุบูรณะเรซินคอมโพสิตอยู่ในสภาพดี ขอบวัสดุแนบสนิทกับตัวฟัน ผู้ป่วยสามารถบดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความพึงพอใจเป็นอย่างมากต่อรูปร่างฟันและความสวยงามของรอยยิ้ม

ระยะคงสภาพและติดตามผลการรักษา (Maintenance Phase)

ทำการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการรักษาที่ระยะ 3 เดือน และ 8 เดือน (เนื่องจากผู้ป่วยไม่สะดวกมารับบริการในช่วงเดือนที่ 6) โดยมีการประเมินดังต่อไปนี้

1. การประเมินทางคลินิก: ตรวจสอบวัสดุอุดฟันหน้า พบว่าอยู่ในสภาพสมบูรณ์ดี ผิววัสดุมีความเงางาม ขอบวัสดุแนบสนิทกับผิวฟัน ไม่พบรอยแตกหักหรือบิ่น สุขภาพเนื้อเยื่อปริทันต์และขอบเหงือกโดยรอบเป็นปกติ ไม่มีสัญญาณของการอักเสบ ไม่มีคราบจุลินทรีย์หรือหินน้ำลายสะสมที่ตัวฟัน และไม่พบการกลับมาเกิดซ้ำของจุดเกาะเนื้อเยื่อยึดริมฝีปากต่ำ รวมถึงไม่มีการเกิดช่องระหว่างฟัน สันเหงือกล่างบริเวณที่รองรับฐานฟันเทียมปกติ ไม่พบรอยกดเจ็บ



ภาพประกอบที่ 14 แสดงลักษณะภายในช่องปากภายหลังการติดตามผลการรักษา 7 เดือน

2. การประเมินทางภาพถ่ายรังสี: ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันของฟันซี่ 11 21 และ 16 ไม่พบการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันเพิ่มเติม สภาพกระดูกรอบรากฟันมีความคงตัวดี

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย: ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวอาหารได้ละเอียดและมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างชัดเจนหลังจากใส่ฟันเทียมในขากรรไกรล่าง และมีความพึงพอใจต่อรูปร่าง ลักษณะฟัน รอยยิ้ม ตลอดจน

ความสวยงามที่เป็นธรรมชาติของฟันหน้าบนเป็นอย่างมาก ส่งผลให้มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน



ภาพประกอบที่ 13 เปรียบเทียบรอยยิ้มของผู้ป่วยก่อนและหลังการรักษา

สรุปและอภิปรายผล

ความสำเร็จในระยะยาวของการบูรณะช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนคู่กลาง จำเป็นต้องอาศัยการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาปัจจัยเหตุอย่างรอบด้าน และจะต้องทำการกำจัดสาเหตุเหล่านั้นร่วมกับการบูรณะฟันอย่างเป็นระบบ โดยปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนในผู้ป่วยรายนี้ คือ การมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปากบนที่มีจุดเกาะต่ำผิดปกติในลักษณะแผ่ขยายข้าม

สันเหงือก ซึ่งแรงดึงรั้งจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันนี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสวยงามของขอบเหงือก และส่งผลกระทบโดยตรงต่ออัตราความสำเร็จและ

การคงอยู่ของการบูรณะในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับรายงานของ Ziahosseini และคณะ[1] รวมถึง Joshi และคณะ[2] ที่ระบุว่า หากไม่ทำการศัลยกรรมตัดแต่งเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดริมฝีปากร่วมด้วยในกรณีที่มีจุดเกาะต่ำ แรงดึงรั้งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมาห่างของฟันได้ (relapse) และอาจส่งผลให้ขอบของวัสดุบูรณะแตกได้ง่ายขึ้น การทำศัลยกรรมตัดแต่งเนื้อเยื่อเกี่ยวพันยึดเกาะต่ำที่ริมฝีปากบนก่อนเริ่มกระบวนการบูรณะฟันในผู้ป่วยรายนี้ จึงเป็นการกำจัดปัจจัยขัดขวางและสร้างสภาวะทาง

ปริทันต์ที่เอื้อต่อความสำเร็จของการบูรณะตามแนวทางการจัดการความซับซ้อนในฟันหน้าห่างที่ระบุโดย Azzaldeen และคณะ[4]

นอกจากนี้ การประเมินสภาวะกระดูกเบ้าฟันรองรับรากฟันด้วยภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical radiograph) และการให้การรักษาทางปริทันต์ในระยะควบคุมโรค ถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเคยได้รับการอุดปิดช่องว่างในฟันหน้าบนมาก่อนหน้านี้ และขาดการดูแลสุขอนามัยช่องปากอย่างสม่ำเสมอ จนส่งผลให้เกิดการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันในแนวดิ่งบริเวณด้านใกล้กลางของฟันซี่ 11 และ 21 การควบคุมการอักเสบของเนื้อเยื่อปริทันต์ให้กลับสู่สภาวะปกติก่อนการบูรณะ ตามหลักการของ Kaimenyi[7] และ Adams[8] จึงเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้การกำหนดตำแหน่งขอบวัสดุบูรณะบริเวณใต้เหงือกมีความแม่นยำ และไม่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อปริทันต์โดยรอบอีก

ในการพิจารณาแนวทางการบูรณะปิดช่องว่างฟันหน้าในปัจจุบัน มีทางเลือกที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาด้วยการจัดฟัน (orthodontic treatment) และการบูรณะฟันด้วยวิธีอนุรักษ์เนื้อฟัน (restorative dentistry) เช่น การทำเซรามิก วีเนียร์ (ceramic veneer) หรือการบูรณะด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตโดยตรง (direct resin composite restoration) แม้การรักษาด้วยการจัดฟันจะเป็นแนวทางที่ช่วยรักษาเนื้อฟันได้ดีที่สุดและให้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับสรีรวิทยา แต่จากงานวิจัยของ Viswambaran และคณะ[15] ระบุว่า ผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่มักปฏิเสธแนวทางนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานหลายปี รวมถึงความไม่สะดวกในการเดินทางมาพบ

ทันตแพทย์ตามนัดหมายบ่อย การบูรณะฟันด้วยวิธีอนุรักษ์จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในทางปฏิบัติทางคลินิก

การบูรณะด้วยเซรามิกวีเนียร์ มีความโดดเด่นในด้านความสวยงาม มีความเสถียรของสีสูง ทนทานต่อการขัดสี และเข้ากันได้กับเนื้อเยื่อ

ปริทันต์สูงตามรายงานของ Elkaffas และคณะ[16] แต่พบว่ามีข้อจำกัดสำคัญในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ค่อนข้างสูงมาก และมีการสูญเสียเนื้อฟันบางส่วนจากการกรอแต่ง ในทางตรงกันข้าม การบูรณะด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตโดยตรงตามหลักเกณฑ์ของ Sturdevant[12] และเฉลิมพล[13] มีข้อได้เปรียบเด่นชัดในด้านของค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า เป็นการรักษาที่มีการสูญเสียของเนื้อฟันน้อยที่สุด (minimally invasive) สามารถซ่อมแซมแต่งเติมได้ง่ายในภายหลัง และส่วนสำคัญคือสามารถบูรณะได้เสร็จสิ้นภายในครั้งเดียว ซึ่งตอบโจทย์ความต้องการและเศรษฐสถานะของผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างตรงจุด จากการศึกษาการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) โดย Korkut และคณะ[17] พบว่า อัตราการคงอยู่ (survival rate) ในระยะเวลา 2 ปี ระหว่างวัสดุเรซินคอมโพสิตและเซรามิกวีเนียร์ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 93.4 และร้อยละ 95.0 ตามลำดับ) แม้ว่ากลุ่มเรซินคอมโพสิตจะมีอัตราการสึกกร่อนและการติดสีที่ผิววัสดุ (surface discoloration) สูงกว่าก็ตาม

ผลลัพธ์ภายหลังการรักษาในผู้ป่วยรายนี้แสดงให้เห็นถึงระดับความพึงพอใจที่สูงมากและการเพิ่มขึ้นของความมั่นใจในการเข้าสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการบูรณะช่องว่างระหว่างฟันหน้าด้วยเรซินคอมโพสิตร่วมกับการทำการตัดเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ยึดระหว่างริมฝีปากและเหงือก ตามแนวทางของ

DeSeta และคณะ[14] สามารถฟื้นฟูความสวยงามของรูปร่างฟันและความสมดุลของรอยยิ้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาระยะยาวของ El-Rashidy และคณะ[18] ที่รายงานอัตราการคงอยู่ทางคลินิกของการบูรณะช่องว่างระหว่างฟันหน้าด้วยเรซินคอมโพสิตสูงถึงร้อยละ 91 ภายในระยะเวลา 5 ปี และการศึกษาเชิงย้อนหลัง (retrospective study) ของ Lamas Ramirez และคณะ[19] ที่พบอัตราการยึดติดของวัสดุบูรณะฟันหน้า (Retention rate) อยู่ที่ร้อยละ 90.3 ในระยะเวลา 4 ปี โดยมีอัตราความล้มเหลวต่อปีในระดับที่ต่ำมาก

แต่อย่างไรก็ตาม ขนาดของช่องว่างฟันหน้าในผู้ป่วยรายนี้มีขนาดกว้างถึง 4 มิลลิเมตร ทันตแพทย์จึงต้องประยุกต์ใช้หลักสัดส่วนทองคำ (golden proportion) ในงานทันตกรรมบูรณะเพื่อความสวยงามตามอุดมคติ และเครื่องมือช่วยระบุตำแหน่งอย่างแบบพิมพ์จำลองฟัน (silicone index) เพื่อแบ่งสัดส่วนและจัดตำแหน่งฟันตัดคู่กลางบนทั้งสองซี่ให้มีความสมมาตรและสมดุล และเพื่อหลีกเลี่ยงลักษณะของฟันที่ดูกว้างมากเกินปกติ [4,12,13]

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความล้มเหลวทางคลินิกของวัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิต คือ ปัญหาการเปลี่ยนสีของวัสดุอุด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ต้องทำการบูรณะใหม่ (replacement) โดยเอกสารอ้างอิงของ El-Rashidy และคณะ[20] ได้จำแนกปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการเปลี่ยนสีของวัสดุอุดฟัน (extrinsic factors) ได้แก่ การดูดซับสารสีจากอาหาร เครื่องดื่ม น้ำยาบ้วนปาก และการดูแลสุขอนามัยช่องปากที่ไม่เหมาะสม

ด้วยเหตุนี้ การติดตามผลการรักษาในระยะยาวจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทันตแพทย์ ไม่เพียงแต่ต้องติดตามดูการกลับมาเกิดซ้ำของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ยึดระหว่างริมฝีปากและเหงือก หรือการเปลี่ยนแปลงของขอบเหงือกโดยรอบตามที่ Lamas Ramirez และคณะ[21] ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ แต่ยังต้องทำการถ่ายภาพรังสีรอบปลายรากฟันเป็นระยะ เพื่อเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบสำหรับการประเมินความคงตัวของกระดูกเบ้าฟันและเนื้อเยื่อปริทันต์รองรับฟันที่ทำการบูรณะ ควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การหลีกเลี่ยงการใช้ฟันหน้ากัดหรือแทะอาหารหรือของแข็ง การควบคุมสุขอนามัยช่องปากอย่างเคร่งครัดด้วยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟัน และการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก ขูดหินปูนและตรวจเช็คสภาพของวัสดุบูรณะอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุก 6 เดือน ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้เป็นหัวใจสำคัญในการดูแลรักษาการบูรณะ ฟื้นฟูการบดเคี้ยว และธำรงรอยยิ้มที่เปี่ยมด้วยความมั่นใจของผู้ป่วยให้คงอยู่ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนคู่กลางด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิตโดยตรง ถือเป็นทางเลือกทางทันตกรรมบูรณะที่มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูความสวยงามและความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย โดยจัดเป็นการรักษาในแนวทางอนุรักษ์เนื้อฟัน ที่ส่งผลลัพธ์การรักษาที่ดี กลมกลืนเป็นธรรมชาติ อีกทั้งยังช่วยประหยัดเวลาทางคลินิกและมีความคุ้มค่าเชิงเศรษฐสถานะอย่างเด่นชัด

แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จที่ยั่งยืนในระยะยาวนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะการบูรณะตัวฟันของทันตแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยกระบวนการในการวินิจฉัย และการวางแผนการรักษาแบบองค์รวมที่ถูกต้องแม่นยำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้นหาและกำจัดปัจจัยร่วมเชิงสาเหตุอย่างเป็นระบบ ควบคู่ไปกับความร่วมมือของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การรักษาพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยช่องปากอย่างเคร่งครัดตลอดจนการเข้าพบทันตแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลและคงสภาพการรักษาอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Ziahosseini P, Hussain F, Millar BJ. Management of gingival black triangles. Br Dent J. 2014;217(10):559-63.
2. Joshi A, Soni SK, Yadav S, Goel M. Evaluation of labial frenum attachment in children of Udaipur population. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2021;39(3):308-12.
3. Sanin C, Savara BS. Factors that influence the closure of space between maxillary central incisors. Am J Orthod. 1972;61(3):282-95.
4. Azzaldeen A, Watted N, Borbély P. Maxillary midline diastema: Restorative and orthodontic management. Int J Maxillofac Res. 2018;4(2):45-53.
5. Gass JR, McLean J, Todd AI. The genetics of midline diastema: A twin study design. Arch Oral Biol. 2003;48(7):511-8.
6. Nainar SM, Gnanasundaram N. Incidence and etiology of midline diastema in a Southern Indian population. Indian J Dent Res. 2008;19(2):102-6.
7. Kaimenyi JM. Occurrence of midline diastema and frenum attachments amongst school children in Nairobi, Kenya. East Afr Med J. 1998;75(11):654-7.
8. Adams EM, Green JC. Clinical evaluation of the blanching test in diagnosing abnormal frenum attachments. J Periodontol. 2012;83(4):441-7.
9. Abraham R, Kamat V. Midline diastema and its relationship with deleterious oral habits: A clinical study. J Clin Exp Dent. 2015;7(2):e240-4.
10. Beasley MS, Smith RJ. The effect of digit sucking on the patency of the maxillary midline suture and diastema formation. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2009;135(5):622-9.
11. Helvey GA. Direct composite resin restorations of the maxillary midline diastema: An aesthetic challenge. Pract Proced Aesthet Dent. 2007;19(6):353-60.
12. Ritter AV, Boushell LW, Walter R. Sturdevant's Art and Science of Operative Dentistry. 7th ed. St. Louis: Elsevier; 2019.
13. เฉลิมพล ลี้ไวโรจน์. ทันตกรรมบูรณะเพื่อความสวยงาม (Esthetic Restorative Dentistry). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2558.
14. DeSeta R, Blandino M, Restrestpo MC. The effect of labial frenectomy on the stability of direct composite restorations in maxillary midline diastema: A retrospective study. J Esthet Restor Dent. 2019;31(4):332-9.
15. Viswambaran M, Kumar A, Sharma M. restprestpative versus orthodontic closure of midline diastema in adult patients: Patient satisfaction and preference. J Indian Prosthodont Soc. 2016;16(2):148-54.
16. Elkaffas AA, Al-Zordk W, El-Banna MS. Esthetic management of midline diastema using porcelain veneers vs direct composite restprestpations: A systematic review. Int J Esthet Dent. 2020;15(3):284-98.
17. Korkut B, Yanıkoğlu N, Gündoğdu M. Direct composite laminate veneers versus ceramic veneers: A 2-year randomized clinical trial. J Adhes Dent. 2018;20(2):155-63.
18. El-Rashidy AA, El-Mowafy O, Abdel-Karim A. Five-year clinical performance of direct composite restprestpations for midline diastema closure. Oper Dent. 2017;42(6):589-97.
19. Lamas Ramirez T, Cacciuttolo F, Gordan VV. Retention and annual failure rate of direct resin composite in anterior teeth: A 4-year retrospective clinical evaluation. Clin Oral Investig. 2021;25(8):4911-20.
20. El-Rashidy AA, El-Deeb HA, El-Sayed AM. Extrinsic and intrinsic factors affecting color stability of direct composite restprestpations in the anterior aesthetic zone. J Dent Res Clin Rev. 2020;7(1):12-9.
21. Lamas Ramirez T, Silva J, Martinez C. Long-term changes in periodontal tissue and restoration margins following diastema closure: A 5-year follow-up study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2022;42(3):365-73.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Factors Influencing Depression Prevention Behaviors among Nursing Students at Nakhon Ratchasima Rajabhat University.

(Received: July 21,2026 ; Revised: July 24,2026 ; Accepted: September 26,2026)

กุศลิน กัณหา[1] อักษรา นินนานนท์[2]
Kusalin Kunha[1] Aksara Ninnanon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1–4 ปีการศึกษา 2569 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำนวน 219 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.13, S.D.=0.43) โดยด้านการรับรู้และปรับตัวต่อเหตุการณ์ชีวิตมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ผลการเปรียบเทียบพบว่า นักศึกษาที่มีระดับชั้นปี เงินสนับสนุน สัมพันธภาพในครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ด้านร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งความเข้มแข็งทางใจมีอำนาจการพยากรณ์สูงที่สุด รองลงมาคือปัจจัยด้านจิตสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า, ความเข้มแข็งทางใจ, ปัจจัยด้านจิตสังคม, การสนับสนุนทางสังคม, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This survey research by cross-sectional design aimed to investigate the levels, relationships, and predicting factors of depression prevention behaviors. The sample consisted of 219 nursing students from the 1st to 4th years during the 2026 academic year at the Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, selected via stratified random sampling. Research instruments included questionnaires assessing psychosocial factors, resilience quotient (RQ), social support, and depression prevention behaviors, with an overall reliability of 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and multiple regression analysis.

The results revealed that the participants had a moderate overall level of depression prevention behaviors (Mean=3.13, S.D.= 0.43). The highest mean score was found in life event perception and adaptation, whereas professional help-seeking behavior scored the lowest. Comparative analysis demonstrated that differences in academic year, financial support, family relationships, and personal experience with depression significantly led to different levels of prevention behaviors ($p < .05$).

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
[2] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา Corresponding author

Furthermore, psychosocial factors, resilience, and social support were positively correlated with depression prevention behaviors ($p < .001$). Multiple regression analysis indicated that all three independent variables significantly predicted depression prevention behaviors ($p < .05$), with resilience being the strongest predictor, followed by psychosocial factors and social support, respectively.

Keywords: Depression Prevention Behaviors; Resilience Quotient; Psychosocial Factors; Social Support; Nursing Students

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติทางสุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาวะ คุณภาพชีวิต และศักยภาพในการดำเนินชีวิตของประชากรทุกช่วงวัย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) รายงานว่า ปัจจุบันมีประชากรมากกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลจัดเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบอุบัติการณ์สูงที่สุด ซึ่งไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดภาระโรคที่สำคัญต่อระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้าง นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต (Years Lived with Disability [YLDs]) และเป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับต้น ๆ ที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย โดยมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกสูงถึงประมาณ 727,000 รายต่อปี ซึ่งการฆ่าตัวตายยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรกลุ่มวัยรุ่นและวัยเยาวชนทั่วโลก[1] แม้ว่านานาประเทศจะเริ่มขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตเชิงรุกมากขึ้น ทว่าข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและระบบสนับสนุนทางสังคมยังคงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าเป็นความท้าทายสำคัญทางสาธารณสุขที่ไม่สามารถมองข้ามได้[1]

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลสถานการณ์เชิงสถิติของกรมสุขภาพจิตระบุว่าประชากรไทยมีแนวโน้มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า 1.3 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด และมีทิศทางขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยเริ่มเข้าสู่วัยทำงาน[2] สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพจิตของประชาชนผ่านระบบออนไลน์ (Mental Health Check-In) ที่บ่งชี้ว่า ประชาชนไทยร้อยละ 17.20 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 10.63 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและนักศึกษาที่มีระดับความเสี่ยงสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างชัดเจน[2,3] ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนามาตรการเชิงป้องกันและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดีในกลุ่มประชากรวัยเรียน[3]

นักศึกษาพยาบาลจัดเป็นประชากรเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่านักศึกษาในสาขาวิชาอื่นอย่างเด่นชัด เนื่องจากบริบททางการศึกษาที่ต้องเผชิญกับภาระการเรียนภาคทฤษฎีที่เข้มข้น การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในชั้นคลินิก ความกดดันจากการรับผิดชอบดูแลชีวิตของผู้ป่วย ตลาดจนการปรับตัวต่อความคาดหวังของครอบครัว สถาบันการศึกษา และวิชาชีพ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า นักศึกษาพยาบาลเผชิญกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูง อันเป็นผลมาจากความเครียดสะสมในการจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติวิชาชีพ[4,5] ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทประเทศไทยที่ระบุว่า ความเครียดจากการเรียนการฝึกปฏิบัติทางคลินิก และการรับรู้บทบาทการพยาบาล เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล[6,7]

ซึ่งหากนักศึกษาไม่ได้รับการดูแล ประเมิน และส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบเชิงลบเป็นลูกโซ่ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คุณภาพชีวิต สมรรถนะแห่งตนในวิชาชีพ และอาจส่งผลร้ายแรงต่อคุณภาพของระบบการพยาบาลในอนาคต[7]

ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่ควรได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริม "พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า" ซึ่งถือเป็นมาตรการเชิงรุก (Proactive Behavior) ในการเสริมสร้างเกราะคุ้มกันทางจิตใจ การทบทวนวรรณกรรมระบบสากลยืนยันว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การสร้างทักษะการจัดการความเครียด และการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหา สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ[8] ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันดังกล่าวครอบคลุมทั้งการดูแลสุขอนามัยทางกาย การปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้และการจัดการเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต การมีทัศนคติเชิงบวกต่อปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที[8]

จากการศึกษากรอบแนวคิดทางจิตวิทยาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยสำคัญ 3 ด้านที่มีอิทธิพลและส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors): ครอบคลุมการรับรู้ ทัศนคติ และการตีความเหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งส่งผลต่อการเลือกวิธีเผชิญปัญหา (Coping Strategies) โดยบุคคลที่มีระบบคิดและทัศนคติในเชิงลบต่อภาวะซึมเศร้า มักมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเข้ารับคำปรึกษา ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีการรับรู้และทัศนคติที่เหมาะสมจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมการป้องกันและดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ดีกว่า[9] 2) ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ): เป็นปัจจัยภายในบุคคลและเป็นเกราะคุ้มกันทางจิตใจที่สำคัญ สะท้อนถึงความสามารถในการปรับตัว ฟื้นตัว และก้าวผ่านสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบาก บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะสามารถบริหารจัดการอารมณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมในการปกป้องสุขภาวะทางจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม[10,11] และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคม (Environmental and Social Support Factors): การได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดจนนโยบายของสถาบันการศึกษาและการเข้าถึงระบบบริการให้คำปรึกษา ล้วนเป็นปัจจัยภายนอกที่ช่วยเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยมีรายงานการวิจัยพบว่านักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีแนวโน้มแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[12]

แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ทว่าการศึกษาที่บูรณาการและมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยร่วมระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ายังคงมีอยู่ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทเฉพาะของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ซึ่งเป็นสถาบันผลิตบุคลากรทางการพยาบาลในเขตภูมิภาคที่มีบริบททางสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมเฉพาะตัว ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เพื่อนำข้อมูลและองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหาร อาจารย์ และผู้เกี่ยวข้อง ในการกำหนดนโยบาย วางแผนพัฒนาแนวทาง กิจกรรม และระบบการดูแลช่วยเหลือนักศึกษาด้านสุขภาพจิตอย่างเป็น

รูปธรรม ตลอดจนร่วมสร้างสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และพร้อมที่จะออกไปปฏิบัติงานเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Survey research by cross-sectional design)

ประชากร (Population) ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2569 จำนวนทั้งหมด 304 คน จำแนกเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 90 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 73 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 67 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 74 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1–4 ปีการศึกษา 2569 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน (Yamane, 1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนยอมรับได้ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 173 คน เพื่อป้องกันความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 219 คน จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้ชั้นปีเป็นชั้นภูมิ (Strata) และจัดสรรขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Proportional Allocation) ได้กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นปีดังนี้ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 65 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 53 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 48 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 53 คน (รวมทั้งสิ้น 219 คน)

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1–4 ปีการศึกษา 2569 มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีความสมัครใจและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหลังรับทราบวัตถุประสงค์เรียบร้อยแล้ว

เกณฑ์การคัดออก คือนักศึกษาที่อยู่ระหว่างลาพักการศึกษาหรือพ้นสภาพนักศึกษาในสถานศึกษาช่วงเก็บข้อมูล นักศึกษาที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์โดยมีข้อมูลสูญหายเกินร้อยละ 20 ของคำถามทั้งหมด และนักศึกษาที่ขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการ โดยการถอนตัวไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนและผลการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำถามในช่องว่าง (Fill-in-the-blank) จำนวน 9 ข้อ

ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เงินสนับสนุนที่ได้รับต่อเดือน การกู้ยืมเพื่อการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพในครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตสังคม ใช้วัดการรับรู้คุณลักษณะเชิงจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการจัดการความเครียด การได้รับคำปรึกษาจากครอบครัวหรือเพื่อน ความกดดันจากการเรียน การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษา แนวโน้มการขอความช่วยเหลือจากอาจารย์ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมชั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (5-Point Rating Scale) ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 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)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ) ดัดแปลงมาจากแนวคิดและเครื่องมือประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความทนทานทางอารมณ์ (Emotional Stability) จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านกำลังใจ (Encouragement) จำนวน 5 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (Problem Management) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) คะแนนรวมที่สูงสะท้อนถึงระดับความเข้มแข็งทางใจและขีดความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะความเครียดที่สูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคม ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมและระบบเกื้อกูลที่เอื้อต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากอาจารย์และบุคลากร สภาพแวดล้อมทางกายภาพของมหาวิทยาลัย การเข้าถึงข้อมูลและการบริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต นโยบายของสถาบัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) คะแนนรวมที่สูงหมายถึงมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมการแสดงออกเชิงพฤติกรรมใน 4 มิติ ได้แก่ พฤติกรรมด้านสุขภาพกาย (8 ข้อ) เช่น การออกกำลังกาย สุขอนามัยการนอนหลับ โภชนาการและการจัดการความเครียด การรับรู้ต่อเหตุการณ์ชีวิต (5 ข้อ) เช่น การมองปัญหาในเชิงบวก การปรับตัวและการจัดการอารมณ์ ทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (4 ข้อ) เช่น ความเชื่อเชิงบวกเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการแสวงหาความช่วยเหลือ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (3 ข้อ) เช่น การเข้ารับคำปรึกษาทางจิตวิทยา และความพร้อมในการเข้าถึงแหล่งบริการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับตามความถี่ของการปฏิบัติ ได้แก่ 4 (ปฏิบัติเป็นประจำ/ทุกครั้ง) 3 (ปฏิบัติบ่อยครั้ง) 2 (ปฏิบัติบางครั้ง) และ 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) คะแนนรวมที่สูงแสดงถึงการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำร่างแบบสอบถามที่พัฒนาและดัดแปลงขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาตามโครงสร้างตัวแปร และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย สถิติ และการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และ 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาชีพการ

พยาบาลและการศึกษาพยาบาล จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป สำหรับข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 หรือข้อคำถามที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำและบริบทภาษาให้มีความสมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดสอบในขั้นต่อไป

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัย) จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและการตีความข้อคำถาม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถามที่เป็นมาตรประมาณค่า (Likert Scale) ทุกส่วน ผลการวิเคราะห์พบว่า เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทางสถิติมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93

ขั้นตอนการดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่เป็นระบบ ดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้

1. ระยะเตรียมการและพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิด ตัวแปร และพัฒนาแบบสอบถามฉบับร่าง จากนั้นนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ก่อนนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากนั้นผู้วิจัยจึงเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน

2. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทางราชการเพื่อประสานงานกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และมาตรการพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมทั้งขอลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มกระบวนการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1–4 จำนวน 219 คน (หรือตามจำนวนจริงที่ส่งแบบสอบถามกลับคืน) โดยใช้แบบสอบถามฉบับกระดาษร่วมกับแบบสอบถามออนไลน์ตามความเหมาะสม

3. ระยะจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด นำข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์คัดแยกมาบันทึกรหัสลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรและระดับของตัวแปร และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ก่อนนำผลลัพธ์ที่ได้ไปสรุป อภิปรายผล และจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์เพื่อการเผยแพร่ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งสถิติที่ใช้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ค่าเฉลี่ยร่วมกับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับของปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Independent t-test และ One-way ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล, ใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินงานตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่รับรอง HE-228/2569

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 219 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 199 คน (ร้อยละ 90.9) และเพศชาย 20 คน (ร้อยละ 9.1) ด้านอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 19 ปี 55 คน (ร้อยละ 25.1) รองลงมาคือ 18 ปี 51 คน (ร้อยละ 23.3) สำหรับระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 69 คน (ร้อยละ 31.5) รองลงมาคือชั้นปีที่ 2 จำนวน 65 คน (ร้อยละ 29.7) ชั้นปีที่ 1 จำนวน 62 คน (ร้อยละ 28.3) และชั้นปีที่ 3 จำนวน 23 คน (ร้อยละ 10.5) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยทางเศรษฐกิจ พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 10,000–30,000 บาทต่อเดือน 119 คน (ร้อยละ 54.3) โดยได้รับเงินสนับสนุนประจำเดือนจากครอบครัว/ญาติเฉลี่ยที่ช่วง 3,000–4,000 บาท (ฐานนิยมคือ 3,000 บาท, ร้อยละ 16.9) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังได้รับเงินค่าครองชีพสนับสนุนจากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) จำนวน 3,000 บาทต่อเดือน 87 คน (ร้อยละ 39.7) สำหรับบริบทด้านครอบครัวและสุขภาพจิต พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ร่วมกัน 146 คน (ร้อยละ 66.7) หย่าร้าง 52 คน (ร้อยละ 23.7) ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว ส่วนใหญ่ระบุว่ามีความรักใคร่กลมเกลียวกันดี 161 คน (ร้อยละ 73.5) มีการทะเลาะกันบางครั้ง 55 คน (ร้อยละ 25.1) ทั้งนี้ ในมิติด้านประสบการณ์ทางสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 185 คน (ร้อยละ 84.5) ขณะที่ผู้เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 34 คน (ร้อยละ 15.5)

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.13, S.D.= 0.43) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือ ด้านการรับรู้และปรับตัวต่อเหตุการณ์ชีวิต (Mean=3.79, S.D.=0.70) รองลงมาคือ ด้านทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Mean=3.46, S.D.= 0.51) อยู่ในระดับมากเช่นกัน สำหรับด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (Mean= 2.82, S.D.= 0.48) และด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean=2.44, S.D.=0.74)

ผลการวิเคราะห์ระดับตัวแปรอิสระ

ผลการวิเคราะห์ระดับตัวแปรอิสระพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับคะแนนตัวแปรอิสระอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=3.81, S.D.=0.74) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม (Mean=3.76,

S.D.=0.56) และความเข้มแข็งทางใจ (Mean= 3.67, S.D.=0.36) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีระดับชั้นปีแตกต่างกัน (Mean=3.278, p= .022) เงินที่ได้รับจากครอบครัว/ผู้สนับสนุนต่างกัน (F= 2.912, p= .036) สัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน (F= 8.416, p < .001) และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าต่างกัน (t = 2.486, p = .014) มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ รายได้ครอบครัว เงินกู้ กยศ. และสถานภาพสมรสของบิดามารดา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ในระดับสูงทางบวก (r = .643) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านจิตสังคม (r = .528) และการสนับสนุนทางสังคม (r = .486) ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางทางบวก แสดงว่าเมื่อตัวแปรอิสระเหล่านี้มีระดับที่สูงขึ้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลจะสูงขึ้นตามไปด้วย

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการรับรู้และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ชีวิตมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด สะท้อนว่านักศึกษามีทักษะการตระหนักรู้และปรับตัวต่อความเครียดจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิกได้ดีในระดับหนึ่ง เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งเน้นการฝึกทักษะการจัดการภาวะวิกฤต แต่อย่างไรก็ตาม นักศึกษายังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศที่พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และระหว่างฝึกคลินิกครั้งแรก ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้เหตุการณ์ชีวิตในทางลบและความกดดันทางการเรียน[6,7]

สำหรับประเด็นที่ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือมีคะแนนต่ำที่สุด อธิบายได้จากทัศนคติเชิงลบและความกังวลเกี่ยวกับการถูกตีตราทางสังคม (Mental Health Stigma) ตลอดจนความกลัวว่าตนเองจะถูกมองว่าขาดความสามารถในการจัดการปัญหา สอดคล้องกับวรรณกรรมต่างประเทศที่ระบุว่า ความกลัวตราบาปเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของนักศึกษาสายการแพทย์[4,5] อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและความรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ถือเป็นแนวทางสำคัญในการลดทอนสภาวะตราบาปในตนเอง (Self-stigma) และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันเชิงรุก ตลอดจนการเข้าถึงระบบช่วยเหลือเชิงระบบของสถาบันการศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[13,14,15]

2. ระดับปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ชี้ให้เห็นว่าระบบเกื้อกูลจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ ทำหน้าที่เป็นปัจจัยคุ้มครอง (Protective Factors) ที่สำคัญยิ่ง ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงยาว (Longitudinal Study) ที่ยืนยันว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มั่นคงช่วยชะลออัตราการ

เพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้าจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติงานที่เข้มข้นได้อย่างมีนัยสำคัญผ่านกลกลดทอนอิทธิพลลบ (Buffer Effect)[7,15,16] ในมิติด้านจิตสังคมและความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ซึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน สะท้อนถึงพื้นฐานการรับรู้และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลจิตใจ การเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) รวมถึงขีดความสามารถในการฟื้นตัวจากสถานการณ์วิกฤต ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[15,17,18] ยิ่งไปกว่านั้น ความเข้มแข็งทางใจยังทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (Mediator) เต็มรูปแบบ ที่รับอิทธิพลเชิงบวกจากสิ่งแวดล้อมภายนอกแล้วส่งแรงขับเคลื่อนให้นักศึกษาแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองเชิงรุก[6,18] นอกจากนี้ โครงสร้างพื้นฐานและนโยบายด้านสุขภาพจิตที่ปลอดภัยของสถาบันอุดมศึกษา (เช่น ระบบคัดกรองดิจิทัลแบบไม่เปิดเผยตัวตน) ยังเป็นแรงขับเคลื่อนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจิตของนักศึกษาได้อย่างเป็นรูปธรรม[3,19]

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าตามปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ระดับชั้นปี เงินที่ได้รับสนับสนุน สัมพันธภาพในครอบครัว และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประเด็น "ระดับชั้นปี" อธิบายได้จากบริบทความเครียดที่จำเพาะ โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เผชิญความเครียดจากการปรับตัวเข้าสู่สังคมมหาวิทยาลัย[6] ขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่สูงขึ้นเผชิญความกดดันจากการฝึกงานบนหอผู้ป่วยและภาระงานคลินิกที่เข้มข้นขึ้นตามระยะเวลา[7,16] สำหรับปัจจัย "เงินสนับสนุน" และ "สัมพันธภาพในครอบครัว" ถือเป็นเสาหลักภายนอกที่สร้างความมั่นคงทางอารมณ์ โดยครอบครัวที่อบอุ่นและมีทุนทรัพย์เพียงพอจะช่วยลดทอนสภาวะตึงเครียด ทำให้นักศึกษารักษาระดับพฤติกรรมการป้องกันได้ดีกว่ากลุ่มที่ขาดแคลน[6,14] ในมิติของ "ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า" สามารถส่งผลได้สองทิศทาง กล่าวคือ อาจเพิ่มความเปราะบางหากเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (Avoidant coping)[18] แต่ในทางกลับกัน หากประสบการณ์นั้นถูกเปลี่ยนเป็นความรู้เท่าทันสุขภาพจิตและการตระหนักรู้ในสมรรถนะแห่งตน จะกลายเป็นแรงขับเคลื่อนภายในที่ลดสภาวะตราบาปในตนเองและกระตุ้นพฤติกรรมการป้องกันเชิงรุกรวมถึงการกล้าเข้าหาผู้เชี่ยวชาญทันทีเมื่อมีอาการนำทางอารมณ์[14,15,17] ความแตกต่างรายบุคคลเหล่านี้ถูกเติมเต็มด้วย "ความเข้มแข็งทางใจ" และ "ระบบสนับสนุนเชิงระบบของสถาบัน" ที่ช่วยหล่อหลอมพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวม[3,13,19,20]

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ในระดับสูงที่สุด สะท้อนชัดเจนว่าพลังสุขภาพจิตภายในทำหน้าที่เป็นกลไกส่วนบุคคลและตัวแปรส่งผ่านที่ทรงพลังที่สุดในการแปรเปลี่ยนแรงสนับสนุนภายนอกไปสู่การปฏิบัติเชิงพฤติกรรม สอดคล้องกับแบบจำลองสมการโครงสร้าง (SEM) ที่ค้นพบว่า ระบบสนับสนุนไม่ได้ลดความซึมเศร้าโดยตรงทั้งหมด แต่ส่งผ่านพลังความเข้มแข็งทางใจเพื่อขับเคลื่อนพฤติกรรมการจัดสรรเวลาพักผ่อนและการจัดการความรับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ[20] นอกจากนี้ ระบบการเกื้อกูลเชิงอารมณ์และการให้ข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง[7,16,21] ผนวกกับการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ[15,17] ล้วนเป็นเกราะกำบังทางจิตใจที่ช่วยลดทอนขนาดของความเครียดไม่ให้พัฒนาไปสู่อาการซึมเศร้าทางคลินิก โดย

คุณลักษณะด้านจิตสังคมเชิงบวกและการเข้าถึงระบบบริการปรึกษาทางจิตวิทยาที่สะดวกของคณะ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดการตีตราตนเอง ส่งผลให้นักศึกษาเลือกเผชิญปัญหาเชิงรุกมากกว่าการปฏิเสธความจริง[14,18] ทั้งนี้ โครงสร้างเชิงระบบและการสนับสนุนเชิงนโยบายของสถาบันการศึกษาทำหน้าที่เป็นฐานรากภายนอกที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดปัจจัยด้านจิตสังคมเชิงบวกและหล่อหลอมความเข้มแข็งทางใจในตัวนักศึกษาพยาบาลในที่สุด[3,19]

5. อำนาจการพยากรณ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคม ความเข้มแข็งทางใจ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเข้มแข็งทางใจมีอำนาจการพยากรณ์สูงที่สุด รองลงมาคือปัจจัยด้านจิตสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ ผลการศึกษาให้หลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ความเข้มแข็งทางใจ (RQ) เป็นทรัพยากรภายในตัวบุคคล (Internal Resources) ที่ทรงพลังที่สุดในการกำหนดทิศทางพฤติกรรมและการฟื้นตัวจากสภาวะวิกฤต ซึ่งได้รับการยืนยันผลเชิงทดลองว่าโปรแกรมการฝึกอบรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสามารถยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน[13,20] สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอำนาจการทำนายเป็นอันดับสอง สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการร่วมกำหนดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและการลดสภาวะตราบาปในตนเอง[15,17] ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานภายนอก (External Resources) ที่คอยขับเคลื่อนและหนุนเสริมให้ปัจจัยภายในตัวบุคคลทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ[7,21] เมื่อโครงสร้างเชิงระบบนโยบายสนับสนุน และระบบบริการปรึกษาของสถาบันมีความพร้อม จะเกิดเป็นแรงร่วมที่ส่งผลปลายทางให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่สูงและต่อเนื่องอย่างยั่งยืน[3,19]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดโปรแกรมพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ ก่อนเข้าศึกษาและก่อนฝึกคลินิกทุกชั้นปี เพื่อเพิ่มทักษะการฟื้นตัวและการเผชิญปัญหาเชิงรุก ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์สูงสุด

1.2 การสร้างเครือข่ายครอบครัว-เพื่อน-อาจารย์ ควบคู่กับการพัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบคัดกรองและให้คำปรึกษาสุขภาพจิตออนไลน์แบบไม่เปิดเผยตัวตน เพื่อลดความกลัวการถูกตีตรา

1.3 การบูรณาการเนื้อหาความรู้เท่าทันสุขภาพจิตและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาเข้าในวิชาการพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ดูแลตนเองและเฝ้าระวังเพื่อนร่วมชั้นได้

1.4 การออกแบบการดูแลจำแนกตามชั้นปี เช่น ปี 1 เน้นการปรับตัว, ปีสูงเน้นความเครียดจากการฝึกงานและจัดสรรทุนการศึกษาเพื่อลดความตึงเครียดทางเศรษฐกิจของครอบครัว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยตรง

2.2 การติดตามศึกษาพยาบาลกลุ่มเดิมตั้งแต่ปี 1–4 เพื่อหาแนวโน้มและช่วงเวลาวิกฤตของปัญหาสุขภาพจิต

2.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเสี่ยงสูงหรือผู้มีประสบการณ์ตรง เพื่อเจาะลึกบริบทความเครียดบนหอผู้ป่วยและอุปสรรคเชิงระบบ

2.4 ควรขยายสถาบันวิจัยให้ครอบคลุมภาครัฐ-เอกชน และเพิ่มตัวแปรควบคุมสำคัญ เช่น สุขอนามัยการนอนหลับ และชั่วโมงการฝึกคลินิก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2026). Mental health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Jul 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
2. กรมสุขภาพจิต.(2568). รายงานสถานการณ์เชิงสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ประจำปีงบประมาณ 2568. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
3. อัญชลี รุจิรานันท์, วรวิทย์ เกื้อกูล, ศิริพร ประชารักษ์.(2569). การสำรวจสภาวะสุขภาพจิต ดัชนีพฤติกรรมสุขภาพ และความสอดคล้องของระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อมในสถาบันอุดมศึกษายุคปัจจุบัน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2569;34(1):45-58.
4. Labrague LJ, De los Santos JAA.(2022). Academic workload, clinical practice stress, and mental health outcomes among nursing students: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2022;129:104214.
5. Ratanasiripong P, Park JH, Ratanasiripong N.(2021). Mental health status, stigma, and help-seeking behaviors among nursing students in Asia. Asian J Nurs. 2021;14(3):215-27.
6. ชุติมา ประสิทธิเวช, นภาพร วัฒนากุล, วิชัย บุญรัตน์.(2564). ความเครียด อาการซึมเศร้า และปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(2):89-102.
7. พรทิพย์ สุขขี, วรรณภา ศรีไทย, สมชาย ใจดี.(2565). ปัจจัยจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานคลินิกครั้งแรก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(1):32-47.
8. Cuijpers P, Pineda BS, Quero S, Karyotaki E, Struijs SY, Figueroa CA, et al.(2020). Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Psychol Rev. 2020;81:101896.
9. Beck AT, Dozois DJ.(2011). Cognitive therapy: current status and future directions. Annu Rev Med. 2011;62:397-409. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100032. PMID: 20690827.
10. กรมสุขภาพจิต.(2564). คู่มือการประเมินและสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ). นนทบุรี: กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
11. Connor KM, Davidson JR.(2020). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2020;37(4):324-35.
12. Eisenberg D, Lipson SK, Heinze JE.(2020). Social support, mental health stigma, and utilization of mental health services among college students. J Am Coll Health. 2020;68(5):482-91
13. กนกวรรณ ธนารักษ์, ศิริพร วงศ์ใหญ่, นงลักษณ์ มีทองแสน.(2566). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(3):78-92.
14. นงนุช เชาวน์ศิลป์.(2567). ความรู้เท่าทันสุขภาพจิต ทัศนคติต่อการขอความช่วยเหลือ และสภาวะตราบาปในตนเองของนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2567;55(1):33-47.
15. Ahmed A, Al-Anzi N, El-Mitwally L.(2023). Mental health literacy and its relationship with depression prevention behaviors among health science students. Int J Ment Health Nurs. 2023;32(2):501-12.
16. Taylor R, Brown M.(2026). A two-year longitudinal investigation of depression, academic stress, and social support among undergraduate nursing students. J Adv Nurs. 2026;82(4):889-902.
17. ศศิธร ชูเกียรติ, สุนิสา ชายเกลี้ยง.(2568). การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในคนรุ่นใหม่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2568;55(2):201-14.
18. Kim S, Lee J.(2023). Predictors of mental health promotion and depression prevention behaviors among nursing students: A health belief model approach. Nurse Educ Today. 2023;121:105-13.

19. Müller A, Schmidt M.(2025). Institutional infrastructure and institutional policy as external drivers for depression prevention behaviors among European university students. Higher Educ Res. 2025;40(3):412-26.
20. ปรียานุช ผิวสอาด, ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร.(2567). อิทธิพลส่งผ่านของความเข้มแข็งทางใจระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล: การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2567;69(2):157-70.
21. Nguyen TH, Tran KV.(2024). Emotional support from family and peers as a buffer against academic stress and depression in health science students. Asian J Nurs Stud. 2024;13(2):145-56.

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้องของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Comparison of Clinical Outcomes and Complications between Open and Laparoscopic Inguinal Hernia Repair at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya.

(Received: July 18,2026 ; Revised: July 21,2026 ; Accepted: July 23,2026)

กฤษตินา สุรชัยดังถวิล[1]
Kristina Surachaidangtawin[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระดับความปวดหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรค ระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบสังเกตการณ์ย้อนหลัง (survey research by Retrospective cohort study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ณ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 90 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผ่าตัดแบบเปิด 45 ราย และกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้อง 45 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent t-test, Mann–Whitney U test, Chi-square test และ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีระยะเวลาผ่าตัดนานกว่า แต่มีปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และคะแนนความปวดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ขณะที่อัตราภาวะแทรกซ้อนโดยรวมและการกลับเป็นซ้ำของโรคต่ำกว่า แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

คำสำคัญ: ไส้เลื่อนขาหนีบ, การผ่าตัดแบบเปิด, การผ่าตัดผ่านกล้อง, ผลลัพธ์ทางคลินิก, ภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This study aimed to open and laparoscopic inguinal hernia repair. A survey research by retrospective cohort study was conducted using medical records of 90 patients who underwent inguinal hernia repair at Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province, Thailand, between January 2021 and December 2025. Patients were divided into open repair (n=45) and laparoscopic repair (n=45) groups. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, Mann–Whitney U test, Chi-square test, and Fisher's exact test, with statistical significance set at $p<0.05$.

Results: Baseline characteristics were comparable between the groups ($p>0.05$). The laparoscopic group had a significantly longer operative time but significantly lower blood loss, shorter hospital stay, and lower postoperative pain scores than the open repair group (all $p<0.001$). Although postoperative complications and recurrence were less frequent in the laparoscopic group, the differences were not statistically significant ($p>0.05$).

Keywords: inguinal hernia, open repair, laparoscopic repair, clinical outcomes, postoperative complications

บทนำ

โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) เป็นภาวะทางศัลยกรรมที่มีความสำคัญระดับโลกและพบอุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในเวชปฏิบัติศัลยกรรมทั่วไป ภาวะดังกล่าวเกิดจากการเคลื่อนตัวของอวัยวะภายในผ่านจุดอ่อนของผนัง

[1] นายแพทย์ชำนาญการ ประจำกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

หน้าท้องบริเวณช่องขาหนีบ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะไส้เลื่อนติดคาหรือภาวะไส้เลื่อนรัดคอ (Strangulated hernia) ที่ส่งผลให้ลำไส้ขาดเลือดและเน่าตายได้ สถิติทางการแพทย์ระบุว่าทั่วโลกมีการทำหัตถการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบมากกว่า 20 ล้านครั้งต่อปี ทิศทางการดูแลรักษาในปัจจุบันจึงไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่ความสำเร็จในการปิดรอยรั่วทางกายวิภาคเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคและการป้องกันการเกิดอาการปวดเรื้อรังภายหลังการผ่าตัด[1]

กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดไส้เลื่อนขาหนีบมีความซับซ้อนและสัมพันธ์โดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) และความเสื่อมสภาพของผนังหน้าท้องตามอายุขัย การศึกษาในระดับชีวโมเลกุลพบว่าความไม่สมดุลของกระบวนการสร้างและสลายคอลลาเจน (Collagen metabolism) มีบทบาทสำคัญที่ทำให้พังผืดขาดความแข็งแรงต้านทานแรงดึง ปัจจัยเหล่านี้จะถูกกระตุ้นด้วยสภาวะที่ก่อให้เกิดแรงดันภายในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วม เช่น ภาวะต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia) ที่ทำให้ต้องออกแรงเบ่งปัสสาวะ หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่งผลให้มีอาการไอเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ทำให้อุบัติการณ์ของโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป[2,3]

มาตรฐานการรักษาหลักในปัจจุบันคือการผ่าตัดเสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้องด้วยแผ่นตาข่ายสังเคราะห์ (Mesh repair) ซึ่งแบ่งเทคนิคการทำหัตถการออกเป็นสองกลุ่มหลักคือการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้อง การผ่าตัดแบบเปิดโดยใช้เทคนิคไร้แรงตึงยังคงเป็นวิธีการที่ได้รับความนิยม เนื่องจากมีความยืดหยุ่นสูงในกระบวนการระงับความรู้สึกและไม่ต้องอาศัยเครื่องมือที่ซับซ้อน อย่างไรก็ตาม พัฒนาการทางศัลยกรรมแผลเล็กได้นำเสนอทางเลือกการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic hernia repair) ที่มีจุดเด่นในการลดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อโดยรอบ บรรเทาอาการเจ็บปวดในระยะฟื้นตัว และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้รวดเร็วยิ่งขึ้น แม้ว่าเทคนิคดังกล่าวอาจต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดยาวนานกว่าและมีความท้าทายในด้านช่วงระยะเวลาแห่งการเรียนรู้ของศัลยแพทย์[4,5]

โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีบทบาทเป็นสถานพยาบาลระดับทั่วไปที่รับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่ที่มีโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.51 ของประชากรทั้งหมด ข้อมูลในพื้นที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมหลายระบบ การบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และการเลือกเทคนิคการผ่าตัดที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรที่มุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงวัย การประเมินผลลัพธ์การรักษาในสภาพแวดล้อมจริงของโรงพยาบาลระดับจังหวัดจะช่วยให้ทีมศัลยแพทย์สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่คุ้มค่าและปลอดภัยสูงสุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่[6,7]

แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากในต่างประเทศที่เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี แต่ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทยที่เน้นประชากรกลุ่มเปราะบางยังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างฐานข้อมูลเฉพาะพื้นที่เกี่ยวกับระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระดับความเจ็บปวด และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจริง องค์ความรู้ที่ได้รับจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines) เพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบของโรงพยาบาลเสนาให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพทัดเทียมระดับสากล นำไปสู่การลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

และการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยในระยะยาว [8,4]

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดกับการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการผ่าตัดและระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวดหลังการผ่าตัดตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและการกลับมาเป็นซ้ำของโรคระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบสังเกตการณ์ย้อนหลัง (survey research by Retrospective cohort study) โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและแบบผ่านกล้องจากข้อมูลย้อนหลังระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้รหัส ICD-10 และ ICD-9-CM ในการคัดเลือกผู้ป่วย จากนั้นรวบรวมข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลการผ่าตัด และผลลัพธ์การรักษา เพื่อนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างเทคนิคการผ่าตัดทั้งสองวิธีด้วยวิธีการทางสถิติ.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการวิจัยคือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ยืนยันว่าเป็นโรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) และได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดแบบเปิดหรือการผ่าตัดผ่านกล้อง ณ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้เลื่อนขาหนีบและเข้ารับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด (Open repair) และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic repair) คัดเลือกจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และแฟ้มประวัติผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณตามสูตรของ Lemeshow และคณะ (1990) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 36 รายต่อกลุ่ม และเพื่อชดเชยข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนร้อยละ 20 จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 45 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 90 ราย แบ่งเป็น กลุ่มผ่าตัดแบบเปิด 45 ราย และ กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้อง 45 ราย ซึ่งจะนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธีอย่างเป็นระบบ.

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และแฟ้มประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลการผ่าตัด และข้อมูลผลลัพธ์หลังการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ระดับความปวด ภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรค

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และแฟ้มประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่าง

เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ใช้รหัสโรค ICD-10 และรหัสหัตถการ ICD-9-CM ที่เกี่ยวข้องกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบ จากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และคะแนนความปวดหลังผ่าตัด และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว ชนิดการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรค ก่อนตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form: CRF) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยศัลยแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุม และความสอดคล้องของรายการข้อมูลกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง พร้อมทั้งทดลองบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนจำนวน 10 ราย ที่ไม่รวมอยู่ในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความชัดเจน ความถูกต้อง และความครบถ้วนของแบบบันทึกข้อมูล ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ หรือความถี่และร้อยละ ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล สำหรับสถิติเชิงอนุมานใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างการผ่าตัดแบบเปิดและการผ่าตัดผ่านกล้อง โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้ Independent t-test หรือ Mann–Whitney U test ตามการแจกแจงของข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม นอกจากนี้อาจใช้ Multivariable Logistic Regression เพื่อควบคุมปัจจัยกวน เช่น อายุและโรคประจำตัว และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายอิสระของผลลัพธ์การรักษาและการเกิดภาวะแทรกซ้อน.

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่หนังสือรับรอง อย. 0033.202.2/023 ลงวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเก็บรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย ใช้ข้อมูลเฉพาะเพื่อการวิจัย และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 90 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด 45 ราย และการผ่าตัดผ่านกล้อง 45 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกก่อนการผ่าตัด พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการผ่าตัด

ข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิก	ผ่าตัดแบบเปิด (n=45)	ผ่าตัดผ่านกล้อง (n=45)	p-value
อายุ (ปี), Mean ± SD	64.31 ± 10.42	62.78 ± 9.86	0.48
เพศ, n (%)			0.69
ชาย	42 (93.33)	41 (91.11)	
หญิง	3 (6.67)	4 (8.89)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²), Mean ± SD	23.84 ± 3.12	24.16 ± 3.28	0.64
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค, n (%)	31 (68.89)	29 (64.44)	0.65
โรคความดันโลหิตสูง	20 (44.44)	18 (40.00)	0.67
โรคเบาหวาน	8 (17.78)	7 (15.56)	0.78
โรคหัวใจและหลอดเลือด	5 (11.11)	4 (8.89)	0.73
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4 (8.89)	3 (6.67)	0.69
ภาวะต่อมลูกหมากโต	12 (26.67)	11 (24.44)	0.81
ระดับความเสี่ยงก่อนผ่าตัด (ASA), n (%)			0.96
ASA I	8 (17.78)	9 (20.00)	
ASA II	28 (62.22)	27 (60.00)	
ASA III	9 (20.00)	9 (20.00)	
ชนิดของไส้เลื่อน, n (%)			0.91
ชนิดตรง (Direct)	18 (40.00)	20 (44.44)	
ชนิดอ้อม (Indirect)	24 (53.33)	22 (48.89)	
ชนิดผสม (Mixed)	3 (6.67)	3 (6.67)	
ขนาดรอยโรค (เซนติเมตร), Mean ± SD	3.42 ± 1.10	3.28 ± 1.06	0.54

หมายเหตุ: ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจมีโรคประจำตัวได้มากกว่า 1 โรค จึงทำให้ผลรวมร้อยละของโรคประจำตัวแต่ละชนิดอาจมากกว่า 100.00 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผ่าตัดแบบเปิดมีอายุเฉลี่ย 64.31 ± 10.42 ปี และกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีอายุเฉลี่ย 62.78 ± 9.86 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และมีระดับความเสี่ยงก่อนผ่าตัดอยู่ใน ASA II โดยไส้เลื่อนชนิดอ้อมพบมากที่สุดในทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร (p>0.05) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันและสามารถนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม

เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง พบว่า การผ่าตัดผ่านกล้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดแบบเปิด แต่มีปริมาณการสูญเสียเลือด ระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระดับความปวดหลังการผ่าตัดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ผ่าตัดแบบเปิด (n=45) Mean ± SD	ผ่าตัดผ่านกล้อง (n=45) Mean ± SD	p-value
ระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	58.64 ± 11.27	72.31 ± 13.46	<0.001
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (มิลลิลิตร)	28.47 ± 12.36	12.62 ± 7.18	<0.001
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	3.18 ± 0.86	2.04 ± 0.71	<0.001
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง	5.42 ± 1.18	3.87 ± 1.09	<0.001
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง	3.71 ± 1.06	2.44 ± 0.89	<0.001
คะแนนความปวด ณ วันจำหน่าย	1.82 ± 0.78	1.09 ± 0.67	<0.001

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิด (72.31 ± 13.46 นาที และ 58.64 ± 11.27 นาที ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีปริมาณการสูญเสียเลือดเฉลี่ย ระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และระดับคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดในช่วง 6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และวันจำหน่าย ต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ ทุกตัวแปร) แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดผ่านกล้องแม้ใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่า แต่ให้ผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิด

เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง พบว่า กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดเกือบทุกด้าน อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดและการกลับเป็นซ้ำของโรค ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดระหว่างกลุ่มผ่าตัดแบบเปิดและแบบผ่านกล้อง

ภาวะแทรกซ้อน	ผ่าตัดแบบเปิด (n=45) n (%)	ผ่าตัดผ่านกล้อง (n=45) n (%)	p-value
แผลติดเชื้อ (Surgical site infection)	4 (8.89)	1 (2.22)	0.17
เลือดคั่ง (Hematoma)	3 (6.67)	1 (2.22)	0.31
น้ำคั่ง (Seroma)	5 (11.11)	2 (4.44)	0.24
ปัสสาวะคั่ง (Urinary retention)	2 (4.44)	1 (2.22)	0.56
ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ	2 (4.44)	1 (2.22)	0.56
การกลับเป็นซ้ำภายในระยะติดตาม	2 (4.44)	1 (2.22)	0.56
เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 รายการ	**10 (22.22)**	**4 (8.89)**	**0.08**

จากตารางที่ 3 Fisher's Exact test หรือ Chi-square test ตามความเหมาะสม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีแนวโน้มเกิด

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดในทุกด้าน โดยเฉพาะภาวะแผลติดเชื้อเลือดคั่ง และน้ำคั่ง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบรายภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดและการกลับเป็นซ้ำของโรค ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวม พบว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 22.22 ขณะที่กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องพบร้อยละ 8.89 แม้มีแนวโน้มต่ำกว่า แต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p= 0.08$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบผ่านกล้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดแบบเปิด แต่มีระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Arunnart[9] และ Haladu และคณะ[10] ที่รายงานว่าการผ่าตัดผ่านกล้องช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้เร็วกว่า แม้ว่าจะใช้เวลาในการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดแบบเปิด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดแผลเล็กที่ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและการอักเสบหลังผ่าตัด

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องมีระดับความปวดหลังผ่าตัดในช่วง 6 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง และวันจำหน่ายต่ำกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Huerta และ Garza[11] และ Haladu และคณะ[10] ซึ่งรายงานว่าการผ่าตัดผ่านกล้องช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดและลดโอกาสเกิดอาการปวดเรื้อรังได้ดีกว่าการผ่าตัดแบบเปิด เนื่องจากมีการรบกวนเนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณขาหนีบน้อยกว่า

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 พบว่า กลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคน้อยกว่ากลุ่มผ่าตัดแบบเปิด แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Haladu และคณะ[10] และ Worawanthanachai และ Borrirukwanit[12] ที่รายงานว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคไม่แตกต่างกันระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดผ่านกล้องมีความปลอดภัยและให้ผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ด้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด พร้อมทั้งส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นตัวเร็วและลดอาการปวดหลังผ่าตัด

2. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการด้านศัลยกรรม การจัดสรรทรัพยากร และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยการออกแบบวิจัยแบบไปข้างหน้า (Prospective study) หรือการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized controlled trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยและลดอคติจากการศึกษาย้อนหลัง

2. ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผลและขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะแทรกซ้อนระยะยาว คุณภาพชีวิต และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการรักษาระหว่างการผ่าตัดทั้งสองวิธี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนคณะแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกท่านของกลุ่มงานศัลยกรรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความร่วมมือในการ

รวบรวมข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในทุกขั้นตอนจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเสนา ที่ได้พิจารณาให้ข้อเสนอแนะและอนุมัติการดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำด้านจริยธรรมการวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษาให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ยินยอมให้ใช้ข้อมูลทางการแพทย์เพื่อการวิจัย ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี จนทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบ การพัฒนาคุณภาพบริการด้านศัลยกรรม และเป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการศึกษาและการวิจัยในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2569). รายงานข้อมูลอำเภอเสนา: 3 หมอรู้จักคุณ.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2569). โรงพยาบาลเสนา: รายละเอียดหน่วยงานบริการสุขภาพ. รหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ.
3. เจตนาพร ศรีทอง. (2568). รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการให้บริการผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 10(1), 626–633.
4. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
5. โรงพยาบาลเสนา. (2566). รพ.เสนา เพิ่มศักยภาพการผ่าตัดไตผ่านกล้อง โดยการเจาะรูส่องกล้องเพียงรูเดียว.
6. โรงพยาบาลเสนา. (2569). แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลเสนา พ.ศ. 2566–2570.
7. สิทธิชัย สายสมบูรณ์. (2567). การศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่และการให้ยาดมสลบ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(2), 93–104.
8. อภินภัส ประจวบ. (2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบไร้รอยต่อในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลลำปาง. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3, 21(4), 318–325.
9. Arunnart, M. (2022). Early results of inguinal hernia repair under general anesthesia and a one-day surgery protocol. The Thai Journal of Surgery, 43(4), 155–159.
10. Haladu, N., Alabi, A., Brazzelli, M., Imamura, M., Ahmed, I., Ramsay, G., & Scott, N. W. (2022). Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: An overview of systematic reviews of randomised controlled trials. Surgical Endoscopy, 36, 4685–4700.
11. Huerta, S., & Garza, A. M. (2025). A systematic review of open, laparoscopic, and robotic inguinal hernia repair: Management of inguinal hernias in the 21st century. Journal of Clinical Medicine, 14(3), Article 990.
12. Worawanthanachai, T., & Borrirukwanit, K. (2024). Comparison of mesh fixation and non-fixation in totally extraperitoneal hernia repair: A randomized controlled trial. The Thai Journal of Surgery, 45(2), 28–35.

การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำปาง

Quality Improvement of Nursing Documentation, Male Medical Ward 1, Lampang Hospital.

(Received: July 22,2026 ; Revised: July 25,2026 ; Accepted: July 28,2026)

อุสยา เกษมจันทรกุล[1] ชญาภา แสนหลวง[2] ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์[3]
Usaya Kasamjantonkoon[1] Chayapha Sanluang[2] Thitinut Akkadechanunt[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำปาง โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement Process ; CQI) ตามกรอบแนวคิด FOCUS-PDCA การศึกษาเชิงปฏิบัติการนี้ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาแบบก่อน–หลังการการพัฒนาโดยใช้กระบวนการ FOCUS-PDCA 9 ขั้นตอน ดำเนินการในกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพ 19 ราย และรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างละ 29 ราย รวมเป็น 58 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของสำนวนภาษาที่ใช้ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1 ทุกเครื่องมือได้แก่ 1) แนวคำถามในการประชุมกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของการบันทึกทางการพยาบาล ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำปาง 2) คู่มือบันทึกทางการพยาบาลที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้เป็นไปตามกระบวนการพยาบาล พยาบาล (APIE) โดยเน้นบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) ที่กลุ่มการภารกิจด้านการพยาบาลของโรงพยาบาลลำปางใช้อยู่ในปัจจุบัน 3) แบบตรวจสอบการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (APIE) ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงขึ้นมาจาก แบบตรวจสอบการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (APIE) ของโรงพยาบาลลำปาง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการศึกษา: ภายหลังการนำกระบวนการ FOCUS-PDCA มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ในแบบฟอร์มรายการปัญหา (Focus List) และบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress Note) โดยบันทึกในรูปแบบ APIE พบว่ามีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ของบันทึกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 93.1 นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นของการบันทึกด้านมิติด้านจิตวิญญาณที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 58.6

คำสำคัญ: บันทึกทางการพยาบาล, FOCUS-PDCA, มิติจิตวิญญาณ (SHA)

Abstract

This study aimed to improve the quality of nursing documentation in Male Medical Ward 1, Lampang Hospital, by applying the Continuous Quality Improvement (CQI) process through the FOCUS-PDCA framework. This action research utilized a pre-post design based on the 9-step FOCUS-PDCA process. The population consisted of 19 professional nurses, and data were collected from a sample of 58 medical records (29 pre-intervention and 29 post-intervention). The research instruments, validated by three experts with a Content Validity Index (CVI) of 1.0, included: 1) Focus group discussion guidelines concerning documentation issues, 2) A nursing documentation manual developed by the researcher following the APIE nursing process and Focus Charting format, and 3) A modified APIE nursing documentation audit form. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, mean, and percentage.

[1] พย.บ. โรงพยาบาลลำปาง
[2] พย.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ corresponding author
[3] ปร.ด. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ corresponding author

Results: Following the implementation of the FOCUS-PDCA process, the accuracy and completeness of the Focus List and Progress Notes (recorded in APIE format) increased from 72.4% to 93.1%. Additionally, there was a positive trend in spiritual dimension recording, which increased from 0% to 58.6%.

Keywords: Nursing documentation, FOCUS-PDCA, Spiritual dimension (SHA)

บทนำ

บันทึกทางการพยาบาล (Nursing Documentation) เป็นหลักฐานข้อมูลที่พยาบาลจัดทำขึ้นเกี่ยวกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบกระดาษหรือระบบคอมพิวเตอร์ โดยมีความครอบคลุมกระบวนการพยาบาล (A: Assessment ,P: plan ,I: Implement ,E: evaluation; APIE)[1] ทั้งหมดตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย โดยที่บันทึกทางการพยาบาล หมายถึง รายละเอียดเหตุการณ์หรือความก้าวหน้าของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งต้องมีคุณภาพโดยยึดหลัก 4C คือ ถูกต้อง (Correct) ครบถ้วน (Complete) ชัดเจน (Clear) และได้ใจความ (Concise)[2] เนื่องจากเป็นส่วนประกอบสำคัญของเวชระเบียนที่สะท้อนถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ[3,4] และยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายและข้อมูลสำคัญในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช) และประกันสังคม[4] ด้วย

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำปาง ประสบปัญหาภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยรับใหม่และรับย้ายเฉลี่ยสูงถึง 304 รายต่อเดือน[5] จากผลการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในช่วงเดือนกันยายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 พบว่าคะแนนรวมความสมบูรณ์อยู่ที่ร้อยละ 79.6 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ที่โรงพยาบาลกำหนด และการขาดการบันทึกในมิติจิตวิญญาณ[6] ซึ่งเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลตามแนวทาง Spiritual Healthcare in Action (SHA)[5] และในปัจจุบันนี้ยังขาดคู่มือที่เป็นรูปธรรมในการบันทึกทางการพยาบาลที่บูรณาการมิติด้านจิตวิญญาณในบริบทของหน่วยงาน จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพและคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพบันทึกของหอผู้ป่วยจึงนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ตามแนวคิด FOCUS-PDCA มาใช้เป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหา เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมงาน[7,8] วิเคราะห์หาสาเหตุของความแปรปรวนในระบบ และมุ่งปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาด้วยกระบวนการ FOCUS-PDCA

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำปาง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในกลุ่มประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพ 19 ราย เกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และกลุ่มตัวอย่างคือ บันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย เกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย1 และมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล มากกว่า 3 วันขึ้นไป ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ทั้งนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยอาศัยเกณฑ์การประเมินคุณภาพการบันทึกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[4] คือ ร้อยละ 5 ของจำนวนเวชระเบียนทั้งหมดและใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาอย่างละ 29 ราย รวมทั้งหมดเป็น 58 ราย ประเมินโดยใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (APIE) ของโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งมีทั้งหมด 58 ข้อ แบ่งออกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการประเมิน(A) 24

ข้อ ด้านการวางแผน(P) 16 ข้อ ด้านกิจกรรมการพยาบาล(I) 9 ข้อ และด้านการประเมินผล(E) 9 ข้อ คิดคะแนนในแต่ละด้านและคะแนนรวม (APIE) ต้องมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 จึงถือว่าเวชระเบียนนั้นผ่านเกณฑ์คุณภาพ การประเมินใช้ผู้ประเมิน 2 ท่าน ซึ่งเป็นทีมคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลของโรงพยาบาล และมีการอบรมก่อนใช้แบบตรวจสอบและ และ ใช้ inter-rater agreement คำนวณความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยจากผู้ประเมินแต่ละคน และนำมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) ได้ค่า 0.96 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ในระดับดี-ดีมาก

โดยมีขั้นตอนตามกรอบ FOCUS-PDCA ดังนี้: 1. Find (ค้นหา): วิเคราะห์ปัญหาจากการประเมินคุณภาพบันทึกย้อนหลัง (ก.ย. 67 – ก.พ. 68) พบความพร่องในทุกมิติของ APIE 2. Organize (สร้างทีม): แต่งตั้งทีมในการพัฒนางานคือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยแบ่งออกเป็นทีมพัฒนา 2 ราย และทีมปฏิบัติ 17 ราย 3. Clarify (ทำความเข้าใจ): วิเคราะห์กระบวนการบันทึกในปัจจุบันผ่านขั้นตอนการบันทึกทางการพบาบาลในปัจจุบัน เพื่อระบุจุดที่มีความซ้ำซ้อน 4. Understand (วิเคราะห์สาเหตุ): ใช้ผังก้างปลาวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา พบว่าด้านบุคลากร ขาดความมั่นใจในการบันทึกจิตวิญญาณ ด้านวิธีการ ขาดคู่มือและตัวอย่างที่ชัดเจน และด้านวัสดุอุปกรณ์ แบบฟอร์มในระบบคอมพิวเตอร์มีความซับซ้อน 5. Select (เลือกแนวทาง): เลือกการพัฒนาการบันทึกรูปแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) โดยเฉพาะแบบรายการปัญหา (Focus list) และบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (Progress note) ที่พบปัญหาบ่อย 6. Plan (วางแผน): กำหนดเป้าหมายคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 และร่างคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะ 7. Do (ปฏิบัติ): นำคู่มือไปใช้จริง จัดอบรมการประเมินและบันทึกมิติจิตวิญญาณตามแนวทาง SHA 8. Check (ตรวจสอบ): ประเมินคุณภาพบันทึกหลังการพัฒนาโดยใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (APIE) ของโรงพยาบาลลำปาง 9. Act (ยืนยันผล): สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานของหน่วยงาน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ 1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีความความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของสำนวนภาษาที่ใช้ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) เท่ากับ 1 2.คู่มือบันทึกทางการพยาบาลซึ่งมีประเด็นเนื้อหาในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกในรูปแบบ Focus charting ประกอบด้วยแบบฟอร์ม Focus list และ Progress note โดยเพิ่มการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลปัญหาด้านจิตวิญญาณ มีค่า CVI เท่ากับ 1 และ 3.แบบตรวจสอบการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาล ที่ดัดแปลงขึ้นมาจากแบบตรวจสอบการปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของโรงพยาบาลลำปางเดิม โดยเน้นบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบ Focus charting ประกอบด้วยแบบฟอร์ม Focus list และ Progress note มีค่า CVI เท่ากับ 1 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการขอความยินยอม (Informed Consent) ซึ่งผู้วิจัยได้จัดประชุมร่วมกับกลุ่มประชากรเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และวิธีการประเมินผลอย่างชัดเจน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดง

ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยความสมัครใจ ก่อนเริ่มการรวบรวมข้อมูลและการคุ้มครองสิทธิและความสมัครใจ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และการตัดสินใจดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบต่อการพิจารณาความดีความชอบหรือการประเมินผลการปฏิบัติงานแต่อย่างใด รวมถึงมีการรักษาความลับและการจัดการข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างสูงสุด โดยไม่มีการระบุชื่อ–นามสกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย แต่จะใช้การกำหนดรหัส (Code) แทนตัวบุคคล ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น สำหรับเวชระเบียนที่นำมาตรวจสอบจะถูกเก็บไว้ในที่ปลอดภัยซึ่งบุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าถึงได้ และผู้วิจัยจะทำการทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 1 ปี หลังจากสิ้นสุดการดำเนินการศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลลำปางมีจำนวน 19 ราย เป็นเพศหญิง 18 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.4 รอง ลงมาคือช่วงอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 และอายุ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 15.8 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 94.7 และมี 1 ราย สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 5.3 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปีมากที่สุดเท่ากับร้อยละ 36.8 รองลงมาคือ 0-5 ปีและ 6-10 ปีที่มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 31.6 เท่ากัน ส่วนประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลนั้น พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.4 และเคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.6

ภายหลังการพัฒนาคุณภาพด้วย FOCUS-PDCA พบการปรับปรุงคู่มือแนวทางการบันทึกที่มีตัวอย่างการเขียนปัญหาด้านจิตวิญญาณและการใช้ Focus Charting ที่ชัดเจน ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ บันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อย่างละจำนวน 29 ราย มีดังนี้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกตามกระบวนการพยาบาล (APIE)

รายการประเมินบันทึกที่มีคุณภาพตามกระบวนการพยาบาล (APIE)	จำนวนและร้อยละเวชระเบียน ก่อนการพัฒนา(N=29)	จำนวนและร้อยละเวชระเบียน หลังการพัฒนา(N=29)
1. ด้านการประเมิน (Assessment)		
- คุณภาพผ่านเกณฑ์	19 (ร้อยละ 65.5)	26 (ร้อยละ 89.7)
2. ด้านการวางแผน (Planning)		
- คุณภาพผ่านเกณฑ์	21 (ร้อยละ 72.4)	27 (ร้อยละ 93.1)
3. ด้านกิจกรรมการพยาบาล (Implementation)		
- คุณภาพผ่านเกณฑ์	21 (ร้อยละ 72.4)	27 (ร้อยละ 93.1)
4. ด้านการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)		
- คุณภาพผ่านเกณฑ์	21 (ร้อยละ 72.4)	28 (ร้อยละ 96.6)
สรุปภาพรวม (Total APIE)		
- คุณภาพผ่านเกณฑ์	**21 (ร้อยละ 72.4)**	**27 (ร้อยละ 93.1)**

หมายเหตุ: เวชระเบียนที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีคะแนนบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (APIE) มากกว่าร้อยละ 80

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในภาพรวม (Total APIE) หลังการพัฒนา มีสัดส่วนการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 93.1 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประเมิน (Assessment) มีพัฒนาการเพิ่มขึ้นโดยมีสัดส่วนผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.5 เป็นร้อยละ 89.7 สะท้อนถึงความสามารถในการคัดกรองและรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ส่วนด้านการวางแผน (Planning) และด้านกิจกรรมการพยาบาล (Implementation) ทั้งสองด้านมีผลการประเมินเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่เท่ากัน คือจากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 93.1 ชี้ให้เห็นถึงความสอดคล้องของกระบวนการคิดโดยการวางแผนการพยาบาลที่เป็นระบบส่งผลโดยตรงต่อความชัดเจนและความต่อเนื่องในการปฏิบัติการพยาบาลที่ปรากฏในบันทึก ด้านการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นด้านที่มีการพัฒนาสูงที่สุด โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 96.6 ซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้สำคัญถึงการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลในพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวม (Total APIE) พบว่าคุณภาพของบันทึกทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยสัดส่วนคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.4 เป็นร้อยละ 93.1

ผลการประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลด้านมิติจิตวิญญาณ พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลด้านมิติจิตวิญญาณ (SHA) มีสัดส่วนของเวชระเบียนที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพด้านมิติจิตวิญญาณจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 58.6 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนาในภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะด้าน Assessment และ Evaluation เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า ด้านกิจกรรมการพยาบาล (Implementation) เป็นด้านที่เพิ่มขึ้นสูงสุดและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 80) โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็น ร้อยละ 82.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีการบันทึกกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาด้านจิตวิญญาณได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ด้านการวางแผน (Planning) มีการพัฒนาในระดับที่ดี โดยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 68.9 ส่วนด้านการประเมินผล (Evaluation) และด้านการประเมินสภาพ (Assessment) แม้จะมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากเดิมที่เป็นศูนย์ แต่ยังคงมีสัดส่วนการผ่านเกณฑ์ที่ค่อนข้างน้อย คือ ร้อยละ 41.4 และร้อยละ 37.9 ตามลำดับ แม้ว่าผลการประเมินจะพบว่ามีสัดส่วนของเวชระเบียนที่มีคุณภาพที่จำแนกตามการประเมินด้านจิตวิญญาณ ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 58.6 แต่ถือว่าเป็นแนวโน้มที่ดีและในการพัฒนาครั้งนี้

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการ FOCUS-PDCA มีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลให้ดีขึ้นเนื่องจาก เป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีม การหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหาเกิดมาจากการระดมสมองของทุกคนในทีมเอง จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ ณ ลำปางและคณะ[9] ที่ชี้ว่าการวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบของคนในทีม ช่วยให้ทีมเลือกแนวทางแก้ไขได้ตรงจุด และการศึกษาของพิชามญชุ์ อินแสน[10] ที่ พบว่าภายหลังการดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้นซึ่งความสำเร็จนี้เกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหน่วยงาน (Participation)

อีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้การพัฒนางานครั้งนี้ประสบความสำเร็จ คือ การมีคู่มือและตัวอย่างในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลและการอบรมวิธีการใช้คู่มือนี้ ควบคู่กับการนิเทศ ตรวจสอบและมีการวัดผลก่อน–หลังพัฒนาโดยทีมพัฒนาซึ่งทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการสอน ให้คำปรึกษา คอยกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติเป็นระยะๆ ร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจในการบันทึกที่ถูกต้องแก่พยาบาลผู้บันทึก ซึ่งในด้านการพัฒนาคู่มือนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ลักขณา ศรสุรินทร์[11] ที่พบว่าการพัฒนาคู่มือวิธีการบันทึกทางการพยาบาล

และแบบฟอร์มการบันทึกมีผลทำให้คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Maraki et al.[12] ประเทศอิหร่านที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบันทึกทางการพยาบาลในการพยาบาล และพบว่าแบบบันทึกทางการพยาบาล ที่เอื้อต่อการบันทึกและการอบรมการใช้แบบบันทึกเพื่อส่งเสริมทักษะด้านการเขียนนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ความโดดเด่นของการศึกษาครั้งนี้คือการบูรณาการมิติจิตวิญญาณ (SHA) เข้าสู่บันทึกทางการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม แม้ว่าในการพัฒนาครั้งนี้การประเมินด้านจิตวิญญาณจะยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ที่ตั้งไว้(เวชระเบียนที่ผ่านเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 58.6) ซึ่งมีปัจจัยมาจากภาระงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มาก และความซับซ้อนของแบบฟอร์มการบันทึก รวมถึงเป็นเรื่องใหม่ที่เป็นนามธรรม ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเขียนบันทึกของพยาบาล แต่หลังการพัฒนาครั้งนี้ทำให้มีตัวอย่างในการเขียน[6] และเมื่อมีการจัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาล จึงทำให้พยาบาลสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุน (Data) และบันทึกการตอบสนอง (Evaluation/Response) ได้อย่างแม่นยำและรวดเร็วขึ้น และส่งผลให้คุณภาพบันทึกทางการพยาบาลดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณาในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. รูปแบบการศึกษา: เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาแบบก่อน–หลังการดำเนินการ (Pre-post developmental study) ในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถยืนยันผลเชิงเหตุและผล (Causal effect) ได้อย่างเต็มที่ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากกระบวนการ FOCUS-PDCA เพียงอย่างเดียว เนื่องจากอาจมีตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ ในช่วงเวลาที่ศึกษา

2. ความเป็นตัวแทนของข้อมูล: การรวบรวมข้อมูลดำเนินการในหอผู้ป่วยเฉพาะทางเพียงแห่งเดียว คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนตามเกณฑ์การสุ่มตรวจร้อยละ 5 (กลุ่มละ 29 ฉบับ) ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่มากนัก ผลการศึกษาจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงบริบทของหอผู้ป่วยประเภทอื่นหรือโรงพยาบาลที่มีระบบการทำงานแตกต่างกัน

3. มิติจิตวิญญาณ: แม้คุณภาพการบันทึกด้านมิติจิตวิญญาณจะมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่ผลลัพธ์ในภาพรวม (ร้อยละ 58.6) ยังไม่บรรลุเกณฑ์ร้อยละ 80 ที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในด้านการประเมินสภาพ (Assessment) และการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความซับซ้อนของมิติจิตวิญญาณที่ยากต่อการประเมินเป็นรูปธรรม ประกอบกับภาระงานที่สูง (ผู้ป่วยรับใหม่/รับย้ายเฉลี่ย 304 รายต่อเดือน) และทักษะประสบการณ์เดิมของพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.4) ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการบันทึกมาก่อน

4. ข้อจำกัดด้านระบบและเครื่องมือ: จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า แบบฟอร์มในระบบคอมพิวเตอร์ปัจจุบันมีความซับซ้อนและซ้ำซ้อน ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความครบถ้วนในการบันทึก แม้จะมีการพัฒนาคู่มือและจัดอบรมแล้วก็ตาม แต่ข้อจำกัดเชิงระบบนี้ยังเป็นอุปสรรคที่ต้องอาศัยการประสานงานในระดับนโยบายเพื่อแก้ไขต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญาภา แสนหลวง และ รองศาสตราจารย์ ดร.ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งมาโดยตลอด ผู้นิพนธ์ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ทำให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์และน่าเชื่อถือ
นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงสนับสนุนการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ (CQI) ภายในหน่วยงาน จนทำให้การดำเนินการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. พันธสี พ, นามจันทรา ร. การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [อ้างถึง 21 มิ.ย. 2569];27(4):80. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/24001
2. พลเยี่ยม ป, อาจชุมชัย ธ, ชมภูธวัช ป. ประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2566. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [อ้างถึง 21 มิ.ย. 2569];5(2):217-29. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/271898
3. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2562. เข้าถึงได้จาก: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0023.PDF
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline). กรุงเทพฯ: สปสช.; 2563. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/Manual_Medical_Record_Audit_2563.pdf
5. กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง. คู่มือมาตรฐานบันทึกทางการพยาบาล. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.lphnd.com/nurse
6. คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล. รายงานการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง. ลำปาง: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง; 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.lphnd.com/nurse/
7. McLaughlin CP, Kaluzny AD, editors. Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications. 2nd ed. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers; 1999. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101556953
8. สุวรรณศรวล ว, ทั้งเจริญกุล พ, จิตต์ภักดี บ. การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [อ้างถึง 21 มิ.ย. 2569];43(3):128-36. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/75234
9. อรวรรณ ณ ลำปาง, ดอกไม้ บุตรดา. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยการใช้กระบวนการ FOCUS-PDCA. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [อ้างถึง 21 มิ.ย. 2569];30(2):312-24. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/johs/article/view/248831
10. พิชามญชุ์ อินแสน. การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2566. เข้าถึงได้จาก: https://cmudc.library.cmu.ac.th/jspui/handle/123456789/98555
11. ลักขณา ศรสุรินทร์. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [อ้างถึง 21 มิ.ย. 2569];2(1):45-56. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/umpj/article/view/192271
12. Maraki F, Irani M, Akbari L, Aarabi A. The effects of using intraoperative care documentation forms on the number of reported errors. Nurs Midwifery Stud [Internet]. 2019 [cited 2026 Jun 21];8(3):137-42. Available from: https://nmsjournal.kaums.ac.ir/article_129622_0f28b4ddf725a42e3a851bf549614708.pdf

ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Clinical Characteristics and Mortality-Associated Factors in Severe Burn Patients at Pranangklao Hospital.

(Received: September 2,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

สิทธิวัฒน อินทรขาว[1]
Sittiwat Intarakhao

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า การศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ในผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567 ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเสียชีวิตใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสถิติ Fisher's exact test และ independent t-test ส่วนตัวแปรแบบเดี่ยวใช้ Chi-square หรือ t-test

ผลการศึกษา: ในกลุ่มตัวอย่าง มีผู้ป่วย 81 คน ที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้รุนแรง และมีผู้ป่วย 3 คน (3.7%) ที่ตาย การตายพบในการบาดเจ็บจากไฟฟ้า 2 คน (16.7%) และจากสารเคมี 1 คน (33.3%) ซึ่งสาเหตุของแผลไหม้พบเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการตายอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.013) และผู้ป่วยทั้ง 3 คนพบเป็น third degree burn ซึ่งความลึกของแผลไหม้ที่เป็น third degree burn ก็เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการตายแบบมีนัยสำคัญ(p=0.018) ผู้ป่วยที่ตายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-70 ปี (เฉลี่ย 46 ปี) และมีแนวโน้มที่จะตายมากขึ้นในช่วงอายุ 60-80 ปี ผู้ป่วยที่ตายทั้ง 3 คน (13.6%) พบมีพื้นที่ผิวไหม้เฉลี่ยที่ >20%TBSA และมีความสัมพันธ์กับการตายอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.019) ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ตายเฉลี่ย 15-19 วัน

คำสำคัญ: อัตราการเสียชีวิต (Mortality rate), ชนิดของแผลไหม้(cause of burn), แผลไหม้ระดับลึก(Third degree burn), TBSA>20%

Abstract

This study aimed to describe the clinical characteristics of patients with severe burn injuries and to identify factors associated with mortality among patients admitted to Pranangklao Hospital. A retrospective study was conducted among patients with severe burn injuries admitted to Pranangklao Hospital between January 1, 2020, and December 31, 2024. Data were collected from medical records using a standardized data collection form. Descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations, were used to summarize patient characteristics. Associations between clinical factors and mortality were evaluated using Fisher's exact test for categorical variables and the independent-samples t-test for continuous variables, as appropriate. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 81 patients with severe burn injuries were included in the study. Three patients died, corresponding to an overall mortality rate of 3.7%. Mortality occurred in two patients with electrical burns (16.7%) and one patient with a chemical burn (33.3%). The cause of burn injury was significantly associated with mortality (p = 0.013). All three patients who died had third-degree burns, and the presence of a third-degree burn was significantly associated with mortality (p = 0.018). The deceased patients were predominantly between 20 and 70 years of age, with a mean age of 46 years, and mortality tended to be

[1] หน่วยศัลยกรรมตกแต่ง แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

higher among patients aged 60–80 years. All three deaths occurred among patients with burns involving more than 20% of the total body surface area (TBSA), and TBSA greater than 20% was significantly associated with mortality (p = 0.019). The mean length of hospital stay among patients who died ranged from 15 to 19 days.

Keywords: severe burn injury; mortality; cause of burn; third-degree burn; total body surface area

บทนำ

แผลไฟไหม้ไม่เพียงแต่เป็นเหตุการณ์ร้ายแรงส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาสุขภาพระดับชาติเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย การฟื้นฟู การเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูง ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาได้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากแผลไฟไหม้รุนแรง[1] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตจากแผลไฟไหม้ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ายังมีจำกัด อีกทั้งการดูแลรักษาแผลไฟไหม้ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก การผ่าตัดในระยะเริ่มต้น การให้สารอาหาร การช่วยชีวิตที่ดีขึ้น และเทคนิคการปลูกถ่ายผิวหนังแบบใหม่ๆ ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายแล้ว[2]

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำว่า 'ผู้สูงอายุ' ไว้ที่ 65 ปีขึ้นไป[3] อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทราบกันดีว่ามีผลต่อการพยากรณ์โรคหลังการบาดเจ็บจากไฟไหม้ กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีโรคประจำตัวร่วมด้วยมากกว่า ส่วนความลึกของแผลไหม้ พบว่าแผลไหม้ลึกพบได้บ่อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ผู้ป่วยแผลไหม้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี โดยทั่วไปผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแล้วมากกว่า และเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เห็นได้ชัดว่าภาวะแทรกซ้อนจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ[4]

แผลไหม้น้ำร้อนลวก เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุที่พบบ่อยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการถูก เปลวไฟลวก ถูกของเหลวร้อนลวก กระแสไฟฟ้าแรงสูงและสารเคมีซึ่งสามารถพบได้ทุกเพศ ทุกวัย ผู้ป่วยแผลไหม้น้ำร้อนลวกเป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ในสหรัฐอเมริกา มีการรายงานการเกิดแผลไหม้เกือบ 2,000 รายต่อทุกปี สำหรับประเทศไทยจากข้อมูล สำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2532 - 2562 มีรายงานเหตุเพลิงไหม้และแก๊สระเบิดเกิดขึ้นมากกว่า 58,000 ครั้ง ตกเฉลี่ยปีละ 2,000 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจากแผลไหม้ 4,532 คน และเสียชีวิต 1,740 คน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีบาดแผลไหม้ขนาดใหญ่จะพบอัตราการตายที่สูงขึ้น[5] จากการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของ The American College of Surgeons และ National Trauma Data Bank ในปีค.ศ. 1990 - 2000 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 24,093 ราย พบผู้ป่วยที่มีแต่บาดแผลไหม้จำนวน 1,717 ราย (ร้อยละ 7.1) และพบบาดแผลไหม้ร่วมกับการบาดเจ็บในระบบอื่น ๆ 92 ราย (ร้อยละ 0.4) ซึ่งการพบการบาดเจ็บร่วมกันนี้ถึงแม้ว่าจะพบน้อย แต่ก็เป็นภาวะที่อันตรายถึงแก่ชีวิตในช่วงแรกของการบาดเจ็บ ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มบาดแผลไหม้จึงต้องประเมินการบาดเจ็บในระบบอื่นร่วมด้วยเสมอ[6]

วิธีการรักษาบาดแผลไหม้ต้องร่วมมือกันจากบุคลากรหลายสาขา (multi-disciplinary) ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น นักฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency physician) แพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน

(general practitioner) ศัลยแพทย์ตกแต่ง (Plastic Surgeon) กุมารแพทย์ (Pediatrician) พยาบาลหอผู้ป่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) และ พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ อายุรแพทย์โรคหัวใจ ปอด โรคไต โรคติดเชื้อ ต่อมไร้ท่อ แพทย์เวชปฏิบัติแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูนักกายภาพบำบัด นักโภชนบำบัด เจ้าหน้าที่พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แม้อุบัติการณ์อาจเทียบไม่ได้กับอุบัติเหตุจากการจราจร ซึ่งมีการรณรงค์ป้องกันแต่ผู้ป่วยมักต้องรักษาเรื้อรัง ระยะเวลานาน ค่าใช้จ่ายต่อคนสูง ไม่มีคำว่าหายขาดเหมือนกับการบาดเจ็บชนิดอื่น ๆ และบางรายก็ต้องผ่าตัดตกแต่งแก้ไขไปจนตลอดชีวิต[7]

สัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศพัฒนาแล้วเพิ่มสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ในประเทศโปรตุเกส ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 8.0% ในปีค.ศ. 1960 เป็นมากกว่าสองเท่า (16.4%) ในปี 2001 และเป็น 19% ในปีค.ศ. 2011[8] การเพิ่มขึ้น ของประชากรสูงวัยจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบการดูแลสุขภาพ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้[9] งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรคหลังการบาดเจ็บจากไฟไหม้ ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดพบในเด็ก รองลงมาคือผู้ใหญ่ และสุดท้ายคือผู้สูงอายุ[9,10] ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและไฟไหม้เป็นพิเศษเนื่องจากความบกพร่องในการตัดสินใจ การประสานงาน การทรงตัว และเวลาตอบสนองรวมถึงความสามารถในการหลบหนีจากอันตรายที่ลดลง[11] โดยทั่วไปแล้ว พวกเขามีผิวหนังที่บางลง[12] การรับรู้ทางประสาทสัมผัสบกพร่อง ความสามารถในการเผาผลาญลดลง[13] การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และภาวะทางการแพทย์ที่มีอยู่ก่อนแล้ว[14,15,16] ซึ่งเมื่อรวมกับความบกพร่องของการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน[17]ส่งผลให้ผลลัพธ์หลังการบาดเจ็บจากไฟไหม้แย่ลง นอกจากนี้ ในระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุที่รอดชีวิตจากการบาดเจ็บจากไฟไหม้จะมีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ[18] เขามีแนวโน้มที่จะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและต้องการทรัพยากรหลังการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น[19,20]

ทางผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลไหม้ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีความเป็นมาตรฐาน ในระดับโรงพยาบาลศูนย์แต่พบว่ายังมีอัตราตายของผู้ป่วยอยู่ จึงต้องการทราบว่ามีสาเหตุใดบ้างที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยบาดแผลไหม้และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรง เป็นข้อมูลสำคัญการนำไปใช้วิเคราะห์หาแนวทางการป้องกันการเสียชีวิตและเพื่อปรับปรุงการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางระบาดวิทยา แนวโน้ม และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytical study) ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยบาดแผลไหม้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่ได้รับการวินิจฉัย (ICD 10 : T31-T32) และรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นบาดแผลไหม้และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 31

ธันวาคม พ.ศ.2567 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ทุกอายุและทุกเพศ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นบาดแผลไหม้
3. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในช่วงเวลาที่กำหนด
4. มีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์

เกณฑ์การคัดออก

1. การลงบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
2. ผู้ป่วยมีการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 81 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผสมผสานกันระหว่างแบบฟอร์มที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นเองโดยดัดแปลงจากแบบฟอร์มของ Global Burn Registry (GBR)[21,22] ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งออกแบบให้เรียบง่าย ใช้เวลาเพียงเล็กน้อยในการกรอก และเน้นการใช้ช่องทำเครื่องหมาย (check-box) เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

-เพศ

-อายุ

2. ข้อมูลบาดแผลไหม้

-สาเหตุการถูกไฟลวก(Cause)

-ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ(Mechanism)

-สถานที่เกิดเหตุ(Location)

3. ข้อมูลทางคลินิก

-ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (length of stay)

-การมารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงแรก

-การสูดสำลักควัน (inhalation injury)

-พื้นที่ผิวหนังที่ถูกไหม้ (total body surface area; TBSA)

-ความลึกของแผลไหม้

-ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ

-การได้รับสารน้ำใน 24 ชม.แรก

-การได้รับยาปฏิชีวนะ

-การทำแผล

-การผ่าตัด และ การได้รับการผ่าตัดใน 5 วันแรก

4. ปัจจัยร่วมและภาวะแทรกซ้อน

-โรคประจำตัว (comorbidity)

-ภาวะติดเชื้อหรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (infection/sepsis)

5. ผลลัพธ์

-การเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Excel และ IBM SPSS 22 สถิติที่ใช้ได้แก่

1. ลักษณะทางคลินิก ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลรายละเอียดของบาดแผลไหม้ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาแสดงผลด้วยความถี่สัมบูรณ์ (n) และร้อยละ (%) หรือค่าเฉลี่ย (χ) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) และค่ามัธยฐาน (m)

ตัวแปรเชิงกลุ่ม: รายงานเป็นจำนวน (n) และร้อยละ (%)

ตัวแปรเชิงปริมาณ: รายงานเป็นค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์

2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเสียชีวิต เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้รอดชีวิตและเสียชีวิต ใช้ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม (เนื่องจากจำนวนผู้เสียชีวิตน้อย) Independent t-test หรือ Mann–Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ ส่วนตัวแปรแบบเดี่ยวใช้ Chi-square หรือ t-test

3. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตาม รายงานเบลมองต์ (Belmont Report) อย่างเคร่งครัด ซึ่งประกอบด้วยหลักสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม

ผลการวิจัย

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด 81 ราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เป็นเพศชายจำนวน 55 คน (ร้อยละ 67.9) เพศหญิงจำนวน 26 คน (ร้อยละ 32.1) โดยมีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง (2.11:1) อายุเฉลี่ย 36.5 ± 23.2 ปี อายุต่ำสุด 10 เดือน สูงสุด 84 ปี การกระจายตัวของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง (Early admission) 56 คน (69.1%) มารพ.หลัง 24 ชม. (Delayed) 25 คน (30.9%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าถึงบริการรักษาได้ค่อนข้างเร็ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (69.1%) เข้ารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงแรก โดยพบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่ม early admission เท่ากับ 5.4% ขณะที่ไม่พบการเสียชีวิตในกลุ่มที่มารับการรักษาล่าช้า

สาเหตุของการเกิดบาดแผลไหม้ที่พบบ่อยที่สุด คือการถูกเปลวไฟ (flame burn) 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมาคือการถูกน้ำร้อนลวก (scald burn) 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.6 ขณะที่การบาดเจ็บจากไฟฟ้าพบ 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.8 และการบาดเจ็บจากสารเคมีพบ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เกิดจากอุบัติเหตุเปลวไฟและความร้อนพบจำนวน 38 คน (ร้อยละ 46.9) อายุเฉลี่ย 42.7 ปี พื้นที่ผิวที่ถูกไหม้เฉลี่ยร้อยละ 21.1 ตำแหน่ง แขน มากสุดจำนวน 25 คน (ร้อยละ 65.8) รองลงมาตำแหน่ง ขา จำนวน 24 คน (ร้อยละ 63.2) ตำแหน่ง อวัยวะเพศ น้อยสุดจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.3) เป็นบาดแผลไหม้ระดับthird degree burn จำนวน 12 คน (ร้อยละ 31.6) วันนอนเฉลี่ย 18.4 วัน ส่วนใหญ่ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 1 – 35 วัน ไม่พบผู้เสียชีวิต

ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่มาจากสาเหตุน้ำร้อนลวกพบจำนวน 28 คน (ร้อยละ 34.6) อายุเฉลี่ย 61.3 ปีพื้นที่ผิวที่ถูกไหม้เฉลี่ยร้อยละ 8.1 ตำแหน่ง ขา มากสุดจำนวน 14 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาตำแหน่ง แขน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 42.9) ตำแหน่ง อวัยวะเพศ น้อยสุดจำนวน 2 คน (ร้อยละ 7.1) เป็นบาดแผลไหม้ระดับthird degree burn จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.7) วันนอนเฉลี่ย 10.8 วัน ส่วนใหญ่ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 2-21 วัน ไม่พบผู้เสียชีวิต

ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เกิดจากอุบัติเหตุกระแสไฟฟ้าพบจำนวน 12 คน (ร้อยละ 14.8) อายุเฉลี่ย 30.4 ปี พื้นที่ผิวที่ถูกไหม้เฉลี่ยร้อยละ 14.1 ตำแหน่ง ลำตัว มากสุดจำนวน 6 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาตำแหน่ง แขน มือ ขา จำนวน 5 คน (ร้อยละ41.7) ตำแหน่ง เท้าและอวัยวะเพศ น้อยสุดจำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.7) เป็นบาดแผลไหม้ระดับthird degree burn จำนวน 5 คน (ร้อยละ 41.7) วันนอนเฉลี่ย 15.2 วัน ส่วนใหญ่ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 3 - 28 วัน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.7)

ผู้ป่วยบาดแผลไหม้ที่เกิดจากสารเคมีพบจำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.7) อายุเฉลี่ย 34.7 ปี พื้นที่ผิวที่ถูกไหม้เฉลี่ยร้อยละ 0.8 ตำแหน่ง ศีรษะและคอ มากสุดจำนวน 3 คน (ร้อยละ 100) เป็นบาดแผลไหม้ระดับ third degree burn จำนวน 1 คน (ร้อยละ 33.3) วันนอนเฉลี่ย 13.3 วัน ส่วนใหญ่ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 6-21 วัน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 1 คน (ร้อยละ 33.3)

ผู้ป่วยที่มี third degree burn จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.018) และผู้ป่วยที่มีพื้นที่ผิวไหม้มากกว่า 35% มีอัตราการเสียชีวิตสูงอย่างค่อนข้างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน (p=0.071)

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย (46.0 ± 25.1 ปี) สูงกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต (36.1 ± 23.2 ปี) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.540)

เพศชายพบมากในทั้งสองกลุ่ม โดยพบร้อยละ 100 ในกลุ่มผู้เสียชีวิต และร้อยละ 66.7 ในกลุ่มผู้รอดชีวิต แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.547)

การกระจายของตำแหน่งแผลไหม้ เช่น ศีรษะ คอ ลำตัว แขน มือ ขา เท้า และอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม (p > 0.05 ทุกตัวแปร) อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้มว่าผู้เสียชีวิตมีการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ มือ และลำตัวมากกว่า

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในกลุ่มผู้เสียชีวิตสูงกว่าเล็กน้อย (17.0 ± 9.2 วัน เทียบกับ 15.1 ± 13.5 วัน) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.408)

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุของแผลไหม้ระหว่างกลุ่มผู้รอดชีวิตและผู้เสียชีวิต พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.013)

สาเหตุของแผลไหม้ที่พบมากที่สุดคือ Flame burn จำนวน 38 ราย (46.9%) รองลงมาคือ Scald burn จำนวน 28 ราย (34.6%) Electrical burn จำนวน 12 ราย (14.8%) และ Chemical burn จำนวน 3 ราย (3.7%)

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดพบในกลุ่ม Electrical burn 2 ราย (16.7%) และ Chemical burn 1 ราย (33.3%) ไม่พบผู้เสียชีวิตในกลุ่ม Flame burn และ Scald burn

จากผู้ป่วยทั้งหมด 81 ราย พบผู้เสียชีวิตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.7 โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคือการบาดเจ็บจากสารเคมี รองลงมาคือการบาดเจ็บจากไฟฟ้า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี และมีพื้นที่ผิวไหม้เฉลี่ย (35.0 ± 18.0) สูงกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต (14.6 ± 13.9) ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 13–15 วัน การวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าสาเหตุของแผลไหม้มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในด้านอื่นๆของผู้ป่วยแผลไหม้ต่อไป

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามช่วงอายุ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 1–20 ปี และ 41–60 ปี ตามลำดับ ในกลุ่มผู้เสียชีวิต พบการกระจายตัวอยู่ในช่วงอายุ 21–40 ปี, 41–60 ปี และ 61–80 ปี อย่างละ 1 ราย และพบว่ามีแนวโน้มในอายุที่มากขึ้นในช่วงตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปไปจนถึง 80 ปี ค่า p-value ลดลงอย่างชัดเจนเหมือนจะแสดงให้เห็นว่าอายุที่มากขึ้นอาจส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตนั้นเพิ่มขึ้นด้วย แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างช่วงอายุกับการเสียชีวิต

เมื่อแบ่งผู้ป่วยตามขนาดพื้นที่ผิวไหม้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ≤20% TBSA และ >20% TBSA พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพื้นที่ผิวไหม้ไม่เกินร้อยละ 20 ของพื้นที่ผิวกายทั้งหมด จำนวน 59 ราย (72.8%) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมดพบในกลุ่มที่มีพื้นที่ผิวไหม้มากกว่า 20% TBSA ขณะที่ไม่พบผู้เสียชีวิตในกลุ่มที่มีพื้นที่ผิวไหม้ ≤20% TBSA โดยพบว่าพื้นที่ผิวไหม้ >20% TBSA มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.019) ผู้ป่วยที่มี TBSA ≤20% มีอัตรารอดชีวิต 100% ส่วนผู้ป่วยที่มี TBSA >20% เริ่มพบการเสียชีวิต และผู้เสียชีวิตทั้ง 3 รายอยู่ในกลุ่ม TBSA >20% ดังนั้น TBSA >20% สามารถใช้เป็นจุดตัดทางคลินิก (clinical threshold) ที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในประชากรศึกษานี้

ผู้ป่วยที่มี Inhalation injury จำนวน 16 รายทั้งหมดรอดชีวิต คิดเป็นร้อยละ 100 ขณะที่ในกลุ่มที่ไม่มี Inhalation injury จำนวน 65 ราย พบผู้เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.6 อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการมี Inhalation injury และการเสียชีวิต (p = 1.000) อัตราการเสียชีวิตในกลุ่ม Inhalation injury = 0% อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มไม่มี Inhalation injury = 4.6% แม้ดูเหมือนว่ากลุ่ม Inhalation injury จะมีผลลัพธ์ดีกว่า แต่ความ

แตกต่างดังกล่าวไม่แตกต่างกันทางสถิติ และไม่สามารถสรุปได้ว่า Inhalation injury ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

นอกจากนี้จากการศึกษาในครั้งนี้พบภาวะติดเชื้อหรือ sepsis พบในผู้เสียชีวิตร้อยละ 66.7 แต่พบ sepsis ในผู้รอดชีวิตเพียงร้อยละ 17.9 ทำให้วิเคราะห์ทางสถิติออกมาโดยภาวะ sepsis มีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเสียชีวิตเช่นกันแต่ยังไม่ถึงมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.098)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ ผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงทั้งหมดจำนวน 81 คน พบเพศชายมากกว่าหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 36 ปี (SD ~23 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงแรก อัตราการเสียชีวิตโดยรวมเท่ากับ 3.7% (3 ราย)

การกระจายของเพศมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามสาเหตุของการบาดเจ็บ (p-value= 0.0007) โดยการบาดเจ็บจากน้ำร้อนลวกพบในเพศหญิงมากกว่า ขณะที่การบาดเจ็บจากเปลวไฟและสารเคมีพบใน เพศชายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างของพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม เช่น การสัมผัสความร้อนในครัวเรือนเทียบกับสถานที่ทำงาน

การศึกษานี้พบว่าสาเหตุของแผลไหม้มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจาก Electrical burn และ Chemical burn มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาของ Electrical burn ซึ่งแม้จะมีพื้นที่ผิวไหม้ภายนอกไม่มาก แต่สามารถก่อให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อในระดับลึก เกิดภาวะ rhabdomyolysis ความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจ และภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบได้ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าการบาดเจ็บจากความร้อนทั่วไป ในทำนองเดียวกัน Chemical burn สามารถทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ อย่างต่อเนื่องหลังได้รับบาดเจ็บ และอาจเกิด systemic toxicity จากสารเคมีบางชนิด ส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต แม้ว่า Flame burn จะเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้ แต่ไม่พบผู้เสียชีวิตในกลุ่มดังกล่าว ซึ่งอาจสะท้อนถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บที่แตกต่างกัน การเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็ว หรือประสิทธิภาพของการดูแลรักษาในระยะเฉียบพลัน โดยรวมแล้วผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่าชนิดของการบาดเจ็บและความลึกของอผลไหม้มีผลต่อ outcome ของผู้ป่วย burn โดยเฉพาะ electrical injury และ Chemical burn และมีความลึกระดับ third degree burn ซึ่งควรได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะแรกของการรักษา ทั้งนี้การตีความผลลัพธ์ควรพิจารณาร่วมกับ TBSA และความลึกของแผลไหม้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรง

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าความลึกของแผลไหม้ โดยเฉพาะ third degree burn มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับกลไกของ full-thickness injury ที่สัมพันธ์กับการทำลายเนื้อเยื่ออย่างรุนแรง การสูญเสีย skin barrier และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดแผลไหม้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน โดยเฉพาะช่วงอายุ 21 - 40 ปี ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานและกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แม้ว่าการวิเคราะห์จะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างช่วงอายุกับการเสียชีวิต แต่พบแนวโน้มว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุกลางคนถึงสูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 61–80 ปี ซึ่งอาจสะท้อนถึงการลดลงของ physiological reserve และความสามารถในการตอบสนองต่อ stress จาก burn injury นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางระบบมากกว่า ส่งผลให้ความสามารถในการฟื้นตัวลดลง แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่สามารถแสดงนัยสำคัญทางสถิติได้ แต่แนวโน้มดังกล่าวยังสอดคล้องกับวรรณกรรม

ก่อนหน้าที่รายงานว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อ burn mortality ดังนั้น แม้อายุเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่ independent predictor ของการเสียชีวิตในประชากรศึกษานี้ แต่ควรได้รับการพิจารณาร่วมกับปัจจัยด้านความรุนแรงของแผลไหม้และภาวะแทรกซ้อนอื่นในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย[7]

การศึกษานี้พบว่าพื้นที่ผิวไหม้มากกว่า 20% TBSA มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ความรู้ทางคลินิกที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า TBSA เป็นหนึ่งในตัวพยากรณ์ผลลัพธ์ที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยบาดแผลไหม้ เมื่อพื้นที่ผิวไหม้เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียสารน้ำและโปรตีนผ่านบาดแผลมากขึ้น เกิดภาวะ systemic inflammatory response syndrome (SIRS) และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น acute kidney injury, sepsis และ multiple organ dysfunction syndrome ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วย burn injury ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานของหลายการศึกษาที่พบว่า TBSA มากกว่า 20 - 30% มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยร่วมอื่น เช่น third-degree burn, inhalation injury หรืออายุที่มากขึ้น การที่ผู้เสียชีวิตทั้งหมดอยู่ในกลุ่ม TBSA >20% และผลการทดสอบทางสถิติยังคงมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของขนาดพื้นที่ผิวไหม้ในการประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการรักษาผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยในกลุ่ม TBSA ต่ำกว่า 20% มีอัตราการรอดชีวิตสูง สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการรักษาในระยะแรก ทั้งการให้สารน้ำ การดูแลแผล และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน[18,20]

แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง inhalation injury กับการเสียชีวิต และไม่พบผู้เสียชีวิตในกลุ่มที่มี inhalation injury แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวควรได้รับการตีความด้วยความระมัดระวัง ในทางคลินิก inhalation injury ถือเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับ burn mortality ตามรายงานในวรรณกรรมก่อนหน้า เนื่องจากเกี่ยวข้องกับ airway edema, respiratory failure และ systemic inflammatory response ซึ่งสามารถเพิ่มความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในประชากรศึกษานี้ ผู้ป่วยที่มี inhalation injury อาจได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว รวมถึงการเฝ้าระวังระบบทางเดินหายใจอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ outcome ดีกว่าที่คาด ดังนั้น inhalation injury ยังคงเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญทางคลินิก และควรได้รับการประเมินร่วมกับปัจจัยด้านความรุนแรงอื่น เช่น TBSA และ third degree burn ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต ได้แก่ ชนิดของการได้รับบาดเจ็บการมี third degree burn และที่สำคัญ คือ TBSA โดยพบว่าหาก TBSA>20% จะมีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่มี TBSA<20% อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มี TBSA>20% และมี third degree burn ร่วมควรได้รับการดูแลใน burn unit และควรต้องมี ICU เฉพาะทางรองรับ

เอกสารอ้างอิง

1. Yen, Cheng-I., et al.(2018). "Determination of risk factors for burn mortality based on a regional population study in Taiwan." Burns 44.6 (2018): 1591-1601.
2. Muller, M. J., S. P. Pegg, and M. R. Rule.(2001). "Determinants of death following burn injury." British journal of surgery 88.4 (2001): 583-587.

3. www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/
4. Santos, D. Costa, et al.(2017). "The effect of comorbidities and complications on the mortality of burned patients." Annals of burns and fire disasters 30.2 (2017): 103.
5. Steven E. Wolf, Leopoldo C. Cancico, Basil A. Pruitt.(2018). Epidemiological, demographic and outcome characteristics of burns. In: David N. Herndon, editor. Total burn care. 5 ed. Edinburgh: Elsevier; 2018. p.14-27.
6. Santaniello JM, Luchette FA, Esposito TJ, Gunawan H, Reed RL, Davis KA, et al.(2004). Ten Year Experience of Burn, Trauma, and Combined Burn/Trauma Injuries Comparing Outcomes. J Trauma. 2004;57(4):696-701.
7. นพ.วรวรรธน์ แก้ววิเชียร.(2025). ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดแผลไหม้รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบาดแผลไหม้ (Burn Unit) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. ,2025.
8. http://censos.ine.pt/
9. Wearn C.(2015). ผลลัพธ์ของการบาดเจ็บจากไฟไหม้ในผู้สูงอายุ: การประเมินที่แก้ไขใหม่จากศูนย์รักษาผู้ป่วยไฟไหม้เบอร์มิงแฮม Burns. 2015;41(6):1161–1168. doi: 10.1016/j.burns.2015.04.008.
10. Pereira CT.(2006). ความแตกต่างของการรอดชีวิตหลังแผลไฟไหม้รุนแรงที่ขึ้นอยู่กับอายุ: การทบทวนจากศูนย์เดียวของผู้ป่วย 1,674 รายและการชันสูตรศพ 179 รายในช่วง 15 ปี J Am Coll Surg. 2006;202(3):536–548. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2005.11.002.
11. Peck MD.(2011). Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. Burns. 2011;37:1087–1100. doi: 10.1016/j.burns.2011.06.005.
12. Albornoz CR.(2011). แผลไหม้มีความรุนแรงมากขึ้นในผู้สูงอายุ: สัดส่วนของพื้นที่แผลไหม้ลึก/พื้นที่แผลไหม้ทั้งหมดอาจมีบทบาทต่ออัตราการเสียชีวิต Burns. 2011;37(6):1058–1061. doi: 10.1016/j.burns.2011.03.006.
13. Grimble RF.(2003). การตอบสนองต่อการอักเสบในผู้สูงอายุ Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2003;6(1):21–29. doi: 10.1097/00075197-200301000-00005.
14. Gerstein AD, Phillips TJ, Rogers GS, Gilchrest BA.(1993). การสมานแผลและความชรา. Dermatol Clin. 1993;11(4):749–757.
15. Lundgren RS.(2009). อิทธิพลของโรคร่วมและอายุต่อผลลัพธ์หลังการบาดเจ็บจากไฟไหม้ในผู้สูงอายุ J Burn Care Res. 2009;30(2):307–314. doi: 10.1097/BCR.0b013e318198a416.
16. Pham TN.(2009). ระบาดวิทยาและผลลัพธ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้: การวิเคราะห์จากคลังข้อมูลผู้ป่วยไฟไหม้แห่งชาติ J Burn Care Res. 2009;30(1):30–36.
17. Rani M, Schwacha MG.(2012). การแก่ชราและการตอบสนองทางพยาธิวิทยาต่อแผลไหม้ Aging Dis. 2012;3(2):171–180.
18. Pham TN.(2010). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวมในผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้ J Burn Care Res. 2010;31:105–110.
19. Pham TN.(2009). ระบาดวิทยาและผลลัพธ์ของผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้: การวิเคราะห์จากคลังข้อมูลผู้ป่วยไฟไหม้แห่งชาติ J Burn Care Res. 2009;30:30–36.
20. Richards WT.(2013). การทำนายการใช้ทรัพยากรของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บจากไฟไหม้ในยุคเบบี้บูมเมอร์ Am J Surg. 2013;205:29–34. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.05.002.
21. Charles D. Voigt, Mario Celis, and David W.Voigt.(2018). Care of Outpatient Burns. In:David N. Herndon, editor. Total burn care. 5 ed. Edinburgh: Elsevier; 2018. p.50-57.
22. Micheal Peck, Henry Falk, David Meddings, David Sugerman, Sumi Mehta, andMichael Sage.(2016). The Design and Evaluation of a System for Improved Surveillanceand Prevention Programmes in Resource-limited Setting Using a Hospital-based Burn Injury Questionnaire. Inj Prev. 2016;22:i56-i62.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น

The effect of self-management promotion program with home visits using the line application for Delayed Progression of Nephropathy in diabetic patients at Khon Kaen Hospital.

(Received: September 2,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

สงกรานต์ กลั่นด้วง[1] เพ็ญพักตร์ เทพนรินทร์[1] พฤกษชาติ ชูชื่น[1]
Songkran Klunduang[1] Penpak Thepnarin[1] Prueksachard Choochuen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน สุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ศึกษาระหว่าง พฤศจิกายน 2568 - เมษายน 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับกายเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูลใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .72 และค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบัค ได้เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติทดสอบ Paired t-test และ Unpaired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95%

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ชะลอไตเสื่อม,พฤติกรรมดูแลตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

Abstract

This study aimed to examine the effects of self-management promotion program with home visits using the line application for Delayed Progression of Nephropathy in diabetic patients at Khon Kaen Hospital. Quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design. The sample consisted of 66 patients, by simple random sampling, duration of the trial was 12 weeks. The study will be conducted between November 2025 and April 2026.Research instruments were (1) a self-management promotion program with home visits using the line application and (2) data collecting tools, Self-management behavior questionnaire for diabetic patients. The content validity of the instrument was checked by three experts, resulting in a content validity of .72, and the reliability coefficient using Cronbach's alpha was .84. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics using t-test statistical significance at 95% Confidence Interval.

Results: After the experiment, it was found that the experimental group had 1) an average score of self-management behavior that was statistically significantly higher than before the trial and higher than the control group 2) mean Fasting blood sugar (FBS) levels were that was statistically significantly lower than before the trial and lowerthan the control group and 3) the mean Estimated glomerular filtration rate (eGFR) was statistically significantly higher than before the trial and higher than that of the control group.

Key Words: Delaying kidney deterioration, Self-care behavior, Type 2 diabetes patients

[1] โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของโลกและของประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี จากการรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคไต 850 ล้านคน ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปีมากถึง 1.12 ล้านคน พบเป็นผู้ป่วยโรคไต ระยะที่ 3 ถึง 5 แสนคน ระยะที่ 4 กว่า 120,000 คน และระยะที่ 5 มากถึง 75,000 คน ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจกว่า 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี [1] และเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นโรคมานานและ/หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย[2] จึงจำเป็นที่ต้องมีการดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการชะลอไตเสื่อมอย่างเหมาะสมตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอภาวะไตเสื่อม โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Self-management Education and Support, DSMES)[3] การจัดการตนเอง (Self- Management)[4] ประกอบด้วยการกำกับติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) เป็นกระบวนการที่เน้นให้บุคคลต้องเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากฐานข้อมูล ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า stage1 ร้อยละ 19.75,19.32 และ16.61 มีแนวโน้มลดลง stage 2 ร้อยละ 20.12, 20.54 และ 18.69 stage3 ร้อยละ 34.02, 37.37 และ 37.04 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามลำดับ (วันที่ประมวลผล :: 27 กรกฎาคม 2568) จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2568 พฤติกรรมการจัดการตนเองที่จะต้องให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้ถูกต้องที่สุดในด้านกินข้าวเหนียวกับผลไม้ตามฤดูกาล ร้อยละ 15.32 รองลงมาเป็น การซื้อยาแก้ปวดกินเอง เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวด ยาสมุนไพร ร้อยละ 20.72 กินผลไม้ เช่น ฝรั่ง ส้ม กล้วย ร้อยละ 19.82 และกินผักสีขาว เช่น ผักกาดขาว กระหล่ำปลี แตงกวา ดอกแค ร้อยละ 22.52 เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความมั่นใจ ยอมรับและมีความรับผิดชอบในการดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยตนเอง และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิต[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและใช้ยาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น การสนับสนุนการจัดการตนเองผ่าน การตรวจติดตามสุขภาพทางไกล มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer[4] มาประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยมีการให้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ และการติดตามสุขภาพทางไกลโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดต่อสื่อสาร ให้คำแนะนำการแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจผู้ป่วยให้มีความพยายามในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และการกระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการสุขภาพและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม[6,7,8]

ปัจจุบันแอปพลิเคชันไลน์ เป็นช่องทางการสื่อสารที่แพร่หลายและมีความนิยมเป็นอย่างมาก รวมถึงการนำมาใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ

กับผู้รับบริการให้ได้รับข่าวสาร และเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้อย่าง รวดเร็ว[9] การใช้ระบบสุขภาพทางไกลที่หลากหลายช่องทาง ทั้งการใช้วิดีโอคอล ข้อความหรือเสียง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้น และการใช้วิดีโอคอล ยังช่วยเสริมแรงแก่กลุ่มตัวอย่างได้ด้วย การใช้สมาร์ทโฟนและเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการทำให้พยาบาลสามารถให้บริการ ติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและประหยัดอัตรากำลังคนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือให้บริการในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ การนำแนวคิดการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer, & Gaelick-Buys[4] มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง การกำกับติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การจัดการด้านความเจ็บป่วย การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพ ในแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Application) ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูลแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถตัดสินใจจัดการสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[7,11,10] ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงชนิด ส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้น ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มีผลต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวานพฤติกรรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลตนเองและการมาตามนัด ระดับน้ำตาลในเลือดและผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของไต (eGFR)[10] แนวคิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนโดยสอดคล้องกับความพร้อมของแต่ละราย ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) โดยมีเป้าหมายลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โรคสงบโดยไม่ต้อง

จากการศึกษาการใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้[15] ปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น[16] มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[14] มีความรู้ และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น[10] มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง[17] ระดับไขมันในเลือดลดลง[18] การใช้แนวคิดการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์นั้น จะส่งผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรม การใช้แนวคิดการจัดการตนเองและการใช้แอปพลิเคชันไลน์มีการวิจัยใน โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิมากที่สุด แต่พบน้อยมากในกลุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ดังนั้นผู้วิจัยเชื่อว่าการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถชะลอไตเสื่อมได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ และลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม และอัตราการกรองของไต สูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็น Quasi-experimental research แบบ Two group pretest-posttest design ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concept) ของ Kanfer & Gaelick-Buys4 ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถสรุปรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้สื่อ สุขภาพแอปพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาระหว่างพฤศจิกายน 2568 - เมษายน 2569 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*power [19] คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการ วิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) d = 0.95 ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยของ รัฐกานต์ ขำเขียว และศนิกานต์ ศรีมณี (2568) [13] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยมีผลค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านการดูแลตนเองและพบแพทย์ตามนัด กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00 (sd.=2.29) กลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.42 (sd.=0.58) ได้กลุ่มอย่างรวมจำนวน 30 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 33 คนต่อกลุ่ม รวม 66 คน โดยกลุ่มทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน กลุ่มควบคุม เลือกกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งในด้านประชากร ภูมิศาสตร์วิถีการดำเนินชีวิตและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาล การที่กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจะพบกันมีโอกาสน้อยมาก เพราะจะต้องมารับบริการตามนัดเพื่อความสะดวก รวดเร็วตามระบบบริการของโรงพยาบาลขอนแก่น ถ้ามาผิดนัดจะมีปัญหาในการใช้บริการในขั้นตอนต่างๆ ทำให้เสียเวลา ใช้เวลาในการรับบริการเพิ่มขึ้น

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคเบาหวาน และมารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่นในวันอังคาร

2. มีอัตราการกรองของไต_ระยะที่ 1-3a คือ:

ระยะที่ 1: eGFR มากกว่า 90 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

ระยะที่ 2: eGFR 60-89 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

ระยะที่ 3a: eGFR 45-59 มล./นาที/1.73 ตร.ม.

3. มีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์บนอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่ได้

4. สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ

5. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด

6. ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ

1.ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความจำเป็นต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำเป็นต้องส่งเข้ารักษาที่คลินิกชะลอไต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ไชยา ท่าแดง[21] 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์, และแกริกค์ – บายส์[4] มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคโนโลยีแอปพลิเคชันไลน์ บนอุปกรณ์โทรศัพท์เคลื่อนที่ ใช้เวลาในการทดลอง ทั้งหมด 12 สัปดาห์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการเยี่ยมบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประโยชน์ของการจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้บัญชีของไลน์ส่วนตัว ส่งวิดีทัศน์ความรู้และแนวทางการปรับพฤติกรรมหรือพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง จำนวน 10 เรื่อง แจ้งรายละเอียดการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผ่านการสนทนาทางไลน์ (LINE Call) และการวิดีทัศน์ทางไลน์ (LINE VDO Call)

สัปดาห์ที่ 2-11 การเยี่ยมบ้าน: แอปพลิเคชั่นไลน์ ผู้วิจัยจะส่งคลิปวิดีโอเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพสัปดาห์ละ 1 คลิป คลิปวีดีโอ ที่นำมาแชร์ต่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นคลิปที่มีการเผยแพร่ในโซเชียลที่สำคัญมีแหล่งที่มาน่าเชื่อถือ จึงสามารถนำมาเผยแพร่ให้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเบาหวานได้

- ผู้วิจัยจะส่งคลิปวีดีโอให้ความรู้สัปดาห์ละ 1 เรื่อง ภายหลังจากการสื่อสารผ่านไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เพิ่มเติม และสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง รวมทั้งสามารถกลับมาดูซ้ำได้หากยังยังไม่เข้าใจ สามารถทบทวนซ้ำด้วยตนเองได้ตลอดเวลาผ่านโปรแกรมการจัดการตนเองทางแอปพลิเคชันไลน์ สอบถามการเปิดดูสื่อวีดีโอเพื่อกระตุ้น ให้ทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง - คลิปความยาว 3 - 5 นาที

ประกอบด้วย

1. เบาหวานลงไต
https://youtu.be/N2UBl7llq88

2. ยาเบาหวานกับการเป็นโรคไต
https://youtu.be/EeVMoJ4fDGg

3. การออกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
https://youtu.be/yEminD_vwD8

4. ชัวร์ก่อนแชร์ 5 อาหารบำรุงไต
https://youtu.be/TYQP5lrZZOY

5. โภชนาการอาหารกับโรคเบาหวาน
https://youtu.be/Vm8UggkoAZ0?t=44

6. สมุนไพรช่วยลดน้ำตาลในเลือด
https://youtu.be/dfWeH7n7PkM?t=56

7. คนเป็นเบาหวานควรงดผลไม้
https://youtu.be/TG6Dkftk4UM?t=13

8. ผู้ป่วยเบาหวาน นอนกี่ชั่วโมง
https://youtu.be/OrVt93ZI5TI?t=7

9. ความเครียด ภัยเงียบของโรคเบาหวาน
https://youtu.be/7WhbE_sMXDg?t=4

10. ชั่วร์ก่อนแชร์: ดื่มเบียร์
https://youtu.be/GBI2gKDCp24?t=10

11. บุหรี่ไม่หวาน เป็นเบาหวานทำไมต้องงด
https://youtu.be/yGcvMDfOgpQ?t=79

- การติดต่อสื่อสารพูดคุยทางแอปพลิเคชั่น ในประเด็นต่าง ๆ ให้คำแนะนำสนับสนุนในการจัดการตนเอง และให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีอุปสรรคปัญหาในการดำเนินการ ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีทักษะ หรือวิธีการในการจัดการปัญหาด้วยตนเองเพิ่มขึ้น

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลของส่งเสริมการจัดการตนเอง และรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกเบาหวาน นัดพบกลุ่มทดลองเพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม เจาะระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลอง และแจ้งผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

- เปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัย กล่าวชื่นชม ให้กำลังใจในการคงพฤติกรรมที่ เหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

กลุ่มควบคุม ได้รับบริการตามปกติ สำหรับการประเมินใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที โดยวัดและประเมินผลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 12)

สัปดาห์ที่ 12 เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เชิญเข้ากลุ่มไลน์ของกลุ่มทดลอง อธิบายการส่งข้อมูลเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ และเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกส่วน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านโรคเบาหวานและการใช้แอปพลิเคชัน พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้องครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา จำนวน 3 ท่าน ภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.72

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้จริงกับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกบริการอื่นของโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 30 คน และนำคะแนนจากแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในสองกลุ่มตัวที่ไม่เป็นอิสระกัน (independent samples) ระยะก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการ **KEF 68048 ลงวันที่ 19 พ.ย. 68** และข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.58 และกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.61 อายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 33.33 และ 39.39 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 27.27 และ 30.30 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนมากเป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.27 และ 42.42 รองลงมา เป็นระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลองส่วนมากอยู่ในระดับ >30 อ้วนอันตราย ร้อยละ 34.24 รองลงมาอยู่ในระดับ 25-29.9 อ้วน ร้อยละ 35.29 ส่วนกลุ่ม

ควบคุม ส่วนมากอยู่ในระดับ 25-29.9 อ้วน ร้อยละ 35.29 รองลงมาอยู่ในระดับ >30 อ้วนอันตราย ร้อยละ 29.41 รอบเอวเทียบกับเพศกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากเกินเกณฑ์ ร้อยละ 85.29 และ 82.35 ตามลำดับ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง, ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value =0.02 , ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการทดลองต่ำกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value =0.003 และอัตราการกรองของไต เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการทดลองมีอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value =0.006 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง, ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร		Mean	Std. Dev.	Mean.diff	Std. Dev.diff	95% Conf. Interval	p-value
กลุ่มทดลอง							
การจัดการตนเอง							
	ก่อนการทดลอง	56.21	4.40	2.71	6.30	.51-4.90	0.02*
	หลังการทดลอง	59.91	5.11				
ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด							
	ก่อนการทดลอง	7.71	1.75	.43	.77	.16- .7	0.003*
	หลังการทดลอง	7.28	1.15				
อัตราการกรองของไต							
	ก่อนการทดลอง	79.55	23.83	5.32	10.61	1.62-9.03	0.006*
	หลังการทดลอง	84.88	26.56				

p-value < 0.05

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง, ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value= 0.001 , ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value= 0.03 และอัตราการกรองของไต กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value= 0.001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง, ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม **หลังการทดลอง** ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร		Mean	Std. Dev.	Mean.diff	Std. Dev.diff	95% Conf. Interval	p-value
การจัดการตนเอง							
	กลุ่มทดลอง	59.91	5.11	4.56	1.17	2.23-6.69	0.0002*
	กลุ่มควบคุม	54.35	4.50				
ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด							
	กลุ่มทดลอง	7.28	1.15	.86	.40	.07*1.66	0.03*
	กลุ่มควบคุม	8.15	2.02				
อัตราการกรองของไต							
	กลุ่มทดลอง	84.88	26.56	22.47	6.72	9.04-35.89	0.001*
	กลุ่มควบคุม	62.41	29.75				

p-value < 0.05

เปรียบเทียบสภาวะสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง (n=34) พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI): กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึง 61.76% (21 ราย) มีค่า BMI ลดลง สะท้อนถึงประสิทธิผลของกระบวนการสุขศึกษาในด้านการคุมน้ำหนัก ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ได้ดี: ไม่มีผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c เพิ่มขึ้น (0%) โดยมีผู้ที่คุมได้เท่าเดิม 50% และ ดีขึ้น (ลดลง) ถึง 50% ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนการทำงานของไต (eGFR) แนวโน้มเชิงบวก: ค่า eGFR ที่เพิ่มขึ้น (35.29%) ในบริบทของโรคเรื้อรังมักหมายถึงการกรองของไตที่ดีขึ้น หรือการชะลอความเสื่อมของไตได้ในระดับหนึ่ง รอบเอว (Waist)คงที่: ส่วนใหญ่มีรอบเอวเท่าเดิม (73.53%) แม้ BMI จะลดลง ซึ่งอาจสะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงของไขมันช่องท้องต้องใช้ระยะเวลา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ สภาวะสุขภาพระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง

สภาวะสุขภาพ	ลดลง		เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น (จากเดิม)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย	21	61.76	4	11.76	9	26.47
รอบเอว	5	14.71	25	73.53	4	11.76
ค่า A1C	17	50.00	17	50.00	-	-
ค่า eGFR	2	5.88	20	58.82	12	35.29

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มทดลอง เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง, ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และอัตราการกรองของไต เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.21 หลังการทดลองเท่ากับ 59.91 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value =0.02 , ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.71หลังการทดลองเท่ากับ 7.28 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value =0.003 และอัตราการกรองของไต เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม ก่อนการทดลองเท่ากับ 79.55 หลังการทดลองเท่ากับ 84.88 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value =0.006

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.91 กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.35 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value= 0.0002 , ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value= 0.0002 และอัตราการกรองของไต เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value= 0.001 ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของปัญจนีย์ ทองโปร่ง และคณะ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) , การศึกษาของรัฐกานต์ ขำเขียว และศนิกานต์ ศรีมณี[13] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างก่อนและหลัง การทดลองไม่แตกต่าง 2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดูแลตนเอง และพบแพทย์ตามนัดหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, การศึกษาของปัญจนีย์ ทองโปร่ง และคณะ[10] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05), การศึกษาของปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์[15] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกำลังกายแกว่ง แขน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะ อดอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน, การศึกษาของกมลชนก เจริญวงษา, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ[12] ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาดี ขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และมีค่าเฉลี่ยคะแนน

ความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01), การศึกษาของกรรณิการ์ ตันติกิตติชัยกุล, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และสุพจน์ ศรีมหาโชตะ[20] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ($t = -11.305$, $p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.991$, $p < .001$) การศึกษาของวนิดา เชื้อผู้ดี[16] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองได้ดีเนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีกระบวนการตั้งเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมในการปฏิบัติ ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษารายบุคคล ผ่านทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้กลุ่มทดลองมีความตั้งใจและสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นได้

การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ร่วมกับการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีผลดีต่อการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการควบคุมปัจจัยต่างๆ ในการชะลอไตเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้จัดทำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยและญาติมักจะคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ทำให้การสื่อสารในรูปแบบไลน์ส่วนตัวทำได้ค่อนข้างยาก เพราะขาดความไว้ใจซึ่งกันรวมทั้งผู้รับบริการบางคนใช้งานในระบบไลน์ ยังไม่ดีเท่าที่ควรดังนั้น เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยควรเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การใช้ระบบบริการข้อมูลออนไลน์ต้องให้เหมาะสมกับกับบุคคล ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการใช้ระบบไลน์อย่างกว้างขวาง แต่กลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึง ขาดความรู้ในการใช้งาน รวมทั้งภาวะเศรษฐานะของครอบครัวทำให้ไม่มีโทรศัพท์ระบบนี้ใช้งาน บางคนมีเฉพาะ net บ้าน ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ข้อจำกัดด้านสุขภาพ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการจัดการตนเองร่วมกับการให้การพยาบาลทางไกล ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องตามบริบทของชุมชน การเยี่ยมบ้านด้วยการสื่อสารผ่านระบบไลน์ โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. และการเยี่ยมบ้านด้วยการสื่อสารผ่านระบบไลน์ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากความกรุณาความช่วยเหลือ และการสนับสนุนการดำเนินงาน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา และบุคลากรกลุ่มงานสุขศึกษา คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาล ขอนแก่น ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้การสนับสนุน การให้คำปรึกษาการตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการ จัดทำผลงานวิจัย ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณอายุรแพทย์โรคต่อมไร้ท่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเบาหวาน ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้ความร่วมมือดำเนินการวิจัยที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้

คณะผู้วิจัยขอ มอบเป็นเครื่องบูชาบุพการี บูรพาจารย์ และผู้ที่มีอุปการคุณทุกท่านที่มีส่วน ส่งเสริมให้คณะผู้วิจัยประสบ ความสำเร็จในงานวิจัย และก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2568, 9 สิงหาคม). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันไตโลก “หมั่นดูแลไต ใส่ใจคัดกรอง ป้องกันโรคไต” เน้นย้ำผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องตรวจคัดกรองโรคไตทุกปี. https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=50932&deptcode=brc&news_views=528
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม) (พิมพ์ครั้งที่ 1). ศรีเมืองการพิมพ์.
3. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ, & ชาญวัฒน์ ชวนตันติกมล. (2565). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดีโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วารสารวชิรเวชสาร, 24, 1–23.
4. Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), Helping people change: A textbook of methods (pp. 305–360). Pergamon Press.
5. Blum, J., Smith, R., & Williams, T. (2019). The impact of new treatments in chronic disease management. Journal of Clinical Medicine, 28(5), 459–465.
6. ผกากรอง ผาสุก. (2566). ผลลัพธ์ของโปรแกรมประยุกต์ไลน์เพื่อจัดการด้านยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร].
7. พรทิพย์ อุสาหะ, นิตยาภา นันทขว้าง, & สมพร กวงแหวน. (2566). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านการตรวจติดตามสุขภาพทางไกล ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี. https://chiangmaihealth.go.th/document/240919172671931666.pdf
8. สุพัตรา สิทธิวัง, นิตยาภา นันทขว้าง, & สมพร กวงแหวน. (2563). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านการตรวจติดตามสุขภาพทางไกล ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี. วารสารพยาบาลสาร, 47(4), 112–123.
9. พลัฏฐ์ วัฒนา, นภาเพ็ญ จันทขัมมา, & พรรณี ปานเทวัญ. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับโมบาย แอปพลิเคชันฉันชนะ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสุโขทัย. วารสารพยาบาลตำรวจ, 14(1), 92–104.
10. ปัญจนีย์ ทองโปร่ง, ประพัสสร แย้มโกสุม, ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์, & ธวัลรัตน์ จรสระน้อย. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 43(1), 1–16.
11. เนตรนภา บุญธนาพิศาน, สุภาพร แนวบุตร, & วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรม สุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].
12. กมลชนก เจริญวงษา, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, & ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(2), 313–325.
13. รัฐกานต์ ขำเขียว, & ศนิกานต์ ศรีมณี. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 18(2), 1–13.
14. วารี ไอยราคม. (2568). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ร่วมกับการติดตามด้วยแอพพลิเคชั่นไลน์ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. Science, Technology, and Social Sciences Procedia, 2025(1), 1–14.
15. ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์, & พรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและ การติดตามด้วยแอพพลิเคชั่น LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล, 35(2), 52–69.

16. วนิดา เชื้อผู้ดี. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. [suspicious link removed]
17. ปรีชญา ตักโพธิ์. (2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
18. ชัชพงศ์ สมุทรอาลัย. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับไขมันความหนาแน่นต่ำของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย].
19. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(4), 1149–1160.
20. กรรณิการ์ ตันติกิตติชัยกุล, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, & สุพจน์ ศรีมหาโชตะ. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาล, 73(2), 12–21.
21. ไชยา ท่าแดง. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร].

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

Development of an Empowerment Model to Promote Quality of Life among Older Adults in Senior Schools, Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: July 24,2026 ; Revised: July 26,2026 ; Accepted: July 29,2026)

สุทัศน์ สีทน[1]
Sutus Siton[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาในห้วงตุลาคม2567- กันยายน2568 กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 186 คน จาก12ตำบล ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการสัมภาษณ์ 35 คน ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน และกลุ่มเป้าหมายในการทดลองใช้รูปแบบจำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมินความเหมาะสม แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินรูปแบบ แบบทดสอบก่อนและหลัง แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ pair simple t test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น โดยคะแนนทดสอบหลังทดลองมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$=13.14) สูงกว่าก่อนการอบรม ที่มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$=10.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ UBON Model พบว่า ในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.35 SD=0.41)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ , คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ,โรงเรียนผู้สูงอายุ

Abstract

This participatory action research aimed to 1) examine the baseline information and existing empowerment practices for promoting quality of life among older adults attending senior schools in Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province; and 2) develop an empowerment model to promote their quality of life.The study was conducted from October 2024 to September 2025.The participants and informants included 186 older adults from 12 subdistricts, 35 key informants who participated in in-depth interviews, seven experts who evaluated the model, and 30 older adults who participated in the model trial.Participants were pursued pursuantly selected according to the inclusion criteria.Quantitative and qualitative data were collected using a multi-case, multi-site approach.The research instruments consisted of a questionnaire, an in-depth interview guide, a model appropriateness assessment form, a knowledge test, a quality-of-life questionnaire, and a satisfaction assessment form.Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and a paired-samples t-test.

The findings showed that After participating in the UBON Model, the older adults demonstrated significantly higher knowledge and skill scores.The mean posttest score ($\bar{X}$= 13.14) was higher than the mean pretest score ($\bar{X}$= 10.72), with statistical significance at the.05 level. Their quality-of-life scores also

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

increased significantly to the.05 level.Overall satisfaction with the UBON Model was high ($\bar{X}$= 4.35, SD = 0.41).

Keywords: empowerment, quality of life of older adults, senior schools

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังก้าวเข้าสู่“สังคมผู้สูงอายุ”(Ageing Society) อย่างเต็มรูปแบบ องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าในช่วงปี ค.ศ.2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2050 ประชากรโลกจะมีผู้สูงอายุมากถึง 2 พันล้านคน ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 22 ของประชากรทั้งหมด [1]สำหรับสถานการณ์ระดับประเทศ ประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ[1] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนจาก “ครอบครัวขยาย”(Extended Family) ไปสู่ “ครอบครัวเดี่ยว”(Nuclear Family)ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว ขาดการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความว้าเหว่ ภาวะซึมเศร้า และมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง[2] นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยพึ่งพิงยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาระทางการคลังของภาครัฐ ทั้งในด้านสวัสดิการและการดูแลรักษาระยะยาว (Long Term Care) ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเศรษฐกิจในภาพรวม[3]

จังหวัดอุบลราชธานีมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลในปี พ.ศ. 2566พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุถึง 276,525 คน คิดเป็นร้อยละ 15.79 ของประชากรในจังหวัด[4] พื้นที่อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ศูนย์กลาง พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุที่สูงมากและถือเป็นกลุ่มเปราะบาง จากข้อมูลพื้นที่บริการ 11 ตำบลรอบนอกเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี (166 หมู่บ้าน) มีประชากรรวม 156,128 คน โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวนถึง 30,986 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.84 ซึ่งบ่งชี้ว่าพื้นที่อำเภอเมืองอุบลราชธานีกำลังเข้าสู่ “สภาวะสังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Aged Society) อย่างเต็มตัว[4] การที่ประชากรวัยแรงงานย้ายถิ่นฐานออกไปทำงานนอกพื้นที่ ส่งผลให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง ขาดคนดูแล และมีปัญหาด้านสุขภาพเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ถือเป็นกระบวนการสำคัญที่จะเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1991)[5]การเสริมพลังเริ่มต้นจากการค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิด และการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม นำไปสู่ความตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง “โรงเรียนผู้สูงอายุ” จึงถือกำเนิดขึ้นในชุมชนเพื่อเป็นกลไกและพื้นที่ทางสังคมภายใต้แนวคิดการศึกษานอกโรงเรียนเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมุ่งเน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิต และเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ก้าวไปสู่การเป็น “ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ” (Active Aging)[6]

แม้ในอำเภอเมืองอุบลราชธานีจะมีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุและเกิดวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) ในหลายตำบล แต่จากการสำรวจพบว่าภาพรวมยังประสบปัญหาด้านการขาดรูปแบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน ขาดงบประมาณสนับสนุนที่ต่อเนื่อง และเครือข่ายความร่วมมือยังไม่เข้มแข็งพอ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึง

เห็นความสำคัญและมุ่งมั่นที่จะศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี อันจะเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่ช่วยสนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่าย ช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มุ่งหวังให้ "ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม" ต่อไป[7]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพการคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development R&D) ใช้เทคนิคการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ร่วมกับเทคนิคพหุกรณีศึกษา (Multi-case Multi-side)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ประชากรคือผู้สูงอายุในอำเภอเมืองอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จากโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ 7 แห่ง จำนวน 186 คน ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan)[8]และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จำนวน 35 คน (ประกอบด้วยที่ปรึกษาโรงเรียน ผู้อำนวยการ แกนนำ วิทยากร และนักเรียนผู้สูงอายุ)

2.การออกแบบและพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน สำหรับการประเมินรับรองความเหมาะสมของรูปแบบ

3.การทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขอน อำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งตามระยะการวิจัย ได้แก่ ชุดที่ 1 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจ ลักษณะมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อใช้ในระยะศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ชุดที่ 2 แบบประเมินความสอดคล้อง (IOC) สำหรับผู้เชี่ยวชาญ และแบบสอบถามความคิดเห็นประเมินความเหมาะสมของรูปแบบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ชุดที่ 3 แบบทดสอบความรู้และทักษะก่อนและหลังการอบรม (Pre-test / Post-test) และแบบสังเกตพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม สำหรับระยะทดลองใช้ ชุดที่4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ และแนวทางการจัดเวทีเสวนาถอดบทเรียน (AAR) สำหรับระยะประเมินผล เครื่องมือในการวิจัยนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง

(Index of Item-Objective Congruence IOC) พบว่ามีค่ามากกว่า 0.5 ทุกข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดภาษา เพื่อให้มีความเที่ยงตรงและครอบคลุมเนื้อหาก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน (R1-D1-R2-D2) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพการณ์ (R1 Analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ความต้องการ และวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) ของโรงเรียนผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ (D1 Design & Development) นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มายกร่างรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ (R2 Implementation) นำรูปแบบ (ต้นแบบ) ไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย 30 คน ผ่านการจัดอบรมและทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม พร้อมประเมินผลความรู้ก่อน-หลังการอบรม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบ (D2 Evaluation) ประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย และจัดเวทีเสวนาถอดบทเรียนร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและแกนนำ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงเป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจฉบับสมบูรณ์

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านกระบวนการทบทวนพิจารณาแบบเร่งด่วน เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-10.030 เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2567 [9] การเก็บรวบรวมข้อมูลยึดหลักการให้ความยินยอมโดยอิสระ การปกปิดความลับของข้อมูล และผลการวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ ในทางลบต่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามแบบประเมินและแบบทดสอบ มาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการวิเคราะห์ระดับสภาพการณ์ ความต้องการ ความเหมาะสม และความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบ โดยนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาแปลความหมายข้อมูลตามเกณฑ์การประเมินแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับของเบสท์ [10]

สถิติอนุมาน ในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบ (R2) ผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ก่อนและหลังการอบรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05

2.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการลงพื้นที่สำรวจบริบทชุมชน การศึกษาการปฏิบัติที่เป็นเลิศ(Best Practices) จากโรงเรียนต้นแบบ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการจัดเวทีเสวนาถอดบทเรียน (After Action Review AAR) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก มา

ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ข้อมูล จากนั้นจึงใช้วิธี

การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ หาข้อสรุปของปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข นำไปสู่การยกร่างเป็นองค์ประกอบของรูปแบบ "UBON Model" และนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) อย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้ง 4 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสภาพการณ์ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในโรงเรียนต้นแบบ 7 แห่ง จำนวน 186 คน พบว่าข้อมูลพื้นฐานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.00) มีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 68.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46.00) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 41.00) ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 52.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 70.00) อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง (ร้อยละ 84.00) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.00) เมื่อวิเคราะห์สภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจในภาพรวม พบว่ามีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.61, S.D.= 0.11) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยความต้องการสูงสุด ($\bar{X}$= 4.44, S.D.= 0.21) โดยเฉพาะประเด็น "การให้ชมรมช่วยเหลือสมาชิกให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง" ($\bar{X}$= 4.80) รองลงมาคือ ด้านการพัฒนาการเห็นคุณค่าตนเอง ($\bar{X}$= 4.20, S.D.= 0.44) โดยผู้สูงอายุมีความภูมิใจที่ได้เป็นตัวอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตให้กับคนรุ่นหลัง ($\bar{X}$= 4.40) และด้านทัศนคติและความตระหนักรู้ มีความต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.64, S.D.= 0.07) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก 35 คน และการศึกษาการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) ของโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ 7 แห่ง พบจุดเด่นที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ดังนี้

โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลขามใหญ่ โดดเด่นด้านการย้อนอดีตวัยเรียน โดยให้ผู้สูงอายุสะพายกระเป๋าและนำปิ่นโตมารับประทานอาหารร่วมกัน เพื่อสร้างความสุขและเยียวยาจิตใจผู้ป่วยติดบ้าน โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหนองขอน ใช้หลักสูตร "กันล้ม กันลืม" และให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เกษตรพอเพียง

โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลแจระแม โดดเด่นด้านกิจกรรมจิตอาสาช่วยงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งช่วยพิสูจน์ศักยภาพว่าผู้สูงอายุยังสามารถทำงานได้เหมือนวัยอื่นๆ

โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลกระโสบและตำบลหัวเรือ เน้นการสร้างพื้นที่ทางสังคมผ่านการรวมกลุ่มดนตรีไทย งานหัตถกรรม และการดูแลสุขภาวะด้านโภชนาการ อย่างไรก็ตาม ภาพรวมยังพบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณสนับสนุน ขาดรูปแบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน และต้องการการบูรณาการหนุนเสริมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 2 ผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สภาพปัญหาและวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) ของโรงเรียนต้นแบบทั้ง 7 แห่งในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าวมาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการสร้างเครือข่าย เพื่อยกร่างเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบและตั้งชื่อว่า “UBON Model” ซึ่งมีกระบวนการสร้างและรายละเอียดขององค์ประกอบ ดังนี้

1.องค์ประกอบและที่มาของรูปแบบ (UBON Model) รูปแบบนี้ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้หลักการที่ว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีคุณค่าและมีศักยภาพที่ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นหลักชัยของสังคม โดยบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันจนเกิดเป็น 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

U = Understanding (ความเข้าใจในวิถีชีวิต) ได้ข้อมูลพื้นฐานมาจากการวิเคราะห์เอกสารและการสอบถามเชิงคุณภาพ องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการพึ่งพาตนเอง รวมถึงการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและเป็นที่ปรึกษาที่ดีให้แก่บุตรหลานได้

B = Benevolence (จิตสำนึกสาธารณะ) ได้ข้อมูลพื้นฐานมาจากการสังเกต การจัดเวที และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ องค์ประกอบนี้เกิดจากการค้นพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการเป็น "ผู้ให้" มากกว่า "ผู้รับ" จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมจิตสาธารณะ ความเมตตา และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ผ่านกิจกรรมจิตอาสา ซึ่งจะช่วยเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุเกิดความตื่นตัว ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน

O = Organization (การบริหารจัดการ) ได้ข้อมูลพื้นฐานมาจากการสอบถามเชิงคุณภาพและการถอดบทเรียน องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ มีโครงสร้างคณะกรรมการที่ชัดเจน มีการตั้งกติการ่วมกัน และมีแผนการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่อง โดยใช้ชุมชนและวัดเป็นฐาน (Base) ในการขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดความสะดวก ปลอดภัย และมีระเบียบวินัย

N = Network (พลังเครือข่าย) ได้ข้อมูลพื้นฐานมาจากการประเมินแบบสอบถามและการจัดเวทีเสวนา องค์ประกอบนี้มุ่งเน้นการสร้างพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งบ้าน วัด โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากร และวิทยากร อันจะทำให้โรงเรียนผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งและสามารถอยู่รอดได้ด้วยตนเองในระยะยาว

2.การตรวจสอบคุณภาพและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เมื่อผู้วิจัยได้ยกร่างรูปแบบ UBON Model ซึ่งประกอบด้วย หลักการ ความมุ่งหมาย วิธีการ และตัวชี้วัด เรียบร้อยแล้ว ได้นำรูปแบบดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบและประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ดังนี้

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำร่างรูปแบบเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ผลการประเมินพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้ได้จริง

การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ นำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และการนำไปใช้ประโยชน์ ผลการวิเคราะห์พบว่า รูปแบบ UBON Model ในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.92, S.D.= 0.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบพบว่า ด้านที่มีความเหมาะสมสูงสุดคือ ด้านความเข้าใจในวิถีชีวิต (Understanding) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.44, S.D.= 0.21) โดยเฉพาะประเด็นที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาให้แก่บุตรหลานและเป็นผู้นำชุมชน รองลงมาคือ ด้านจิตสำนึกสาธารณะ (Benevolence) ($\bar{X}$ = 4.20, S.D.= 0.35) และ ด้านพลังเครือข่าย (Network) ($\bar{X}$= 4.19, S.D.= 0.45) ตามลำดับ

ผลจากการกระบวนการในขั้นตอนนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้นวัตกรรม "UBON Model" ฉบับต้นแบบที่มีความสมบูรณ์ ได้รับการรับรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ

และพร้อมที่จะนำไปสู่ขั้นตอนการทดลองใช้ในสถานการณ์จริง (Implementation) ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบ “UBON Model” ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่นำร่อง ณ โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขอน โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและขับเคลื่อนกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ด้วยแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม (Pre-test / Post-test) พบว่า ก่อนการอบรมผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 10.72, S.D.= 1.00) คิดเป็นร้อยละ 71.47 แต่ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 13.14, S.D.= 0.76) คิดเป็นร้อยละ 87.60 โดยพบว่า คะแนนความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 18.246, p <.001) แสดงให้เห็นว่าการขับเคลื่อนกิจกรรมตามรูปแบบ UBON Model สามารถเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสร้างความเข้าใจในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่4 ผลการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ UBON Model ในภาพรวมอยู่ในระ ($\bar{X}$= 3.74, S.D.= 0.89) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็นโรงเรียนผู้สูงอายุมีกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ($\bar{X}$ = 3.90) ประเด็นเข้าใจเนื้อหาและสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ($\bar{X}$= 3.90) และประเด็นเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างเครือข่ายความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างเป็นรูปธรรม ($\bar{X}$= 3.80)

ผลการถอดบทเรียน (After Action Review AAR) จากการจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและแกนนำเครือข่ายยืนยันว่า “UBON Model” เป็นรูปแบบที่ครอบคลุมและสามารถบูรณาการมิติด้านสังคม สุขภาพ และการบริหารจัดการได้อย่างลงตัว เป็นทางเลือกที่ช่วยรักษาอัตลักษณ์และทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนไว้ได้ ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่ารูปแบบนี้เป็นโมเดลที่จดจำง่าย มีเป้าหมายชัดเจน จึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะนำไปประยุกต์ใช้เป็นแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Plan) เพื่อสร้างความเข้มแข็งและยกระดับคุณภาพชีวิตให้แก่โรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

สรุปและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษาโดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 4 ข้อ ได้ดังนี้

1.ด้านสภาพการณ์และข้อมูลพื้นฐานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่สูงนัก (ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 41.00) มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 70.00) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการในการเสริมสร้างพลังอำนาจภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.61) โดยเฉพาะความต้องการให้ชมรมช่วยเหลือสมาชิกให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสุขภาพกาย แต่มีความต้องการพื้นที่ทางสังคมเพื่อลดภาวะพึ่งพิงและเสริมสร้างคุณค่าทางจิตใจ ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พวงนรินทร์ คำปุก[11] ที่ศึกษาการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุและพบว่า การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมโครงการทำให้มีความสุข มีกำลังใจที่เข้มแข็ง ส่งผลให้มีสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับอินทุกานต์ กุลไวย[12] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ[13] ตลอดจน ฤทธิชัย แกมนาค และคณะ[14] ที่ยืนยันว่า การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมอาชีพเสริมเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ดึงดูดผู้สูงอายุให้เข้ามามีส่วนร่วมในสังคม

2.ด้านการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ หรือ UBON Model

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1) ความเข้าใจในวิถีชีวิต (Understanding) 2) จิตสำนึกสาธารณะ (Benevolence) 3) การบริหารจัดการ (Organization) 4) พลังเครือข่าย(Network) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.92) โดยด้านความเข้าใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบ UBON Model เป็นนวัตกรรมที่บูรณาการการดูแลสุขภาวะเข้ากับการดึงศักยภาพของผู้สูงอายุให้กลายเป็น "ผู้ให้" มากกว่า "ผู้รับ" การพัฒนารูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิดของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ[15] ที่ระบุว่าโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และสอดคล้องกับทิศทางของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)[16]ที่มุ่งเน้นการจัดการศึกษานอกโรงเรียนเพื่อพัฒนาความสามารถทางกาย จิต สังคม และปัญญา เพื่อผลักดันผู้สูงอายุให้ก้าวสู่การเป็น "ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ" (Active Aging) อย่างเป็นรูปธรรม

3.ด้านประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบ

ผลการทดลองนำรูปแบบไปใช้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ พบว่า คะแนนความรู้ของผู้สูงอายุหลังการอบรม ($\bar{X}$= 13.14) สูงกว่าก่อนการอบรม ($\bar{X}$= 10.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 18.246, p <.001) แสดงให้เห็นว่า UBON Model สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับความรู้ความเข้าใจได้จริง ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ สุขอดิศัย และคณะ[17] ที่พบว่า แนวทางการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุต้องเกิดจากการบูรณาการระดับชุมชน เช่น การมีชมรมจิตอาสาและศูนย์รวมภูมิปัญญา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดา[18] ที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุจะเกิดความยั่งยืนได้ ต้องมีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน มีภาคีเครือข่ายร่วมสนับสนุน และจัดให้มีกิจกรรมพบปะเพื่อสร้างความตระหนักร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

4.ด้านการประเมินผลและการถอดบทเรียนเพื่อปรับปรุงรูปแบบ

ผลการประเมินพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.74) และจากการจัดเวทีเสวนาถอดบทเรียน (AAR) พบว่า รูปแบบ UBON Model ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยรักษาความเป็นอัตลักษณ์ของชุมชน และเกิดความร่วมมืออย่างยั่งยืนระหว่างภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิสิษฐ จอมบุญเรือง และคณะ[19] ที่ระบุว่า การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งพาตนเอง ชุมชนจะต้องมีบทบาทในการจัดตั้งศูนย์รับฟังปัญหาและช่วยดูแลด้านสภาพจิตใจ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะดา ภักดีอำนาจ และพรชัย ลิขิตธรรมโรจน์[20] ที่เสนอว่า ความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดตั้งศูนย์อเนกประสงค์หรือสโมสรสำหรับทำกิจกรรมตลอดจนสอดคล้องกับ สุพร คูหา[21] ที่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมทางศาสนาเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางใจให้แก่ผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1.ข้อจำกัดด้านบริบทพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาและทดลองใช้รูปแบบ "UBON Model" เฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะเป็นสังคมเมืองผสมผสานกับสังคมกึ่ง

ชนบท และดำเนินการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มจำนวน 30 คน ในพื้นที่นำร่อง ดังนั้น การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้กับโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม หรือสภาพเศรษฐกิจที่แตกต่างออกไป อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรายละเอียดของกิจกรรมให้สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่นั้นๆ

2.ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ

จากการศึกษาพบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังประสบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับผู้สูงอายุบางส่วนมีข้อจำกัดด้านสุขภาพร่างกายและความไม่สะดวกในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมหากไม่มีบุตรหลานคอยรับส่ง ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การขับเคลื่อนกิจกรรมบางอย่างตามรูปแบบ UBON Model อาจทำได้ไม่เต็มศักยภาพ และจำเป็นต้องพึ่งพาการอุทิศตนของทีมวิทยากรจิตอาสา ตลอดจนการสนับสนุนยานพาหนะจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมาก

3.ข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการติดตามผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้และประเมินความพึงพอใจในระยะสั้นภายหลังจากการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและการทดลองใช้รูปแบบเสร็จสิ้น จึงอาจยังไม่สามารถประเมินผลกระทบเชิงลึกในระยะยาว (Long-term impact) เช่น การชะลอภาวะพึ่งพิงติดเตียง หรือการปรับเปลี่ยนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายอย่างถาวรได้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ควรมีการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาวะและสวัสดิการผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมิติอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมตามวัยและการประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นเพื่อพัฒนาพื้นที่สาธารณะหรือสวนสาธารณะในชุมชนให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน

2.ควรเน้นให้ผู้สูงอายุมีพื้นที่ในการจัดกิจกรรมเสวนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารและลดความโดดเดี่ยว เช่น การจัดตั้งสายด่วนผู้สูงอายุ กิจกรรมคิดบวก นันทนาการ ธรรมบำบัด และการสวดมนต์ทำสมาธิ

3.ควรบูรณาการกิจกรรมทางวิชาการเข้ากับวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยส่งเสริมงานฝีมือหรืองานประดิษฐ์ พร้อมทั้งสนับสนุนการหาตลาดจัดจำหน่ายเพื่อสร้างรายได้เสริม นอกจากนี้ควรขับเคลื่อนเครือข่ายผ่านการทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อจัดกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

4.ควรนำแนวทางการมีส่วนร่วมและดึงศักยภาพของสถานศึกษาหรือโรงเรียนปกติในชุมชน เข้ามามีบทบาทเป็นฐานการเรียนรู้ในการหนุนเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของชุมชนนั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อขยายผลการนำรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ (UBON Model) ไปประยุกต์ใช้กับโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดอื่นๆ หรือในระดับที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์และข้อจำกัด นำไปสู่การพัฒนาเป็นรูปแบบที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2.ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่กลุ่มประชากรวัยก่อนสูงอายุ (อายุ 50 ปีขึ้นไป) ในชุมชน โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐระดับเขตและตำบล เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และเตรียมการ

ยอมรับการเปลี่ยนแปลงก่อนก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

3.ควรมีการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในการติดตามผลการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้เห็นถึงกลไกเชิงลึกของกระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างความเข้มแข็งและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.ก้าวย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ .อินเทอร์เน็ต.2563.สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2567.เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476

2.ชมพูนุท พรหมภักดิ์.การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556.

3.ฐาณญา สมภู่.การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภาวะพฤฒิพลังของชมรมผู้สูงอายุไทย .วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต.นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2560.

4.สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี.สรุปผลงานสาธารณสุขอำเภอเมืองประจำปีงบประมาณ 2566. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี; 2566.

5.Gibson CH.A concept analysis of empowerment.Journal of Advanced Nursing 1991; 16(3): 354-361.

6.กรมกิจการผู้สูงอายุ.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2557 .อินเทอร์เน็ต.2559.สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2567.เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/main/knowledge

7.คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2566-2580).กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2561.

8.Krejcie RV, Morgan DW.Determining sample size for research activities.Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-610.

9.คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ SSJ.UB 2567-10.030.อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2567.

10.Best JW.Research in Education.4th ed.New Jersey: Prentice Hall; 1981.

11.พวงนรินทร์ คำปุก.ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลหัวงุ้ม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย .วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต.เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2558.

12.อินทุกานต์ กุลไวย.ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ .วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.

13.วิไลพร ขำวงษ์ และคณะ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2554; 5(2): 32-40.

14.ฤทธิชัย แกมนาค และคณะ.รูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย.วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2559; 11(31): 45-58.

15.สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.คู่มือการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2556.

16.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).สูงอายุอย่างสุขกายใจด้วยหลักง่าย ๆ 10 อ.อินเทอร์เน็ต. 2558. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2567.เข้าถึงได้จาก: http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/article/31966

17.พรทิพย์ สุขอดิศัย และคณะ.วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก.วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม 2557; 10(1): 90-102.

18.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดา.การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุ.วารสารสมาคมนักวิจัย 2560; 22(1): 81-97.

19 พิสิษฐ จอมบุญเรือง และคณะ.แนวทางการพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งพาตนเอง ในจังหวัดนครสวรรค์.นครสวรรค์; 2556.

20.ปิยะดา ภักดีอำนาจ และพรชัย ลิขิตธรรมโรจน์.แนวทางการพัฒนาการจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลกาตอง อำเภอยะหา จังหวัดยะลา.วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2557; 31(2): 121-151.

21.สุพร คูหา.แนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองขาว อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี . รายงานการศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นนทบุรี

Clinical Characteristics and Treatment Outcomes of Pediatric Patients with Cyanotic Congenital Heart Disease at Pranangklao Hospital, Nonthaburi.

(Received: July 26,2026 ; Revised: July 29,2026 ; Accepted: September 2,2026)

ณัฐกานต์ ควรหาเวช[1]
Nattakan Khuanhawech[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ผลลัพธ์การรักษา และปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ Retrospective cohort study ศึกษาผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิดถึง 6 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกวิกฤตและหอผู้ป่วยทารก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2569 จำนวน 46 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test หรือ Mann–Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยส่วนเป็นทารกครบกำหนดอายุครรภ์ (ร้อยละ 80.43) สัดส่วนเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (25 ราย และ 21 ราย ตามลำดับ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.87 และมีสัญชาติอื่นๆ ถึงจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.13 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ Tetralogy of Fallot (ร้อยละ 21.74) รองลงมาคือ Double outlet right ventricle (ร้อยละ 19.57) และ Truncus arteriosus (ร้อยละ 13.04) ผู้ป่วยร้อยละ 78.26 ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกเกิด โดยมีอาการเขียวเป็นอาการสำคัญ (ร้อยละ 58.70) ผู้ป่วยร้อยละ 52.17 ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.23±14.95 วัน พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 69.57 โดยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบมากที่สุด (ร้อยละ 45.65) ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านร้อยละ 50.00 ส่งต่อร้อยละ 28.26 และเสียชีวิตร้อยละ 21.74 ทั้งนี้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$)

คำสำคัญ: โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว, ลักษณะทางคลินิก, ผลลัพธ์การรักษา, เด็ก, การศึกษาย้อนหลัง

Abstract

This study aimed to investigate the clinical characteristics, treatment outcomes, and clinical factors associated with treatment outcomes among pediatric patients with cyanotic congenital heart disease (CCHD) at Pranangklao Hospital, Nonthaburi, Thailand. A retrospective cohort study was conducted among neonates and infants aged ≤6 months diagnosed with CCHD and admitted to the neonatal intensive care unit or pediatric ward at Pranangklao Hospital between 2022 and 2026. Medical records of 46 eligible patients were reviewed using a structured case record form. Descriptive statistics were used to summarize patient characteristics. Associations between clinical factors and treatment outcomes were analyzed using Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, or Mann–Whitney U test, with statistical significance set at $p<0.05$.

Results: Of the 46 patients, 80.43% were full-term infants. Tetralogy of Fallot was the most common diagnosis (21.74%), followed by Double Outlet Right Ventricle (19.57%) and Truncus Arteriosus (13.04%). Most patients (78.26%) were diagnosed during the neonatal period, with cyanosis being the most common presenting symptom (58.70%). More than half (52.17%) required intensive care. The mean hospital stay was

[1] กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

15.23±14.95 days. Complications occurred in 69.57% of patients, with sepsis being the most frequent (45.65%). Overall, 50.00% improved and were discharged, 28.26% were referred, and 21.74% died. The occurrence of complications was significantly associated with mortality (p=0.020).

Keywords: cyanotic congenital heart disease, clinical characteristics, treatment outcomes, pediatric patients, retrospective cohort study

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (cyanotic congenital heart disease: CCHD) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ตั้งแต่ระยะทารกอยู่ในครรภ์มารดา โดยเกิดขึ้นในช่วงการสร้างห้องหัวใจและหลอดเลือด (embryogenesis of the heart and great vessels) อุบัติการณ์โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกของประเทศไทยพบประมาณ 8–10 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย โรคกลุ่มนี้มีทั้งชนิดที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน มีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน และอาจส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย บางชนิดก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤตที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผู้ป่วยเด็กจึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเร่งด่วน ถูกต้อง และเหมาะสม โดยเฉพาะในช่วง 1–2 เดือนแรกของชีวิต เพื่อเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเจริญเติบโตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว [1,2,3]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวทางเวชปฏิบัติทั้งในระดับประเทศและนานาชาติที่แนะนำให้มีการคัดกรองทารกแรกเกิดด้วยการตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) เมื่ออายุ 24 ชั่วโมง ร่วมกับการตรวจร่างกายและการฟังเสียงฟู่หัวใจ (heart murmur) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แต่การคัดกรองดังกล่าวยังอาจพลาดการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางชนิดได้ [4]

วิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบันมุ่งเน้นการรักษาแบบบูรณาการ ครอบคลุมทั้งการใช้ยา การทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ และการผ่าตัดเบื้องต้นเพื่อแก้ไขภาวะเขียวรุนแรงหรือภาวะหัวใจวายรุนแรงในช่วงทารกแรกเกิด เช่น การให้ยา prostaglandin E1 เพื่อเปิดหลอดเลือด ductus arteriosus การทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจเพื่อสร้างหรือปรับทางเดินเลือด ได้แก่ balloon atrial septostomy, balloon valvuloplasty และ PDA stent รวมถึงการผ่าตัดเพื่อสร้างทางเดินเลือด เช่น modified Blalock-Taussig shunt หรือการจำกัดปริมาณเลือดไปปอดด้วยการทำ pulmonary artery banding [5]

ส่วนการผ่าตัดแก้ไขโครงสร้างหัวใจแบบ definitive repair มักพิจารณาเมื่อทารกมีอายุและน้ำหนักตัวเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงจากการผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์การรักษา (treatment outcomes) ยังคงมีความผันแปรตามศักยภาพของสถานพยาบาล ความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และระดับความซับซ้อนของรอยโรค[5,6]

ความท้าทายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้คือ ลักษณะทางคลินิกที่มีความแปรปรวนและความเปราะบางของระบบไหลเวียนโลหิต หลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมักสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิดและผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน การศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินมาตรฐานการดูแล ค้นหาจุดบกพร่องของระบบบริการสุขภาพ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยระยะยาว[6,7] นอกจากความสำเร็จในการรักษารอยโรคทางกายวิภาคแล้ว ภาวะแทรกซ้อน (complications) ที่เกิดขึ้นระหว่างการนอนโรงพยาบาลยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะ

ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัดหัวใจในเด็ก หากสถานพยาบาลสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้อย่างชัดเจน จะช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถกำหนดมาตรการเฝ้าระวังเชิงรุก ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8,9]

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเป็นโรงพยาบาลศูนย์และเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อระดับตติยภูมิในเขตสุขภาพที่ 4 มีบทบาทในการวินิจฉัย ดูแลรักษาเบื้องต้น และรับส่งต่อผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวจำนวนมาก โดยเฉพาะในจังหวัดนนทบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง แม้โรงพยาบาลจะมีโครงสร้างการให้บริการด้านกุมารโรคหัวใจ แต่ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาคลินิกและผลลัพธ์การรักษาเฉพาะบริบทของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวในพื้นที่ยังมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยในฐานะกุมารแพทย์โรคหัวใจที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเล็งเห็นความจำเป็นในการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ผลลัพธ์การรักษา และปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน องค์ความรู้ที่ได้จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย (clinical practice guidelines) และปรับปรุงระบบการส่งต่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวในอนาคต[10,11]

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกแรกรับของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

2.ประเมินผลลัพธ์ของการรักษาซึ่งประกอบด้วยอัตราการรอดชีวิต อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.วิเคราะห์หาปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์การรักษาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กกลุ่มดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบ Retrospective cohort study ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกวิกฤตและหอผู้ป่วยทารกทั่วไป โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565–2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกวิกฤตและหอผู้ป่วยทารกทั่วไป โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2569 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและมีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนสำหรับการวิเคราะห์ จำนวน 46 ราย เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ทารกแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือนที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวโดยกุมารแพทย์โรคหัวใจ เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกวิกฤตหรือหอผู้ป่วยทารกทั่วไป โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2569 และมีข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออกได้แก่ เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือขาดข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ผลการศึกษา.

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case Record Form; CRF) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตามตัวแปรที่กำหนดในการศึกษา

การรวบรวมข้อมูล ดำเนินการสืบค้นข้อมูลจากหน่วยเวชระเบียน ระบบสารสนเทศ และฐานข้อมูลผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจในเด็กของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2569 สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก และบันทึกข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของมารดา อาการแสดง ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว อายุที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม ผลการรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA version 18.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และใช้ Independent t-test หรือ Mann–Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณตามความเหมาะสมของการกระจายข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า หมายเลขรับรอง EC เลขที่ 39/2569 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2569

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จากข้อมูลทั้งหมดตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2569 ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวทั้งหมด 46 ราย โดยแบ่งเป็นเด็กที่เกิดที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 27 ราย และรับการส่งต่อ (Refer) มาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลเครือข่าย 19 ราย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นทารกครบกำหนด จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.43 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 37.72 ± 1.61 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,718.65 ± 556.44 กรัม โดยพบผู้ป่วยน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม จำนวน 20 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.87 และมีสัญชาติอื่นๆ ถึงจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.13 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก

เมื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 67.39 ปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus; GDM) และมารดาอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในอดีต

ในจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวทั้งหมด 46 ราย โรคที่พบส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Conotruncal anomalies มากที่สุด โดยเรียงตามลำดับ ได้แก่ Tetralogy of Fallot (TOF) จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 21.74) รองลงมา ได้แก่ Double outlet right ventricle (DORV) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 19.57) และ Truncus arteriosus จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 13.04) ส่วน Transposition of great arteries (TGA) พบจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 8.70) และ Single ventricle พบจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.52)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอด จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 84.78) โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยภายใน3 วันแรกหลังคลอด

จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 63.04) รองลงมาได้รับการวินิจฉัยในช่วง 4–7 วัน จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 26.09) และได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุมากกว่า 1 สัปดาห์ จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 8.70)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่แรกเกิดขณะอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 78.26) ขณะที่ได้รับการวินิจฉัยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 21.74) สำหรับอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเขียว (Cyanosis) จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 58.70) รองลงมา ได้แก่ เสียงฟู่หัวใจ (Heart murmur) จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 41.30) และ หายใจเร็วหรือหอบเหนื่อย จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 26.09) ในจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis) 7 ราย (ร้อยละ 15.22) พบว่า 4 ราย (ร้อยละ 57.14 ของกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอด) เป็นผู้ป่วยที่ฝากครรภ์และได้รับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ส่วนอีก 3 ราย (ร้อยละ 42.86) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนคลอดจากสถานพยาบาลอื่นและถูกส่งต่อ (refer) มายังโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเพื่อรับการดูแลรักษาต่อ โดยชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในครรภ์ ได้แก่ Double outlet right ventricle (DORV), Pulmonary atresia with ventricular septal defect (PA/VSD), Tetralogy of Fallot (TOF), Truncus arteriosus, Pulmonary atresia with intact ventricular septum (PA/IVS) และ Single ventricle ซึ่งการได้รับวินิจฉัยตั้งแต่ก่อนคลอดนี้ มีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากรบุคคลเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 1 แสดงระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา

ระยะเวลาเฉลี่ย	วัน
ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ (วัน)	10.38 ± 12.82
ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) (วัน)	10.56 ± 16.78
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	15.23 ± 14.95

ตารางที่ 2 แสดงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม

ภาวะการเจ็บป่วยของทารก	จำนวน (N=46)
Pneumonia	6
Sepsis	21
Persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN)	9
Congenital anomaly	6

ตารางที่ 3 ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (N = 46)

ปัจจัยทางคลินิก	เสียชีวิต (n = 10) จำนวน (ร้อยละ)	รอดชีวิต (n = 36) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การเกิดภาวะแทรกซ้อน			0.020
มีภาวะแทรกซ้อน	10 (100.00)	22 (61.11)	
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	0 (0.00)	14 (38.89)	
อายุครรภ์ขณะคลอด			0.087
คลอดก่อนกำหนด	4 (40.00)	5 (13.89)	
คลอดครบกำหนด	6 (60.00)	31 (86.11)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (N = 46)

ปัจจัยทางคลินิก	เสียชีวิต (n = 10) จำนวน (ร้อยละ)	รอดชีวิต (n = 36) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
น้ำหนักแรกเกิด			0.292
น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม	6 (60.00)	14 (38.89)	
น้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป	4 (40.00)	22 (61.11)	

เมื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษา ซึ่งประกอบด้วยอัตราการรอดชีวิต อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 52.17) ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 18 ราย (ร้อยละ 39.13) ได้รับยากระตุ้นหัวใจ 14 ราย (ร้อยละ 30.43) และมีส่วนน้อยที่ได้รับยา Prostaglandin E1 (PGE1) จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 15.22) รวมทั้งได้รับการช็อกไฟฟ้า 1 ราย (ร้อยละ 2.17)

พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน 32 ราย (ร้อยละ 69.57) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ Sepsis จำนวน 21 ราย รองลงมา PPHN จำนวน 9 ราย และ Pneumonia จำนวน 6 ราย ส่วนโรคร่วมที่พบ ได้แก่ Congenital anomaly จำนวน 6 ราย เช่น Multiple anomaly, Down syndrome (Trisomy 21), Trisomy 13 และความพิการแต่กำเนิดอื่น ๆ

ผลการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ขณะที่บางส่วนได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อรับการรักษาเฉพาะทาง ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.23 ± 14.95 วัน และระยะเวลานอน ICU เฉลี่ย 10.56 ± 16.78 วัน

ระหว่างการรักษา พบผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและได้รับการกู้ชีพ (CPR) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 6.52) โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อน เช่น Truncus arteriosus, Complex DORV และ Single ventricle ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ Sepsis, PPHN และภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยนี้ เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์การรักษาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's exact test, p = 0.020) โดยผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ส่วนปัจจัยด้านการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม แม้พบแนวโน้มการเสียชีวิตสูงกว่า แต่ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.344 และ p = 0.292 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา โดยเฉพาะภาวะติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียนโลหิต มีความสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว และสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาและการติดตามผู้ป่วยในอนาคตได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ผลลัพธ์ของการรักษา และปัจจัย

ทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว พบว่าโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ Tetralogy of Fallot รองลงมา คือ Double outlet right ventricle และ Truncus arteriosus ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและต้องอาศัยศักยภาพของโรงพยาบาลเฉพาะทาง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับองค์ความรู้ที่ระบุว่า Tetralogy of Fallot เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่พบได้บ่อย และเป็นหนึ่งในโรคที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะแรกของชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต[9] ผลการศึกษายังพบว่า เริ่มมีผู้ป่วยบางส่วนได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจชนิดเขียวตั้งแต่ก่อนคลอดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งในปัจจุบันได้เริ่มมีการให้ความสำคัญกับประเด็นนี้มากขึ้น มีการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะก่อนคลอด เนื่องจากการวินิจฉัยได้ตั้งแต่ก่อนคลอดมีประโยชน์ต่อการวางแผนการคลอด การเตรียมทีมรักษา และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ซึ่งช่วยให้ทารกได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนได้[9,10]

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ78.26 ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยจำนวน 10 รายที่ได้รับการวินิจฉัยหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยไปแล้ว พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรค Tetralogy of Fallot (TOF) จำนวน 5 ราย ซึ่งอธิบายได้จากพยาธิสภาพของโรคที่อาจไม่แสดงอาการให้เห็นในช่วงแรกเกิด

ในด้านลักษณะทางคลินิก อาการแสดงสำคัญได้แก่ อาการเขียว เสียงฟู่หัวใจ และภาวะหายใจเร็วหรือหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว การตรวจคัดกรองด้วย Pulse oximetry ร่วมกับการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจมีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น[11]

ด้านการรักษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการให้ออกซิเจน มากกว่าครึ่งต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยบางส่วนจำเป็นต้องได้รับยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ การใส่ท่อช่วยหายใจ และการให้ Prostaglandin E1 ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษาปัจจุบันแนะนำให้รักษาภาวะไหลเวียนโลหิตและคงการเปิดของ ductus arteriosus ด้วย Prostaglandin E1 ในผู้ป่วยที่มี duct-dependent circulation รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์โรคหัวใจเด็กโดยเร็ว[9]

สำหรับผลลัพธ์ของการรักษา แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง และปอดอักเสบ ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่าการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การรักษาที่เหมาะสม และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด มีความสำคัญต่อการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วย[9,11]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรพัฒนาระบบคัดกรองและวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวในระยะแรกเริ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการส่งต่ออย่างรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

2. ควรพัฒนาและหมั่นทบทวนระบบการวินิจฉัย เช่นการตรวจร่างกายเด็กทารกแรกเกิดและคัดกรองออกซิเจนด้วย Pulse oximetry ทุกราย เพื่อให้เกิดความแม่นยำและความรวดเร็วในการวินิจฉัย

3. ควรมีแนวทางชัดเจนในการวินิจฉัย ให้การรักษา และขอบเขตของสิทธิ์การรักษา สำหรับกลุ่มเด็กผู้ป่วยที่ไม่ใช่สัญชาติไทย เพราะมีจำนวนถึง

ร้อยละ39.13 และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุดและระบบสาธารณสุขของไทย

4. ควรนำปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อ (sepsis) และภาวะความดันในปอดสูง (PPHN)

5. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน เพื่อสนับสนุนการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกและการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ

6. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตพัฒนาการ และผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยหลังการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่สมบูรณ์หรือขาดรายละเอียดสำคัญทำให้ต้องคัดออก และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีขนาดค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำในการวิเคราะห์ทางสถิติได้

กิตติกรรมประกาศ

โครงร่างวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้มีส่วนสนับสนุนทุกท่าน

ขอกราบขอบพระคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยและการรักษาความลับของผู้ป่วย

ขอกราบขอบพระคุณกุมารแพทย์โรคหัวใจกุมารแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ทุกท่าน ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการสืบค้นและรวบรวมข้อมูล จนทำให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ และให้คำแนะนำด้านวิชาการอย่างดียิ่ง ส่งผลให้โครงร่างวิจัยฉบับนี้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการดำเนินงานวิจัยให้เป็นไปตามหลักจริยธรรมและมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

1. Kumar RK, Tynan MJ. Congenital heart disease. In: Prabhakaran D, Anand S, Gaziano TA, Mbanya JC, Wu Y, Nugent R, editors. Cardiovascular, respiratory, and related disorders. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017.
2. Meng X, Sun Y, Liu N, et al. Congenital heart disease: types, pathophysiology, diagnosis, and treatment options. MedComm. 2024;5:e631.
3. Taksande A, Jameel PZ. Critical congenital heart disease in neonates: a review article. Curr Pediatr Rev. 2021;17(2):120-129.
4. Lee J, Marshall TA, Buck HG, Mulder P, Daack-Hirsch S. Growth failure in children with congenital heart disease. Children (Basel). 2025;12(5):616.
5. Zhang C, Xu B, Zhu C, Pu K, Bian L. Risk factors of malnutrition in children with congenital heart disease: a meta-analysis. Front Pediatr. 2024;12:1258725. doi:10.3389/fped.2024.1258725.
6. Jullien S. Newborn pulse oximetry screening for critical congenital heart defects. BMC Pediatr. 2021;21:305.

7. Oster ME, Pinto NM, Pramanik AK, et al. Newborn screening for critical congenital heart disease: updated recommendations. Pediatrics. 2025;145(1):e2024067877.
8. Taksande A, Jameel PZ. Critical congenital heart disease in neonates: a review article. Curr Pediatr Rev. 2021;17(2):120-129.
9. Rao PS. Recent advances in the diagnosis and management of congenital heart disease. Children (Basel). 2024;11(10):1185.
10. Cattapan C, Guariento A, Jacobs JP, et al. Tailored preoperative assessment in neonatal cardiac surgery. Eur J Cardiothorac Surg. 2025;67(3):ezaf056.
11. Vachirapuranon S, Vijarnsorn C, Kanjanauthai S, et al. Major infections following pediatric cardiac surgery pre- and post-CLABSI bundle implementation. PeerJ. 2022;10:e13232.
12. Donofrio MT, Moon-Grady AJ, Hornberger LK, Copel JA, Sklansky MS, Abuhamad A, et al. Diagnosis and treatment of fetal cardiac disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2014;129(21):2183-2242.
13. Saxena A, Mehta A, Ramakrishnan S, Sharma M, Salhan S, Kalaivani M. Prenatal diagnosis of congenital heart disease: a review of current knowledge. Indian Heart J. 2018;70(1):150-164.
14. Mahle WT, Newburger JW, Matherne GP, Smith FC, Hoke TR, Koppel R, et al. Role of pulse oximetry in examining newborns for congenital heart disease: a scientific statement from the American Heart Association and American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2009;124(2):823-836.

ประสิทธิผลของรูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายอำเภอสามเงา จังหวัดตาก

Effectiveness of Group Medical Visit Model on HbA1c Control and Health Literacy among Uncontrolled Type 2 Diabetes Patients in Primary Care Units of Sam Ngao District Network, Tak Province.

(Received: July 30,2026 ; Revised: September 3,2026 ; Accepted: September 7,2026)

นลพรรณ สาลีวัฒนผล[1]
Nonlapan Saleewattanapol[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม (Group Medical Visit: GMV) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายอำเภอสามเงา จังหวัดตาก จำนวน 84 ราย ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 ราย ซึ่งได้รับรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่มจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม 42 ราย ซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และ Independent t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงและมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยเพิ่มเวลาในการปฏิสัมพันธ์ ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมโรค (Peer support) และยกระดับความมั่นใจในการจัดการตนเอง

คำสำคัญ: การดูแลรักษาแบบกลุ่ม ความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับน้ำตาลสะสม โรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This quasi-experimental research, using a two-group pretest-posttest design, aimed to determine the effectiveness of the Group Medical Visit (GMV) model on HbA1c control and health literacy among uncontrolled type 2 diabetes patients. The sample consisted of 84 type 2 diabetes patients in primary care units of Sam Ngao District Network, Tak Province, selected by multi-stage sampling. Participants were assigned into an experimental group (n=42) receiving six GMV sessions over 12 weeks, and a control group (n=42) receiving standard care. Data were collected using clinical record forms, health literacy questionnaires, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and Independent t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that after the intervention, the experimental group showed a significantly decreased mean HbA1c level and a significantly increased mean health literacy score compared to the baseline ($p < 0.001$). Comparing the two groups, the experimental group had a significantly lower HbA1c level and a higher health literacy score than the control group ($p < 0.001$). Qualitative findings reflected that the GMV model enhanced interaction time, promoted peer support, and improved self-efficacy in disease self-management.

Keywords: Group Medical Visit, Health Literacy, HbA1c, Type 2 Diabetes, Primary Care Unit

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 กำลังเป็นวิกฤตสุขภาพที่คุกคามระบบสาธารณสุขอย่างรุนแรง โดยปัญหาสำคัญที่สุดมิใช่เพียงจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่คือสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย หรือมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) สูงเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทั้งโรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา[1] ความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลมักเกิดจากความซับซ้อนของการบริหารจัดการโรค ซึ่งต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนควบคู่ไปกับการใช้ยา ปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดความสำเร็จในการดูแลตนเองคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตชนบท ยังมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรค ขาดทักษะในการจัดการอาหารและยา และไม่สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์[2]

ในส่วนของระบบบริการปฐมภูมิ รูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังแบบดั้งเดิมที่เน้นการตรวจรักษาและจ่ายยาเป็นรายบุคคล มักมีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานของบุคลากร ทำให้ไม่สามารถให้คำปรึกษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยได้อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อปัญหานี้ การนำรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม (Group Medical Visit: GMV) มาประยุกต์ใช้ จึงเป็นทางเลือกที่บูรณาการมิติการดูแลทางคลินิก (การตรวจรักษาและปรับยา) มิติการให้ความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง และมิติการสนับสนุนทางสังคมผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มผู้ป่วย (Peer support) เข้าด้วยกัน[3] หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยระบุว่า รูปแบบบริการนี้สามารถช่วยแก้ปัญหาข้อจำกัดด้านเวลาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาซักถามข้อสงสัย ได้รับพลังบวกจากเพื่อนร่วมโรค ซึ่งส่งผลให้สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพได้ดีกว่าการดูแลแบบปกติ[4]

สำหรับพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามเงา จังหวัดตาก ซึ่งเป็นสังคมชนบทและกึ่งเมือง ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายพบว่ายังมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวนมากที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ แม้จะมีการดำเนินงานตามแนวทางคลินิก NCD คุณภาพ แต่ข้อจำกัดด้านระดับการศึกษา ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความยากลำบากในการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่องยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ[5] การนำรูปแบบ GMV มาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ จึงสอดคล้องกับบริบทชุมชนที่มีทุนทางสังคมและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง[3]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมและความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายอำเภอสามเงา จังหวัดตาก เพื่อมุ่งหวังให้เกิดรูปแบบบริการใหม่ที่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและความรอบรู้ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม กับกลุ่ม

ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอสามเงา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Focus Group) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม (Group Medical Visit: GMV) รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในสถานการณ์จริงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และความรอบรู้ทางสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการศึกษาในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง ในเครือข่ายอำเภอสามเงา จังหวัดตาก มีระยะเวลาในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ 4 แห่ง เครือข่ายอำเภอสามเงา จังหวัดตาก

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Rosner)[6] กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และเผื่อการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 84 ราย ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยจับคู่หน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียงกันแล้วสุ่มเข้ากลุ่ม (Cluster Randomization) ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 42 ราย (รพ.สต.ย่านรี และ สถานีอนามัยบ้านวังหวาย) และกลุ่มควบคุมจำนวน 42 ราย (รพ.สต.บ้านหนองเชียงคา และ รพ.สต.บ้านวังจันทร์) จากนั้นคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 35-70 ปี ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ล่าสุดตั้งแต่ร้อยละ 7.0 ขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง สามารถสื่อสารและเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (เช่น ไตวายระยะสุดท้าย เบาหวานขึ้นตา ตัดขา/เท้า) มีภาวะทางจิตเวชหรือสมองเสื่อม มีโรคร่วมที่ควบคุมไม่ได้ (เช่น หัวใจล้มเหลว มะเร็ง) หรือกำลังตั้งครรภ์

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ 1) เครื่องมือสำหรับการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมการดูแลรักษาแบบกลุ่ม (GMV) จำนวน 6 ครั้ง คู่มือการดูแลตนเอง และสื่อประกอบการเรียนรู้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อปรับปรุงก่อนใช้จริง 2) เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก (ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้ยา และผลตรวจ HbA1c) ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผ่านการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha ≥ 0.70) และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2569 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ผู้วิจัยชี้แจงโครงการ ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จากนั้นให้ทำแบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ และบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) พื้นฐาน 2) ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลรูปแบบ GMV

จำนวน 6 ครั้ง (นัดหมายทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 120 นาที) โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินอาการ ปรับเปลี่ยนยา และจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 2-3 ครั้ง (ครั้งละ 15-30 นาที) และ 3) ระยะหลังการทดลอง (Post-test) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพและตรวจค่า HbA1c ซ้ำ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแทนจากกลุ่มทดลองจำนวน 8-10 คน เข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่ม (ใช้เวลา 60-90 นาที) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และอุปสรรคที่พบระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณถูกนำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยใช้สถิติ Paired Samples t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม (ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และใช้สถิติ Independent Samples t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทั้งสองตัวแปร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ประเด็นและสรุปผลในรูปแบบความเรียง เพื่อสนับสนุนและอธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณให้มีความลึกซึ้งยิ่งขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก (เลขที่เอกสารรับรอง 008/2569 อนุมัติเมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2569)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 84 ราย มีอายุเฉลี่ย 56.4 ปี (SD = 7.2) โดยอายุน้อยที่สุดคือ 38 ปี และมากที่สุด 69 ปี เมื่อจำแนกตามเพศพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือและประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 69.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 65.5 ด้านข้อมูลทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เฉลี่ย 6.5 ปี (SD = 2.3) และส่วนใหญ่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานร่วมกัน 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 81.0

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกพื้นฐาน ระหว่างกลุ่มทดลอง (42 ราย) และกลุ่มควบคุม (42 ราย) ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนเริ่มโครงการของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันก่อนเข้าสู่กระบวนการทดลอง

2. ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและความรอบรู้ทางสุขภาพ

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) พบว่าในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c อยู่ในระดับสูงและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 8.52,

SD = 0.85 และ Mean = 8.48, SD = 0.82 ตามลำดับ; p = 0.812) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม (GMV) มีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ลดลงเหลือร้อยละ 7.21 (SD = 0.65) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ มีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c อยู่ที่ร้อยละ 8.41 (SD = 0.78) ซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p = 0.540$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังสิ้นสุดการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) จากคะแนนเต็ม 90 คะแนน พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงและไม่แตกต่างกัน (กลุ่มทดลอง Mean = 51.45, SD = 6.20 และกลุ่มควบคุม Mean = 52.10, SD = 6.50; p = 0.745) ภายหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 76.80 คะแนน (SD = 5.40) จัดอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเฉพาะในมิติการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 53.25 คะแนน (SD = 6.10) ซึ่งไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง ($p = 0.412$) และเมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม (n=84)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง(n=42) Mean ± S.D.	กลุ่มควบคุม(n=42) Mean ± S.D.	สถิติเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Independent t-test)
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c: %)			
ก่อนการทดลอง	8.52 ± 0.85	8.48 ± 0.82	t = 0.23, p = 0.812
หลังการทดลอง 12 สัปดาห์	7.21 ± 0.65	8.41 ± 0.78	t = -7.65, p < 0.001*
สถิติเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Paired t-test)	t = 10.42, p < 0.001*	t = 0.65, p = 0.540	
ความรอบรู้ทางสุขภาพ (คะแนน)			
ก่อนการทดลอง	51.45 ± 6.20	52.10 ± 6.50	t = -0.47, p = 0.745
หลังการทดลอง 12 สัปดาห์	76.80 ± 5.40	53.25 ± 6.10	t = 18.72, p < 0.001*
สถิติเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Paired t-test)	t = 20.15, p < 0.001*	t = 1.08, p = 0.287	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในตัวแทนผู้ป่วยกลุ่มทดลองจำนวน 10 ราย ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลรักษาแบบกลุ่ม (GMV) พบประเด็นหลักที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงและประสบการณ์ของผู้ป่วย 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านรูปแบบการให้บริการและปฏิสัมพันธ์กับทีมผู้ให้บริการ: ผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนว่ารูปแบบ GMV แตกต่างจากการตรวจรักษาแบบดั้งเดิมอย่างชัดเจน โดยรู้สึกว่ามีเวลาซักถามข้อสงสัยกับแพทย์ พยาบาล และทีมสหวิชาชีพได้มากขึ้น บรรยากาศมีความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย และลดความตึงเครียด ส่งผลให้กล้าที่จะบอกเล่าพฤติกรรมการบริโภคที่แท้จริงและปัญหาอุปสรรคของตนเองให้ทีมผู้รักษาฟัง

2) ด้านการสนับสนุนทางสังคมและพลังของกลุ่ม (Peer support): การได้พบปะและเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกว่า "ไม่ได้เผชิญโรคนี้อยู่เพียงลำพัง" การได้แลกเปลี่ยนเทคนิคการคุมอาหารหรือการออกกำลังกายจากเพื่อนผู้ป่วยที่สามารถลดระดับน้ำตาลได้สำเร็จ ช่วยสร้างแรงบันดาลใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ได้อย่างเป็นรูปธรรม

3) ด้านการยกระดับทักษะการจัดการตนเอง: ผู้ป่วยระบุว่ากิจกรรมกลุ่มและการใช้อุปกรณ์สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย ช่วยปรับความเข้าใจที่เคยคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะทักษะการเลือกรับประทานอาหารและการคำนวณสัดส่วนแป้งและน้ำตาลในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีความมั่นใจในการสังเกตอาการและจัดการตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

4) ด้านอุปสรรคและข้อเสนอแนะ: อุปสรรคส่วนใหญ่เกิดจากข้อจำกัดด้านเวลา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีภาระงานด้านเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ทำให้การมาร่วมกิจกรรมให้ครบทุกครั้งเป็นเรื่องท้าทาย ทั้งนี้ ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะให้หน่วยบริการขยายผลกิจกรรมนี้ต่อไป และประสงค์ให้มีการเชิญสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล (Caregiver) เข้าร่วมรับฟังด้วยในบางกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ารูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่ม (Group Medical Visit: GMV) มีประสิทธิผลในการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ได้ดีกว่าการดูแลตามมาตรฐานปกติ ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายและตีความหมายเปรียบเทียบกับหลักการและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

ประเด็นแรก ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากร้อยละ 8.52 เหลือ 7.21 (ลดลง 1.31%) ซึ่งการลดลงของระดับ HbA1c ในระดับนี้มีความหมายทางคลินิกอย่างยิ่งยวด (Clinical significance) เนื่องจากอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติการลดลงของ HbA1c ทุก ๆ ร้อยละ 1 สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็กได้อย่างมีนัยสำคัญ[7] ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kwan และคณะ[8] ที่พบว่าการประยุกต์ใช้โปรแกรมการแพทย์แบบกลุ่มในคลินิกปฐมภูมิสามารถลดระดับ HbA1c ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Tang และคณะ[9] ที่ระบุว่าความสำเร็จของรูปแบบ GMV ไม่ได้เกิดจากการนำผู้ป่วยมารวมกลุ่มกันเพียงผิวเผิน แต่เกิดจากการบูรณาการ 3 มิติเข้าด้วยกัน ได้แก่ การประเมินทางคลินิกเพื่อปรับยาอย่างต่อเนื่อง การให้สุขศึกษา และการใช้พลังกลุ่ม (Peer support) ซึ่งสอดรับกับผลการวิจัยในประเทศไทยของ ศรัณญา แก้วคำลา[10] ที่ยืนยันว่ากระบวนการกลุ่มช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการตรวจรักษารายบุคคลแบบดั้งเดิมที่มีข้อจำกัดด้านเวลาของแพทย์

ประเด็นที่สอง ด้านการเปลี่ยนแปลงระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงก้าวกระโดดไปสู่ระดับดีมาก การเปลี่ยนแปลงนี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพ ในระบบบริการปกติ ผู้ป่วย

มักเป็นเพียง "ผู้รับข้อมูล" แต่ในรูปแบบ GMV ผู้ป่วยได้เปลี่ยนบทบาทเป็น "ผู้เรียนรู้เชิงรุกและผู้ร่วมตัดสินใจ" สอดคล้องกับการศึกษาของ มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[11] และ รัตนาภรณ์ กล้ารบ และคณะ[12] ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม สามารถนำไปสู่การสร้างทักษะการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การใช้อุปกรณ์ประกอบการอธิบายที่มองเห็นภาพชัดเจนในบริบทพื้นที่ เช่น โมเดลอาหารแลกเปลี่ยน ยังช่วยลดกำแพงด้านระดับการศึกษาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Timpel และคณะ[13] ที่พบว่าการใช้สื่อและรูปแบบการสื่อสารที่ออกแบบมาอย่างเหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิของไทย สามารถยกระดับความเข้าใจและการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิผล

ประเด็นที่สาม ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยขยายความกลไกความสำเร็จของการทดลองนี้ โดยตอกย้ำถึงความสำคัญของมิติการสนับสนุนทางจิตสังคม (Psychosocial support) การที่ผู้ป่วยได้มาพบปะและรับฟังประสบการณ์จากเพื่อนร่วมโรคที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ช่วยสร้างความตระหนักรู้ว่าพวกเขา "ไม่ได้เผชิญโรคนี้อยู่เพียงลำพัง" (Normalization of experience) การได้แลกเปลี่ยนเทคนิคการคุมอาหารหรือการจัดการอารมณ์จากเพื่อนผู้ป่วยที่สามารถลดระดับน้ำตาลได้สำเร็จ ช่วยสร้างแรงบันดาลใจและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งพลังบวกจากการสนับสนุนทางสังคมนี้เป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงความรู้ที่ได้รับนำไปสู่การลงมือปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อสังเกตและข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากประชากรในเครือข่ายอำเภอสามเงาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ผู้ป่วยจึงมักเผชิญปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) เช่น ความไม่แน่นอนของรายได้และความยืดหยุ่นของเวลา ทำให้การจัดสรรเวลามาร่วมกิจกรรมกลุ่มต่อเนื่องให้ครบทุกครั้งเป็นเรื่องท้าทาย นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มยังสะท้อนความต้องการให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมรับฟังในคลินิกด้วย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแม้กระบวนการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support) จะเข้มแข็งเพียงใด แต่ระบบสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) ก็ยังคงเป็นรากฐานที่สำคัญที่สุดในการเกื้อหนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนในบริบทของสังคมชนบทไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ควรบูรณาการรูปแบบการดูแลรักษาแบบกลุ่มเข้าเป็นหนึ่งในทางเลือกของระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โดยพุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) สูงเกินเกณฑ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค

2. การออกแบบตารางนัดหมายกิจกรรมกลุ่มควรพิจารณาปรับให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ เช่น การหลีกเลี่ยงช่วงฤดูกาลเก็บเกี่ยวผลผลิตทางการเกษตร เพื่อลดอุปสรรคด้านเวลาและเพิ่มอัตราความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย

3. ควรส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการเชิญสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลหลัก เข้าร่วมสังเกตการณ์หรือร่วมกิจกรรมกลุ่มในบางสัปดาห์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน และร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อการจัดการโภชนาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงติดตามระยะยาวเพื่อติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพที่ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมและความรอบรู้ทางสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การจัดบริการรูปแบบ GMV เปรียบเทียบกับการดูแลตามมาตรฐานปกติ เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการลงทุนด้านเวลาและทรัพยากรบุคคล ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในมิติของผู้ให้บริการ เพื่อประเมินความพึงพอใจ ภาระงาน และอุปสรรคเชิงระบบของบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดบริการรูปแบบกลุ่ม เพื่อนำผลไปพัฒนาระบบสนับสนุนการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามเงา ที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุข ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ที่ได้พิจารณาและให้การรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณทีมบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่านรี สถานีอนามัยบ้านวังหวาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเชียงคา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมสถานที่ การประสานงานพื้นที่ รวมถึงการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลา ให้ความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ซึ่งข้อมูลและประสบการณ์ของท่านได้สร้างองค์ความรู้ที่ทรงคุณค่า อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2566.
2. ธวัช จันแดง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567; 9(4): 478-484.
3. ชุติมา เลิศอาวุธ, โสภิดา ยอดยิ่ง, จิราพร ถาวรสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับปฐมภูมิด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม. วารสารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2568; 21(1): 104-114.
4. Mitchell SE, Bragg A, De La Cruz BA, Winter MR, Reichert MJ, Laird LD, et al. Effectiveness of an immersive telemedicine platform for delivering diabetes medical group visits for African American, Black and Hispanic, or Latina women with uncontrolled diabetes: The Women in Control 2.0 noninferiority randomized clinical trial. J Med Internet Res 2023; 25: e43669.
5. วุฒิไกร วุฒิกิจจารัศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2566; 13(3): 21-35.
6. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2015.
7. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care 2022; 45(11): 2753-2786.
8. Kwan BM, Dickinson LM, Dailey-Vail J, Glasgow RE, Gritz RM, Gurfinkel D, et al. Comparative effectiveness of patient-driven versus standardized diabetes shared medical appointments: A pragmatic cluster randomized trial. J Gen Intern Med 2024; 39: 2970-2979.

9. Tang MY, Graham F, O'Donnell A, Beyer F, Richmond C, Dhami R, et al. Effectiveness of shared medical appointments delivered in primary care for improving health outcomes in patients with long-term conditions: A systematic review of randomised controlled trials. BMJ Open 2024; 14(3): e067252.
10. ศรัณญา แก้วคำลา. ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 17(3): 179-184.
11. มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) 2567; 34(2): 46-53.
12. รัตนาภรณ์ กล้ารบ, อรพินท์ สีขาว, ชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(3): 274-283.
13. Timpel P, Netsaengtip R, Estakhri M, Chaiyasit N, Saeo J, Fungladda W, et al. Online infographic to improve diabetes knowledge, self-management efficacy and glycemic control among Thai type 2 diabetes patients in primary care unit a cluster-randomized controlled trial. BMC Primary Care 2024; 25: 276.

การพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กแบบครบวงจร ในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Comprehensive Day Surgery and Minimally Invasive Surgery System In the Referral Hospital, Borabue Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: September 3,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

ภาคิน ธนการเวคิน[1] สุธาสินี เหล่าวิศาลสุวรรณ [1], กาญจนา จันทะนุย[2]
Pakin Thanakarnvekin[1], Suthasinee Laowisalsuwan[1], Kanjana Chanthanui[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) แบบครบวงจร ในโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ได้แก่ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ 47 คน และประเมินผลจากผู้ป่วยจำนวน 241 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการสังเกต แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก และแบบสอบถามความพึงพอใจ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ระบบมาตรฐานทางคลินิก (CPG, Care Map, Safety Checklist) 2) ระบบดิจิทัล (Telemedicine, Virtual OPD, นัดหมายออนไลน์) และ 3) ระบบเครือข่ายบริการ (Referral System, Co-management, ศัลยกรรมสัญจร) ซึ่งครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ประเมินผล ด้านประสิทธิภาพ ระบบสามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 3.73 วัน/ราย เหลือ 1 วัน/ราย ระยะเวลารอผ่าตัดเฉลี่ยลดลงจาก 3 เดือน เหลือ 1 เดือน และจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากเฉลี่ย 80 รายต่อวัน เหลือ 30 รายต่อวัน ทั้ง 3 ตัวชี้วัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ด้านคุณภาพและความปลอดภัย ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) ภายใน 30 วัน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ความพึงพอใจโดยรวมของบุคลากรอยู่ในระดับมาก (4.10±0.53) และความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 2.25±0.51 เป็น 4.43±0.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ด้านความคุ้มค่า สามารถลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยต่อรายจาก 2,400 บาท เหลือ 800 บาท หรือลดลงร้อยละ 66.7 ขณะเดียวกันโรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น 15,815,299 บาท จากการเบิกชดเชยค่าบริการที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ,ผ่าตัดแผลเล็ก,โรงพยาบาลแม่ข่าย

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a comprehensive One Day Surgery (ODS) and Minimally Invasive Surgery (MIS) system at Borabue Hospital, Maha Sarakham Province, conducted between 2022 and 2025. The research participants included 47 multidisciplinary team members, and the evaluation was conducted on 241 patients. The research instruments included focus group discussion guidelines, in-depth interviews, observation records, clinical data recording forms, and satisfaction questionnaires. Data analysis employed descriptive statistics and content analysis.

The study results showed that the developed system comprised three main components: 1) Clinical Standards System (CPG, Care Map, Safety Checklist), 2) Digital System (Telemedicine, Virtual OPD, Online Appointment), and 3) Service Network System (Referral System, Co-management, Mobile Surgery). This system provides seamless continuous care from pre-operative, intraoperative, and post-operative periods. In terms of efficiency, the system reduced the

[1] โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
[2] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

average hospital stay from 3.73 days/patient to 1 day/patient, the average waiting time for surgery from 3 months to 1 month, and the number of outpatient visits from an average of 80 patients per day to 30 patients per day. All three indicators showed statistically significant differences ($p<.001$). In terms of quality and safety, no readmissions were detected within 30 days, and no serious complications were found. Overall staff satisfaction was high (4.10±0.53), and overall patient satisfaction increased significantly from 2.25±0.51 to 4.43±0.57 ($p<.001$). In terms of cost-effectiveness, the average cost per patient was reduced from 2,400 baht to 800 baht, or a 66.7% reduction. At the same time, the hospital's revenue increased by 15,815,299 baht due to efficient reimbursement of services.

Keywords : Day surgery, minimally invasive surgery, referral hospital

บทนำ

การรักษาโรคที่ต้องใช้หัตถการหรือการผ่าตัด ไม่ว่าจะเป็นโรคทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ระบบทางเดินอาหาร สูตินรีเวช จักษุวิทยา โสต ศอ นาสิก และสาขาอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักต้องเข้ารับการตรวจวินิจฉัย นัดหมายคิวผ่าตัด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่วงหน้าก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หลังผ่าตัดยังต้องนอนพักฟื้นเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ การผ่าตัด การติดเชื้อ การควบคุมความปวด รวมทั้งติดตามสัญญาณชีพและการฟื้นตัวของระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งระยะเวลานอนโรงพยาบาลแตกต่างกันตามชนิดของโรค ความซับซ้อนของการผ่าตัด ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อายุ โรคร่วม และศักยภาพในการฟื้นตัว[1] ส่งผลให้เกิดการใช้ทรัพยากรด้านเตียง บุคลากร และงบประมาณด้านสุขภาพ ในปริมาณสูง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรเฉพาะทาง

ปัจจุบันแนวคิดการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ได้รับการพัฒนาและยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากล เนื่องจากสามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพิ่มความรวดเร็วในการฟื้นตัว และช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น[2] นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาล ลดความแออัดของหอผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายทั้งในระดับสถานพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง การสูญเสียรายได้ และภาระของผู้ดูแล ระบบบริการ ODS และ MIS ที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยการคัดกรองและคัดเลือกผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่เป็นมาตรฐาน การให้ข้อมูลและเสริมสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ การดูแลระหว่างผ่าตัดที่ปลอดภัย รวมถึงระบบติดตามอาการหลังผ่าตัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง[3] ทั้งนี้ การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลถือเป็นหัวใจสำคัญของระบบ ODS เพราะหากไม่มีระบบติดตามและเฝ้าระวังที่ดี อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ หรือการเข้ารับบริการฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายส่งเสริมระบบบริการ ODS และ MIS เพื่อยกระดับประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ ลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการศัลยกรรมที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกระดับ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปที่มีภาระงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนยังเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน เช่น จำนวนเตียงไม่เพียงพอ บุคลากรเฉพาะทางมีจำกัด ระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่เชื่อมโยงเต็มรูปแบบ รวมถึงข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและระบบติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด[4]

โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีภารกิจสำคัญในการให้บริการ

ศัลยกรรมแก่ประชาชนในพื้นที่อำเภอบรบือและโรงพยาบาลลูกข่าย ได้แก่ นาเชือก กุดรัง โดยมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและผู้ป่วยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย ปี 2565–2567 จำนวน 4,975 ราย 5,958 ราย และ 7,688 ราย ตามลำดับ สะท้อนถึงภาระงานบริการที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดปัญหาระยะเวลารอคอยผ่าตัดนานเฉลี่ยประมาณ 3 เดือน จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยศัลยกรรมสูง (Average Length of Stay: LOS = 3.73 วัน) เกิดความแออัดทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยศัลยกรรม ตลอดจนมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาและการบริหารจัดการเพิ่มสูงขึ้น[5] นอกจากนี้ โรงพยาบาลบรบือเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องเร่งพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่มีอยู่ การนำแนวคิด ODS และ MIS มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการบริหารจัดการระบบบริการแบบครบวงจร จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มศักยภาพขององค์กร ขณะเดียวกัน ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการติดตามอาการหลังผ่าตัด การให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ การประเมินอาการผ่านโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล ลดการเดินทาง ลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ [6] การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับระบบบริการ ODS และ MIS จึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับนโยบายระบบสุขภาพวิถีใหม่ (New Normal Healthcare System) และแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ปฐมภูมิและทุติยภูมิของประเทศ

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบระบบบริการ ODS & MIS แบบครบวงจร โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่างผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด การติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนการประสานเครือข่ายบริการสุขภาพและโรงพยาบาลลูกข่าย โดยคาดหวังว่าจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการ ลดระยะเวลารอคอย ลดจำนวนวันนอน ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงเป็นต้นแบบการพัฒนาระบบบริการ ODS & MIS สำหรับโรงพยาบาลชุมชนในบริบทใกล้เคียงต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กแบบครบวงจร ในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อประเมินผลระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กแบบครบวงจร ในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[7] โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)

แบบครบวงจร ในโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 ภายใต้กระบวนการ PAOR Cycle ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกตผล (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 4 วงรอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

พื้นที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายด้านศัลยกรรมของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบรบือ มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปทั้งในพื้นที่และผู้ป่วยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ นาเชือกและกุดรัง

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 47 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการร่วมออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อนและประเมินผลระบบบริการ 2) กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด ODS และ MIS ในโรงพยาบาลบรบือ ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 โดยในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นระยะประเมินผลลัพธ์ของระบบหลังพัฒนา มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 241 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มโรคที่สามารถดำเนินการแบบ ODS/MIS ได้ มีสัญญาณชีพคงที่ สามารถสื่อสารและติดตามอาการหลังผ่าตัดได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 ปี พ.ศ. 2565 : ระยะพัฒนาโมเดลต้นแบบ (Prototype Development) 1) การวางแผน (Planning) ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการศัลยกรรมของโรงพยาบาลบรบือ โดยทบทวนข้อมูลบริการย้อนหลัง วิเคราะห์ปัญหาความแออัด ระยะเวลารอคอยผ่าตัด จำนวนวันนอนเฉลี่ย (LOS) ข้อจำกัดด้านเตียง บุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ รวมถึงประชุมระดมความคิดเห็นร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนดแนวทางพัฒนาระบบบริการ ODS & MIS ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน 2) การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ODS & MIS จัดตั้งศูนย์ ODS พัฒนา Clinical Practice Guideline (CPG), Clinical Pathway (Care Map) และ Surgical Safety Checklist ตามมาตรฐานสากล เริ่มดำเนินการผ่าตัด MIS ในกลุ่มหัตถการนำร่อง เช่น การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง รวมถึงพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและระบบจำหน่ายกลับบ้านอย่างปลอดภัย 3) การสังเกตผล (Observation) ติดตามผลลัพธ์เบื้องต้นของระบบบริการ ได้แก่ ความพร้อมของระบบบริการ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ความปลอดภัยทางคลินิก ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ประชุมถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสพัฒนา เพื่อนำมาปรับปรุงระบบบริการให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ผลลัพธ์สำคัญ คือ ได้ “ต้นแบบระบบบริการ ODS & MIS” ที่มีโครงสร้างและกระบวนการบริการชัดเจน

วงรอบที่ 2 ปี พ.ศ. 2566 : ระยะนำร่องและขยายผล (Pilot Implementation and Expansion) โดยนำผลการดำเนินงานจากปี 2565 มาปรับปรุงระบบบริการ มุ่งเน้นการขยายประเภทหัตถการ การเพิ่มศักยภาพบุคลากรและการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ ขยายการให้บริการ ODS & MIS ในกลุ่มหัตถการศัลยกรรมทั่วไป เพิ่มการพัฒนาศักยภาพ

ทีมสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาระบบส่งต่อ (Referral System) และเริ่มใช้ระบบติดตามผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ ได้แก่ ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (LOS) อัตรา Re-admission อัตราภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ วิเคราะห์ผลลัพธ์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พบว่าสามารถลดความแออัด เพิ่มประสิทธิภาพบริการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการศัลยกรรมได้อย่างชัดเจน จึงนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ส่งผลให้ได้รับ “รางวัล ODS & MIS Model ดีเด่นระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข”

วงรอบที่ 3 ปี พ.ศ. 2567 : ระยะพัฒนาคุณภาพและยกระดับสู่ความเป็นเลิศ (Quality Improvement and Excellence) ได้มีการวางแผนยกระดับคุณภาพระบบบริการ โดยใช้ข้อมูลสะท้อนผลจากปีที่ผ่านมา เน้นการพัฒนาความปลอดภัย การดูแลต่อเนื่อง และการพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 1 สัปดาห์ เพิ่มช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมรักษา ขยายบริการ ODS & MIS ไปยังหลายสาขาศัลยกรรม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย ได้แก่ อัตราภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ ความต่อเนื่องในการดูแล และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ สังเคราะห์องค์ความรู้และถอดบทเรียนสู่แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) พร้อมพัฒนาระบบบริการ ผลการดำเนินงานได้รับ “รางวัลวิชาการยอดเยี่ยมระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข”

วงรอบที่ 4 ปี พ.ศ. 2568 : ระยะต่อยอดสู่ระบบบริการดิจิทัลและเครือข่ายสุขภาพ (Digital and Network Integration โดยมีการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพยุคใหม่ พัฒนาระบบบริการโดยประยุกต์ใช้ Digital Health ได้แก่ Telemedicine, Virtual OPD, Online Appointment และ Paperless System รวมถึงพัฒนาระบบ Co-management ร่วมกับโรงพยาบาลลูก ติดตามผลลัพธ์ระดับเครือข่าย ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพระบบส่งต่อ ความต่อเนื่องในการดูแล และการลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย ประเมินผลเชิงระบบและพัฒนารูปแบบบริการให้สามารถขยายผลในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ผลลัพธ์สำคัญ คือ การพัฒนาสู่ “ต้นแบบระบบบริการเครือข่าย ODS & MIS แบบครบวงจร” ของจังหวัดมหาสารคามและเขตสุขภาพที่ 7

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพสำหรับกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในแต่ละวงรอบ ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้ในการประชุมระดมความคิดเห็น โดยครอบคลุมประเด็นปัญหาและความเหมาะสมของหัตถการในช่วงวางแผน ความสอดคล้องของการดำเนินงานกับ Clinical Pathway และ CPG ในช่วงปฏิบัติการ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน แนวทางปรับปรุงในช่วงสะท้อนผล

1.2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ได้แก่ ศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสมของหัตถการและความปลอดภัยทางคลินิก พยาบาลห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยศัลยกรรม เน้นความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยและการใช้ Surgical Safety Checklist พยาบาลผู้ป่วยนอก เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด เน้นการประสานงานสหวิชาชีพและการติดตามอาการหลังผ่าตัด เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศและเวชระเบียน เน้นความพร้อมของระบบข้อมูลและ Telemedicine และผู้บริหารโรงพยาบาล เน้นนโยบายสนับสนุนและการเชื่อมโยงเครือข่าย

1.3 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Form) ใช้บันทึกกิจกรรมผู้เกี่ยวข้อง ความสอดคล้องกับแผนและปัญหาที่พบ

หน้างานในแต่ละวงรอบ และแบบบันทึกการถอดบทเรียน (After Action Review Form) เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาในวงรอบถัดไป

2. เครื่องมือเชิงปริมาณสำหรับประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการ ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome Data Collection Form) ซึ่งเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (Length of Stay) อัตราการกลับมารักษาซ้ำ อัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผลการติดตามอาการภายใน 1 สัปดาห์ และการเข้าถึงบริการของเครือข่าย

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการและแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ซึ่งใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมประเด็นความชัดเจนของข้อมูล ความสะดวกในการเข้ารับบริการ ความปลอดภัยระหว่างการดูแลและความเหมาะสมของระบบสนับสนุนต่างๆ ตลอดจนแบบประเมินความพร้อมของระบบบริการ ที่ใช้ประเมินความพร้อมด้านโครงสร้าง บุคลากร แนวปฏิบัติ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบส่งต่อในแต่ละวงรอบของการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 และ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ 0.88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกันด้วยวิธีสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 51/2567

ผลการศึกษา

1. ระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) แบบครบวงจร รพ.บรบือ จ.มหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

1.1 ระบบมาตรฐานทางคลินิก โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบ ได้แก่ 1) Clinical Practice Guideline (CPG) มีการพัฒนา CPG สำหรับหัตถการศัลยกรรมที่เหมาะสมกับ ODS / MIS เช่น การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่างผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของบริการ 2) Care Map (Clinical Pathway) มีการพัฒนา Care Map รายโรค/รายหัตถการ ที่ชัดเจน ตั้งแต่ OPD - OR - Recovery - Discharge - Follow-up ซึ่ง Care Map ที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มคุรภาพในการให้บริการและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย 3) Safety Checklist พัฒนา Surgical Safety Checklist ตามมาตรฐานครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางการผ่าตัด ระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) แบบครบวงจร รพ.บรบือ จ.มหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย

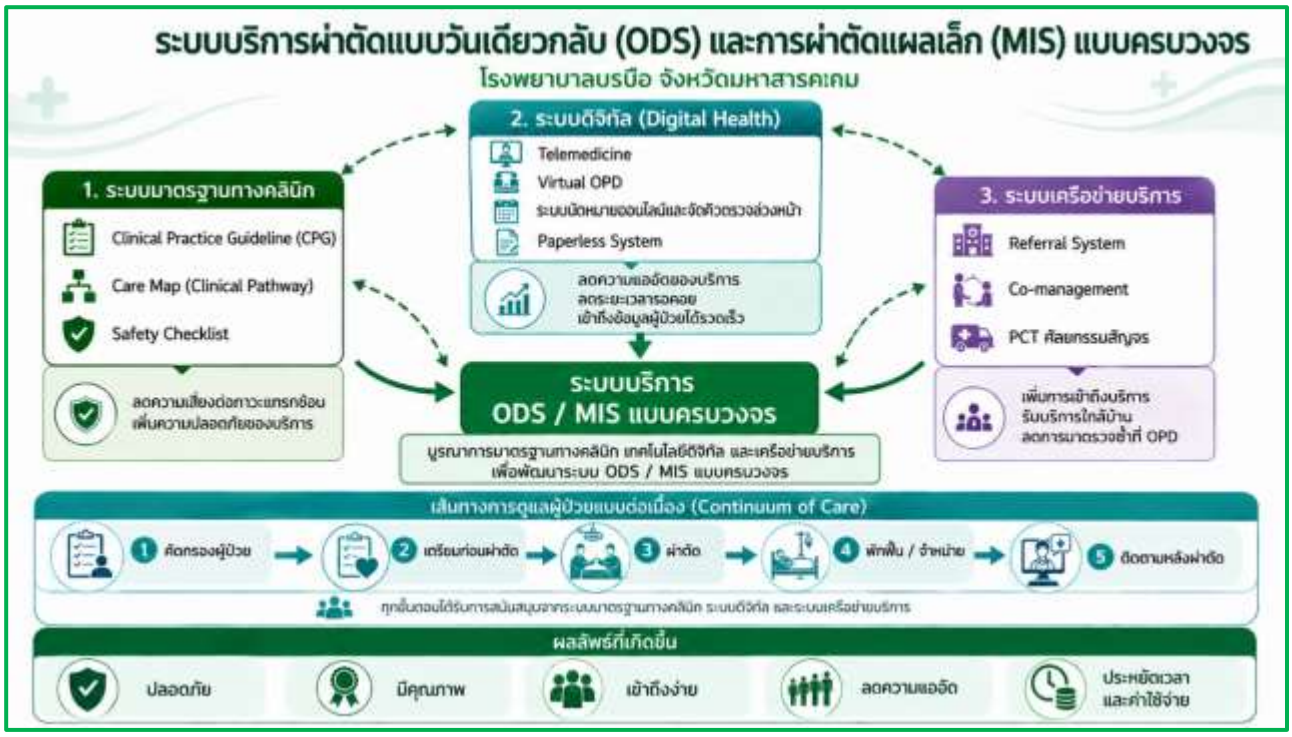
1. ระบบมาตรฐานทางคลินิก โดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบ ได้แก่ 1) Clinical Practice Guideline (CPG) มีการพัฒนา CPG สำหรับหัตถการศัลยกรรมที่เหมาะสมกับ ODS / MIS เช่น การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่างผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของบริการ 2) Care Map (Clinical Pathway) มีการพัฒนา Care Map รายโรค/รายหัตถการ ที่ชัดเจน ตั้งแต่ OPD - OR - Recovery - Discharge - Follow-up ซึ่ง Care Map ที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มคุรภาพในการให้บริการและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย 3) Safety Checklist พัฒนา Surgical Safety Checklist ตามมาตรฐานครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางการผ่าตัด

2. ระบบดิจิทัล (Digital Health) มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความแออัดของบริการ ได้แก่ 1) บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ใช้ในการติดตามอาการหลังผ่าตัด (post-operative follow-up) โดยเฉพาะในช่วง 1 สัปดาห์แรก ลดความจำเป็นในการเดินทางกลับมาโรงพยาบาล 2) ระบบบริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบออนไลน์ (Virtual OPD) พัฒนาระบบ OPD สำหรับผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องตรวจร่างกายโดยตรง เช่น ผู้ป่วย follow-up ทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยแออัดใน OPD ศัลยกรรมทั่วไป 3) พัฒนาเรื่องระบบนัดหมายออนไลน์และจัดคิวตรวจล่วงหน้า ช่วยลดระยะเวลารอคอย และเพิ่มความสะดวกของผู้ป่วย 4) Paperless System ลดการใช้เอกสารกระดาษใน OPD/IPD เพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

3. ระบบเครือข่ายบริการ มีการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ 1) Referral System พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีการคัดกรอง (triage) และเตรียมความพร้อมล่วงหน้าจากโรงพยาบาลลูกข่าย ทำให้ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด 2) Co-management ดำเนินการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย โดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัด และระยะ follow-up ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการใกล้บ้านลดการมาตรวจที่ OPD เพื่อรอคิวผ่าตัด (3-4 ครั้ง/ราย) 3) เพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลลูกข่าย โดยจัดทำโครงการ PCT ศัลกรรมสัญจร มีทีมสหวิชาชีพออกให้บริการในเครือข่ายและเพิ่มพูนความรู้ให้กับรพ.ลูกข่ายและการพัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียด ดังภาพที่ 1

นอกจากนี้ กระบวนการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) แบบครบวงจรของโรงพยาบาลบรบือ เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง (Continuum of Care) ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด จนถึงระยะติดตามหลังผ่าตัด ดังแสดงในรูปภาพที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะคัดกรองและประเมินผู้ป่วย (Pre-operative) ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการผ่านแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ทั้งจากโรงพยาบาลบรบือและโรงพยาบาลลูกข่าย โดยแพทย์ทำการวินิจฉัยและประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วยตามเกณฑ์การผ่าตัดแบบ ODS / MIS (ODS / MIS Criteria) จากนั้นพยาบาล OPD จะดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ได้แก่ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด อธิบายขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตัว นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ผ่าตัด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น X-ray และ EKG



ภาพที่ 1 ระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) แบบครบวงจร รพ.บรบือ จ. มหาสารคาม

2. ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Pre-operative Preparation) ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองจะถูกส่งเข้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปเพื่อประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ประเมินความพร้อมทางคลินิก วิสัญญีแพทย์ประเมินความเสี่ยงด้านการให้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมร่างกายสำหรับการผ่าตัดแบบ ODS / MIS และสามารถกลับบ้านได้ภายในวันเดียว

3. ระยะผ่าตัด (In-operative) ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด โดยใช้เทคนิคการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) ตามมาตรฐานความปลอดภัย หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกส่งไปสังเกตอาการในห้องพักฟื้น เป็นระยะเวลา 1–2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะเฉียบพลัน

4. ระยะประเมินก่อนจำหน่าย (Post-operative & Discharge) เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ (stable) จะได้รับการประเมินตามเกณฑ์การจำหน่าย (Discharge Criteria) โดยแพทย์ หากผ่านเกณฑ์จะดำเนินการให้คำแนะนำหลังผ่าตัด ออกใบจำหน่าย วางแผนการติดตามอาการ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายในวันเดียวตามแนวทาง ODS

5. ระยะติดตามหลังผ่าตัด (Post-operative Follow-up) มีระบบติดตามอาการอย่างเป็นระบบ โดยวิสัญญีพยาบาลโทรติดตามอาการในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ติดตามซ้ำที่ 48 และ 72 ชั่วโมง บันทึกข้อมูลผ่านระบบและประสาน Nurse manager รวมถึงมีการใช้ Telemedicine และ Virtual OPD เพื่อพบแพทย์ทางไกลในการติดตามอาการ เพื่อลดความจำเป็นในการเดินทางกลับมาโรงพยาบาล



รูปภาพที่ 2 กระบวนการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) แบบครบวงจรของโรงพยาบาลบรบือ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด จนถึงระยะติดตามหลังผ่าตัด

4.2 ประเมินผลระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) แบบครบวงจร รพ.บรบือ จ.มหาสารคาม

4.2.1 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ภายหลังการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (MIS) ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการให้บริการดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 3.73 วัน/ราย เหลือ 1 วัน/ราย ลดลงเฉลี่ย 2.73 วัน ระยะเวลารอผ่าตัดเฉลี่ยลดลงจาก 3 เดือน เหลือ 1 เดือน ลดลงเฉลี่ย 2 เดือน และจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกลดลงจากเฉลี่ย 80 รายต่อวัน เหลือ 30 รายต่อวัน ลดลงเฉลี่ย 50 รายต่อวัน ทั้ง 3 ตัวชี้วัดแตกต่างจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$) สะท้อนว่าระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด และลดความแออัดของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพของระบบบริการก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา ($\bar{X}$)	หลังพัฒนา ($\bar{X}$)	Mean Difference	p-value*
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล(วัน/ราย)	3.73	1	- 2.73	<0.001
ระยะเวลารอผ่าตัด (เดือน)	3	1	- 2	<0.001
จำนวนผู้ป่วย OPD (ราย/วัน)	80	30	- 50	<0.001

4.2.2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพความปลอดภัย และความพึงพอใจ

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 241 ราย ไม่พบการกลับมานอนซ้ำ ภายในระยะเวลา 30 วัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงประสิทธิผลของการคัดกรองผู้ป่วย และคุณภาพของการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ODS & MIS นอกจากนี้ ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการผ่าตัด แสดงถึงความปลอดภัยของกระบวนการดูแลรักษา ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้แนวทางมาตรฐาน เช่น CPG, Care Map และ Surgical Safety Checklist อย่างเคร่งครัด

ความพึงพอใจของผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ พบว่า ความพึงพอใจต่อระบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.10±0.53 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกระบวนการหรือการให้บริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.60±0.58 รองลงมา ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ย 4.18±0.59 ด้านนโยบาย มีค่าเฉลี่ย 4.08±0.51 ด้านผู้ป่วยและญาติ มีค่าเฉลี่ย 4.00±0.51 และด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ย 3.64±0.45 ซึ่งทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ผลดังกล่าวสะท้อนว่า ระบบบริการได้รับการยอมรับในภาพรวม โดยเฉพาะด้านกระบวนการให้บริการที่มีความชัดเจน เป็นระบบ และเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย ขณะที่ด้านบุคลากรแม้อยู่ในระดับมาก แต่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น จึงอาจเป็นประเด็นสำหรับการพัฒนาศักยภาพ การจัดสรรกำลังคนและการสนับสนุนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ พบว่า คะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในทุกด้านเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยด้านการดูแลรักษาทางการแพทย์เพิ่มจากค่าเฉลี่ย 2.06±0.45 เป็น 4.42±0.54 ด้านการสื่อสารเพิ่มจาก 2.04±0.50 เป็น 4.20±0.48 ด้านสิ่งแวดล้อมและความสะดวกสบายเพิ่มจาก 2.65±0.56 เป็น 4.50±0.58 และด้านจิตใจและการสนับสนุนครอบครัวเพิ่มจาก 2.25±0.51 เป็น 4.60±0.66 สำหรับความพึงพอใจภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.25±0.51 ก่อนการพัฒนา เป็น 4.43±0.57 หลังการพัฒนา โดยผลการเปรียบเทียบทุกด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) สะท้อนว่าระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยยกระดับคุณภาพบริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสื่อสาร ความสะดวกสบาย ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจและการสนับสนุนครอบครัว ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมสูงขึ้นอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้มารับบริการก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อน (n=241)	หลัง (n=241)	*t*	p-value
	$\bar{x}$±SD	$\bar{x}$±SD		
1. ด้านการดูแลรักษาทางการแพทย์	2.06±0.45	4.42±0.54	34	*<0.001*
2. ด้านการสื่อสาร	2.04±0.50	4.20±0.48	36	*<0.001*
3. ด้านสิ่งแวดล้อมและความสะดวกสบาย	2.65±0.56	4.50±0.58	26	*<0.001*
4. ด้านจิตใจและการสนับสนุนครอบครัว	2.25±0.51	4.60±0.66	36	*<0.001*
ความพึงพอใจภาพรวม	2.25±0.51	4.43±0.57	33	*<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2.3 ผลลัพธ์ด้านต้นทุนและความคุ้มค่าของระบบบริการ

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของระบบบริการ พบว่า หลังการพัฒนาระบบบริการ ODS & MIS ร่วมกับการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้สนับสนุน

ระบบบริการ โรงพยาบาลสามารถลดต้นทุนการให้บริการ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและการใช้ทรัพยากรในหอผู้ป่วย ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นจำนวน 15,815,299 บาท และการเบิกชดเชยบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในมุมของผู้ป่วยพบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายลดลงจาก 2,400 บาท เหลือ 800 บาท หรือลดลงร้อยละ 66.7 โดยค่าใช้จ่ายที่ลดลงประกอบด้วยค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าเสียโอกาสจากการหยุดงาน เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนการให้บริการและยอดชดเชยจากการดำเนินบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า หัตถการส่วนใหญ่สามารถสร้างรายได้สูงกว่าต้นทุนที่ใช้ในการดำเนินงาน สะท้อนถึงความคุ้มค่าของระบบบริการ ODS ในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณารายหัตถการ พบว่า การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง มีรายได้สุทธิต่อรายสูงที่สุด โดยมีต้นทุน 7,854 บาท ได้รับยอดชดเชย 27,601.76 บาท คิดเป็นรายได้สุทธิ 19,747.76 บาทต่อราย รองลงมาคือ การผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีร่วม มีรายได้สุทธิ 14,493.10 บาทต่อราย และกรณี Vaginal bleeding มีรายได้สุทธิ 12,814.41 บาทต่อราย แสดงถึงศักยภาพของหัตถการเฉพาะทางที่สามารถสร้างรายรับสูงเมื่อดำเนินการในระบบ ODS สำหรับหัตถการที่มีความคุ้มค่าระดับปานกลาง ได้แก่ การตัดเนื้อเยื่อปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า มีรายได้สุทธิ 5,089.62 บาทต่อราย การตัดติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีรายได้สุทธิ 4,516.55 บาทต่อราย การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ มีรายได้สุทธิ 2,897.85 บาทต่อราย การผ่าตัดลอกต้อเนื้อ และการผ่าตัดซ่อมแซมไส้เลื่อนขาหนีบ มีรายได้สุทธิ 2,689.84 และ 2,238.08 บาทต่อราย ตามลำดับ ขณะที่ การผ่าตัดริดสีดวงทวารมีรายได้สุทธิต่อรายต่ำที่สุด คือ 970.85 บาท แม้ว่ายังมีผลต่างเป็นบวก แสดงว่ายังสามารถดำเนินบริการได้โดยไม่ขาดทุน โดยสรุป ระบบบริการผ่าตัดแบบ ODS ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากร ลดต้นทุนการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มรายรับจากการชดเชยค่าบริการในหลายหัตถการ โดยเฉพาะหัตถการศัลยกรรมผ่านกล้องและหัตถการเฉพาะทาง ซึ่งอาจใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการขยายบริการ ODS และการวางแผนเชิงนโยบายด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) แบบครบวงจร ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน สามารถยกระดับคุณภาพบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงมาตรฐานทางคลินิก เทคโนโลยีดิจิทัลและเครือข่ายบริการสุขภาพเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และไร้รอยต่อตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด จนถึงระยะติดตามหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Integrated Care Model ที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงบริการสุขภาพทุกระดับให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of Care) และลดช่องว่างของระบบบริการ (Seamless Care)[8] ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาระบบบริการสามารถตอบสนองต่อบริบทจริงของโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า หลังการพัฒนาระบบบริการ ODS & MIS สามารถลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Length of Stay: LOS) และลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดได้อย่างชัดเจน สะท้อนถึงประสิทธิภาพของระบบบริการที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้แนวคิด One Day Surgery (ODS) ซึ่งช่วยลดการใช้เตียงผู้ป่วยในการใช้เทคนิค Minimally Invasive Surgery (MIS) ที่ช่วยลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ลดความเจ็บปวด และ

ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็วขึ้น รวมถึงการนำระบบนัดหมายออนไลน์และระบบบริการผู้ป่วยนอกผ่านระบบออนไลน์ (Virtual OPD) มาใช้เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Lean Healthcare[9] ซึ่งมุ่งลดความสูญเปล่าในกระบวนการบริการสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ในระบบบริการส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ขณะเดียวกันโรงพยาบาลยังสามารถบริหารจัดการทรัพยากร บุคลากร และเตียงผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ระบบบริการ ODS & MIS แบบครบวงจรสามารถลดต้นทุนการให้บริการ ขณะเดียวกันยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและเพิ่มรายได้ของโรงพยาบาล สะท้อนถึงความคุ้มค่าของระบบบริการที่พัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Value-based Healthcare[10] ที่ให้ความสำคัญกับ “คุณค่าของผลลัพธ์สุขภาพเมื่อเทียบกับต้นทุนที่ใช้” โดยผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งในด้านคุณภาพการดูแล ความปลอดภัย ความพึงพอใจ และการเข้าถึงบริการ ขณะที่ต้นทุนในการดูแลรักษาและการใช้ทรัพยากรลดลง จึงสะท้อนว่าระบบบริการดังกล่าวเป็นรูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าอย่างแท้จริง ทั้งในมิติของผู้ป่วย โรงพยาบาลและระบบสุขภาพโดยรวม

แม้ว่าระบบ ODS & MIS จะมุ่งเน้นการลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลและเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ แต่ผลการศึกษาพบว่า ไม่ส่งผลกระทบเชิงลบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยไม่พบอัตรา Re-admission หรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว ได้แก่ การใช้ Clinical Practice Guideline (CPG) และ Care Map อย่างเป็นระบบ การใช้ Surgical Safety Checklist ตามมาตรฐานสากล รวมถึงการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ ODS/MIS Criteria อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Patient Safety Framework[11] ที่มุ่งเน้นการสร้างระบบบริการที่มีมาตรฐาน มีการป้องกันความเสี่ยงเชิงระบบ และมีการกำกับคุณภาพในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยตลอดกระบวนการรักษา ในด้านการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรมทางสุขภาพ การนำระบบเครือข่ายบริการสุขภาพและเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ เช่น Telemedicine, Virtual OPD และระบบ Co-management ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น โดยเฉพาะประชาชนในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล ซึ่งสามารถรับบริการใกล้บ้าน ลดภาระค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทาง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนถึงการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวคิด Universal Health Coverage (UHC)[12] ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ โดยไม่เกิดภาระทางการเงินจากการเข้ารับบริการ

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับกรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework)[13] ทั้งในด้านการพัฒนาระบบบริการ (Service Delivery) ที่มีประสิทธิภาพและลดความแออัดของโรงพยาบาล การพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ (Health Workforce) การนำระบบ Digital Health มาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลและติดตามผู้ป่วย (Health Information) การเพิ่มความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Financing) และการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารองค์กร (Leadership and Governance) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับนโยบาย Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข[14] โดยเฉพาะด้านการลดความแออัดของโรงพยาบาล การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่าย และการยกระดับศักยภาพของ

โรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้รูปแบบบริการ ODS & MIS แบบครบวงจรที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลสู่ระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และระดับประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเครือข่ายสามารถนำรูปแบบระบบบริการ ODS & MIS แบบครบวงจรไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด

1.2 ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ เช่น Telemedicine, Virtual OPD และระบบนัดหมายออนไลน์ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน

1.3 ควรพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพและเสริมสร้างระบบเครือข่ายบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วย ODS & MIS และการดูแลร่วมระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและไร้รอยต่อ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของระบบบริการ ODS & MIS เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อัตราการ
กลับมารักษาซ้ำและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริการในระยะยาว

2.2 ควรศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลขั้นสูงและปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI) เพื่อสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วย การติดตามอาการ และการบริหารจัดการระบบบริการศัลยกรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.3 ควรขยายการศึกษาสู่โรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ และเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายรูปแบบบริการสู่ระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และระดับประเทศอย่างยั่งยืน

บทสรุปเชิงนโยบาย การพัฒนาระบบบริการ ODS/MIS ร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลและเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่สามารถตอบโจทย์ปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพไทย ได้แก่ ความแออัด การเข้าถึงบริการและต้นทุนที่สูง ระบบบริการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ แต่ยังสามารถขยายผลในระดับประเทศ และสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพสู่การเป็นระบบบริการที่มีคุณค่าอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย.(2564). แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ. กรุงเทพฯ: สมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย; 2564.
2. World Health Organization (WHO).(2020). Surgical care systems strengthening: developing national surgical, obstetric and anesthesia plans. Geneva: WHO; 2020.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2565). คู่มือบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS). นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2565.
4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2566). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาศัลยกรรม พ.ศ. 2566–2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. โรงพยาบาลบรบือ.(2567). รายงานสถิติผู้ป่วยศัลยกรรมและระบบส่งต่อ ปีงบประมาณ 2565–2567. มหาสารคาม: โรงพยาบาลบรบือ; 2567.
6. กรมการแพทย์.(2566). แนวทางการประยุกต์ใช้ Digital Health ในระบบบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
7. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. Victoria, Australia : Deakin University Press; 1988.

8. World Health Organization.(2016). Integrated care models: an overview. Geneva: WHO; 2016.
9. Graban M.(2016). Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement. 3rd ed. New York: CRC Press; 2016.
10. Porter ME.(2010). What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363(26):2477-2481.
11. World Health Organization.(2011). Patient Safety Curriculum Guide. Geneva: WHO; 2011.
12. World Health Organization.(2021). Universal Health Coverage (UHC). Geneva: WHO; 2021.
13. World Health Organization.(2007). Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. Geneva: WHO; 2007.
14. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2566). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2566–2570. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

ปัจจัยทางครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัยจังหวัดสุพรรณบุรี

Association between family-related factors and overweight among preschool children in Suphan Buri Province.

(Received: September 3,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

อัมพร สัจจวีรวรรณ[1] มัณฑนาวดี เมธาพัฒนะ[2]
Amporn Sajjaweerawan[1] Muntanavadee Maytapattana[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน 350 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค

ผลการวิจัยพบว่า เด็กปฐมวัยมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 26.00 ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 มีอายุเฉลี่ย 35.27 ปี (SD = 9.54) ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.29 มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.43 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.86 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (χ^2 = 33.225, p < .001) รูปแบบครอบครัว (χ^2 = 6.616, p = .037) การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ (χ^2 = 11.472, p = .001) ระดับทัศนคติ (χ^2 = 70.323, p < .001) ระดับความรู้ (χ^2 = 8.493, p = .014) และระดับพฤติกรรม (χ^2 = 31.477, p < .001) โมเดลปัจจัยทางครอบครัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัยได้ร้อยละ 42.80 (Nagelkerke R^2 = .428) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (p = .008) ทัศนคติของผู้ปกครอง (Adjusted OR = .949, 95% CI: .921–.977, p < .001) และพฤติกรรมของผู้ปกครอง (Adjusted OR = .895, 95% CI: .855–.936, p < .001)

คำสำคัญ: ปัจจัยทางครอบครัว, ภาวะน้ำหนักเกิน, เด็กปฐมวัย, ผู้ปกครอง

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to investigate family factors associated with overweight among preschool children in Suphan Buri Province. The sample consisted of 350 parents of preschool children, selected through simple random sampling. The research instrument was a questionnaire on parent information of preschool children. Content validity was assessed by three experts, yielding item-content validity index values ranging from 0.67 to 1.00. The reliability of the questionnaire, determined using Cronbach's alpha coefficient, was 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics comprised the Chi-square test and Binary Logistic Regression.

The findings revealed that 26.00% of preschool children were overweight. Most parents were female (71.43%), with a mean age of 35.27 years (SD = 9.54). Most had a moderate level of attitude toward childhood

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น วิทยาเขตเชียงใหม่ Corresponding author: Muntanavadee Maytapattana E-mail: Muntanavadee_may@nation.ac.th

overweight (62.29%), a high level of knowledge (51.43%), and a moderate level of caregiving behavior (64.86%). The factors significantly associated with overweight among preschool children were monthly household income (χ^2 = 33.225, p < .001), family structure (χ^2 = 6.616, p = .037), receipt of information from health personnel (χ^2 = 11.472, p = .001), attitude level (χ^2 = 70.323, p < .001), knowledge level (χ^2 = 8.493, p = .014), and behavior level (χ^2 = 31.477, p < .001). The family-related factor model explained 42.80% of the variance in overweight among preschool children (Nagelkerke R^2 = .428). Factors significantly associated with overweight were monthly household income (p = .008), parental attitude (Adjusted OR = .949, 95% CI: .921–.977, p < .001), and parental behavior (Adjusted OR = .895, 95% CI: .855–.936, p < .001).

Keywords: Family factors, Overweight, Preschool children, Parents

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และโรคอ้วนในเด็กกำลังเป็นปัญหาของประเทศต่าง ๆ เด็กทั่วโลกเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้น 10 เท่าในช่วง 40 ปี และเด็กอีกเกือบ 200 ล้านคน มีน้ำหนักเกินในระดับปานกลางหรือรุนแรงกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเพิ่มขึ้นมากที่สุด ประเทศสหรัฐอเมริกาพบมากที่สุดของกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง[1] การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาที่ผ่านมานี้ประเทศเหล่านี้มีคนเป็นโรคอ้วน และมีน้ำหนักตัวเกินไม่มากนัก ขณะนี้ประเทศเหล่านั้นกลายเป็นชาติที่มีคนอ้วนและน้ำหนักตัวเกินอย่างมาก สำหรับกลุ่มประเทศในทวีปยุโรปเด็กวัยเรียนที่น้ำหนักเกินร้อยละ 15.6 ประเทศในเอเชียพบร้อยละ 14.6 อิหร่านและซาอุดิอาระเบียร้อยละ 30[2] ปัญหาภาวะเด็กน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีผลต่อประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้น ประเทศสมาชิกเครือข่ายมูลนิธิสาธารณสุขระดับนานาชาติได้เสนอกลยุทธ์ลดปัญหาเด็กอ้วน ตัวอย่างเช่น ประเทศสิงคโปร์ให้ความสำคัญของการขับเคลื่อนงานร่วมกันในหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ประเทศตองกาแก้ปัญหานโยบายอาหารในโรงเรียนประเทศออสเตรเรียกำหนดนโยบายมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารปลอดภัยคือการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลือกอาหารและเครื่องดื่ม[3]

องค์การอนามัยโลกประกาศให้ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขของมวลมนุษยชาติ พร้อมเสนอแนะให้มีมาตรการควบคุมอาหารที่ไม่ก่อประโยชน์ และเรียกร้องให้รัฐบาล ภาคประชาสังคมและพันธมิตรทั่วโลกเร่งดำเนินการเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมด้านอาหารของเด็ก ได้แก่ การบังคับใช้นโยบายและกฎหมายที่ครอบคลุม การติดฉลากอาหาร การควบคุมการตลาด และมาตรการภาษีหรือเงินอุดหนุน[1] องค์การยูนิเซฟเสนอแนะการดำเนินการแก้ไขปัญหาของความเหลื่อมล้ำในเด็กด้านโภชนาการ ยูนิเซฟ (UNICEF) รายงานว่าในปี 2025 โรคอ้วนได้กลายเป็นรูปแบบของภาวะทุพโภชนาการที่พบมากกว่าภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นทั่วโลก เด็กที่มีภาวะท้วมและเริ่มอ้วนจะเป็นโรคอ้วนได้ง่ายจะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจทั้งในช่วงวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ด้านจิตใจไม่มั่นใจในตนเองและเกิดความเครียด ด้านร่างกายได้แก่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวการหายใจอุดกั้นขณะหลับ การนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ เชาว์ปัญญาโดยเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐาน และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน เป็นโรคร้ายแรงในอนาคต เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจ และมะเร็งบางชนิด ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตสูงถึง 73%[4]

ปัจจัยที่ส่งผลให้มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ปัจจัยทางพันธุกรรมได้แก่ โรคทางพันธุกรรมและต่อมไร้ท่อ ความบกพร่องของฮอร์โมน มีรายงานว่าเด็กที่บิดามารดาอ้วนทั้งสองคนอาจมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนได้สูงถึงร้อยละ 80[5] ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมเนือยนิ่งใช้เวลาอยู่กับหน้าจอ ขาดการออกกำลังกายกิจกรรมทางกายน้อย พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม ได้แก่กินจุบจิบ ชอบรสหวาน รสมัน ของทอดอาหารประเภทแป้ง ของกรุบกรอบ[6] ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมชี้นำพฤติกรรมการกินของเด็ก เด็กจำนวนมากไม่ได้เลือกอาหารด้วยตัวเอง แต่ถูกชี้นำจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมทั้งที่บ้านและโรงเรียน[7] ซึ่งโรงเรียนเป็นปัจจัยทางโครงสร้างสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว การดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตของเด็ก เริ่มตั้งแต่ความคิดเห็นทัศคติของพ่อแม่เกี่ยวกับเด็กอ้วน โดยพบว่ายังมีความเชื่อหรือมายาคติในบางครอบครัวว่า “เด็กอ้วนคือเด็กแข็งแรง เด็กน่ารักและเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างดี” ส่งผลให้ผู้ปกครองไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกิน และอาจส่งเสริมให้เด็กบริโภคอาหารในปริมาณมากหรือรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงเกินความจำเป็น ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กได้ในระยะยาว ฐานะของครอบครัว งานวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่า เด็กที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีความเสี่ยงที่จะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนมากกว่าเด็กกลุ่มที่ครอบครัวฐานะดี ระดับการศึกษาของมารดาเป็นปัจจัยเสี่ยงของเด็กที่มีภาวะอ้วนชนิดรุนแรง อาชีพการทำงานของพ่อแม่ พ่อแม่ที่มีงานยุ่งไม่มีเวลาและเหนื่อยล้าต้องกินอาหารง่ายๆ แต่ไม่มีคุณภาพรีบเร่งกินเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดอิ่มเร็วหิวบ่อย ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อเด็กทั้งสิ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กปฐมวัยซึ่งเป็นวัยพื้นฐานของชีวิต[8]

ประเทศไทย แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขเป้าหมายที่ 1 ประชาชนสุขภาพดี ปัญหาอ้วนและน้ำหนักเกินเกณฑ์ ถูกกำหนดไว้ในการลดปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยของคนไทย จึงมีนโยบายการแก้ไขปัญหาของทั้งหน่วยงานระดับองค์กร ระดับภาค ระดับประเทศ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในหลายรูปแบบ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานด้านโภชนาการในเด็กปฐมวัย 0-5 ปี[9] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลจัดทำโครงการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบาย ที่ให้องค์การต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้มีการนำผลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม[10] กรุงเทพมหานครร่วมมือกับองค์ภาครัฐ และเอกชน ประกอบด้วย ผู้แทนจากสำนักอนามัย สำนักการศึกษา และสำนักงานการต่างประเทศหัวหน้าฝ่ายการพาณิชย์ สถานเอกอัครราชทูตราชอาณาจักรเดนมาร์กประจำประเทศไทย และผู้แทนจากบริษัทเอกชนกำหนดนโยบายยกระดับมาตรฐานโภชนาการดีมีคุณภาพ แก่เด็กในโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครทั้งสิ้น 437 แห่ง เพื่อทำให้โรงเรียนเป็นแหล่งโภชนาการที่มีคุณภาพกับเด็ก[11] ประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนเด็กน้ำหนักเกินและอ้วนเร็วที่สุด ผลการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2565 พบร้อยละภาวะน้ำหนักเกินปานกลางและรุนแรง ภาพรวมของประเทศ กรุงเทพ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ 11 15 9 12 12 และ 8[12] ปี 2566 ผลการประเมินคัดกรองทั้ง 13 เขตสุขภาพ พบอัตราการมีน้ำหนักเกินสูงทุกเขต เฉลี่ยโดยรวมระดับประเทศ ร้อยละ 8.9 ปี 2567 ภาพรวมของประเทศเด็กอ้วนร้อยละ 8.7 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ติดอันดับ 1 ใน 3 ของอาเซียน ซึ่งเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ใน

ระดับเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.13[13] เกินเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 8 จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กปฐมวัยเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในทุกภูมิภาคของประเทศไทย รวมถึงจังหวัดในภาคกลาง โดยเฉพาะจังหวัดสุพรรณบุรี

จังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วย 10 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ เมืองสุพรรณบุรี เดิมบางนางบวช ด่านช้าง บางปลาม้า ศรีประจันต์ ดอนเจดีย์ สองพี่น้อง สามชุก อู่ทอง และหนองหญ้าไซ ผลการดำเนินการคัดกรองเด็กปฐมวัยภาพรวมของจังหวัด ปี 2565 2566 2567 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 14.01 14.27 และ 14.29 ตามลำดับ ข้อมูลรายอำเภอ ของปี 2567 อำเภอบางปลาม้า ดำเนินการคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 70.2 ของกลุ่มเป้าหมาย แต่มีเด็กน้ำหนักเกิน ร้อยละ 15.96 สูงกว่าอำเภอที่ทำการประเมินได้ครอบคลุมมากกว่า จึงจัดว่าเป็นอำเภอที่มีร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในลำดับสูงเมื่อเทียบกับผลความครอบคลุมในการคัดกรอง[14]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินงานตามโครงการเด็กปฐมวัยสูงดีสมส่วน ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขที่แปลงนโยบายตามแผน 20 ปี กระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ ภายใต้การขับเคลื่อนงานในระดับตำบลผ่านกลไกคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากการศึกษาข้อมูลยังพบว่าปัญหาเด็กน้ำหนักเกินยังรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในวงกว้างซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตของประชาชนได้มาก และจากการศึกษาเอกสารตำรา และ งานวิจัยพบว่า รูปแบบแนวทางปฏิบัติมุ่งเน้นการให้ความรู้ การควบคุมดูแลด้านอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินของเด็กเป็นส่วนใหญ่ เป้าหมายการดำเนินการ คือ ชุมชน โรงเรียน สถานประกอบการด้านอาหาร แต่งานวิจัยด้านครอบครัวยังมีน้อย ตามที่กล่าวมาแล้วว่ามายาคติหรือความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับเด็กอ้วนของครอบครัวและสังคมส่งผลต่อน้ำหนักเด็ก ซึ่งจังหวัดสุพรรณบุรี ยังพบเด็กปฐมวัยที่มีภาวะน้ำหนักเกินในอัตราที่สูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในอำเภอบางปลาม้าที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2567 ต่อเนื่อง 2568 ทั้งที่ได้ดำเนินการตามนโยบายของจังหวัดและของกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกับอำเภออื่นในจังหวัด ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี ปัจจัยทางครอบครัว ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ทัศนคติ ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน พฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก ประกอบด้วย สภาพแวดล้อมในบ้าน วิธีการเลี้ยงดูด้านโภชนาการ พฤติกรรมแบบอย่างของผู้ปกครอง กฎิกาในบ้าน ความเป็นธรรมทางสุขภาพ[15, 16] โดยศึกษาในอำเภอ บางปลาม้า เพื่อประโยชน์ในการนำผลการวิจัยไปใช้วางแผนการดำเนินการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ครัวเรือนต่อเดือนกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัว ได้แก่ ความเกี่ยวพันกับเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็กประจำ รูปแบบครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมการ

ปฏิบัติของผู้ปกครองกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ครัวเรือนต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัว ได้แก่ ความเกี่ยวพันกับเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็กประจำ รูปแบบครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

3. ปัจจัยด้านการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

4. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัว และปัจจัยด้านการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กปฐมวัยอายุ 0–5 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนอนุบาลสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โรงเรียนเอกชน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1,937 คน โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กปฐมวัยอายุ 0–5 ปี จำนวน 350 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการสุ่มรายละ 1 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane[17] จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจัดทำบัญชีรายชื่อเด็กปฐมวัย ในโรงเรียนอนุบาลของสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐานและเอกชน อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เด็กทุกคนมีโอกาสได้รับการสุ่มเท่าเทียมกัน และไม่ได้ใช้โรงเรียนเป็นหน่วยในการสุ่ม จากนั้นเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยตามรายชื่อเด็กปฐมวัยที่จับสลากได้ จนครบ 350 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ปกครองอายุ 20 ปีขึ้นไป 1 คนต่อเด็ก 1 คน หากมีบุตรหลายคน ให้เลือกเข้าร่วมเพียง 1 คน โดยการจับสลาก

2. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. สามารถพูด ฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ

3. ย้ายที่อยู่จากพื้นที่ที่ดำเนินโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองมีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดและเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน ความเกี่ยวพันกับเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็กประจำ รูปแบบครอบครัว จำนวนสมาชิก

ในครอบครัว การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่และภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคอ้วนในเด็กประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่”, “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ตอบถูกให้ 1 ตอบผิดและไม่แน่ใจ ให้ 0 แบ่งระดับเป็น มาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และ น้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom[18]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ปกครองต่อเด็กจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนน (1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด, 5 = เห็นด้วยมากที่สุด) ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกจำนวน 2 ข้อ เชิงลบจำนวน 5 ข้อ แบ่งระดับเป็น มาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และ น้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom [18]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ปกครอง มี 20 ข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยคะแนนตั้งแต่ 1- 5 คะแนน (1 = ไม่เคยปฏิบัติ, 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ) ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งระดับเป็น มาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และ น้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ประยุกต์ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Bloom[18]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67-1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอทำการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยและการลงพื้นที่

2. ศึกษาข้อมูลสถานการณ์เด็กปฐมวัยอำเภอบางปลาม้าจากระบบฐานข้อมูล HDC ของจังหวัดสุพรรณบุรีการเก็บรวบรวม โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้พร้อมหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยไปติดต่อประสานงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และสำนักงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ในการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบและการส่งกลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติ binary logistic regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568 - 0156 ลงวันที่ 5 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

1.1ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 350 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 มีอายุเฉลี่ย 35.27 ปี (SD = 9.54) โดยอยู่ในช่วงอายุ 30–39 ปี ร้อยละ 43.43 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.00 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.86 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.00 สำหรับรายได้ครัวเรือนต่อเดือน อยู่ในช่วง 20,001–30,000 บาท ร้อยละ 38.57 โดยมีรายได้เฉลี่ย 24,887.14 บาทต่อเดือน (SD = 8,522.65)

1.2โครงสร้างครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวพันกับเด็กในฐานะมารดา ร้อยละ 56.29 ส่วนใหญ่เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กประจำ ร้อยละ 83.14 อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 49.71 ในครอบครัวมีสมาชิก 4–6 คน ร้อยละ 59.71

1.3การรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของเด็ก ร้อยละ 84.57 ภาวะการเจริญเติบโตของเด็กมีภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นร้อยละ 74.00

1.4ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.43 มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.29 มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.86

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางครอบครัวกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน รูปแบบครอบครัว การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ระดับทัศนคติ ระดับความรู้และระดับพฤติกรรม ($p < 0.05$)

3. ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย ได้แก่ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน ($p = .008$), ทัศนคติของผู้ปกครอง (Adjusted OR = .949, 95% CI: .921–.977, $p < .001$) และ พฤติกรรมของผู้ปกครอง (Adjusted OR = .895, 95% CI: .855–.936, $p < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า เด็กปฐมวัยมีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 26.00 ซึ่งถือว่าเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง สะท้อนว่าปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัยยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก[1]

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ครัวเรือนต่อเดือนกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ครัวเรือนต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย สามารถอภิปรายได้ว่า รายได้ของครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการบริโภคอาหารและการเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ สอดคล้องกับงานวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่า เด็กที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีความเสี่ยงที่จะน้ำหนักเกินและเป็นโรคอ้วนมากกว่าเด็กกลุ่มที่ครอบครัวฐานะดี [13]

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัว ได้แก่ ความเกี่ยวพันกับเด็ก ผู้เลี้ยงดูเด็กประจำ รูปแบบครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planed Behavior :TPB) ของ Ajzen[21] อธิบายว่า บุคคลมีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น และเมื่อมีโอกาสและสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจริง

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน และพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ปกครองกับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ระดับทัศนคติ ระดับความรู้ และระดับพฤติกรรมของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย สามารถอภิปรายได้ว่า การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ปกครองที่มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินมักตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลโภชนาการและการออกกำลังกายของเด็ก สอดคล้องกับแนวคิด Knowledge-Attitude-Practice (KAP) ซึ่งอธิบายว่าความรู้เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเมื่อบุคคลได้รับความรู้และเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง จะพัฒนาเป็นทัศนคติเชิงบวก และนำไปสู่การปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม Rogers[22]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

2. ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในเด็ก

3. ส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเพิ่มเติม

2. ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังบริบทชุมชนอื่นเพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัย

3. ควรศึกษารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในเด็กปฐมวัย

เอกสารอ้างอิง

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC).(2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. Lancet. 2017;390(10113):2627-42.
2. World Health Organization, Imperial College London.(2017). Tenfold increase in childhood and adolescent obesity in four decades [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 Oct 11 [cited 2025 Oct 19]. Available from: https://www.who.int/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who
3. Australian Government Department of Health and Aged Care.(2026). Healthy Food Partnership [Internet]. Canberra: Australian Government; [cited 2026 Jun 7]. Available from: https://www.health.gov.au/our-work/healthy-food-partnership/about-the-healthy-food-partnership

4. Thai Health Promotion Foundation.(2564). สถิติกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สสส.; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://resource.thaihealth.or.th

5. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH.(1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med. 1997;337(13):869-73.

6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(2563). รายงานสุขภาพคนไทย 2563: สองทศวรรษปฏิรูปการศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2568]. ได้จาก: รายงานสุขภาพคนไทย 2563

7. Jaichuen N, Vandevijvere S, Kelly B, Vongmongkol V, Phulkerd S, Tangcharoensathien V, et al.(2018). Unhealthy food and non-alcoholic beverage advertising on children's, youth and family free-to-air and digital television programmes in Thailand. BMC Public Health. 2018;18:737

8. Spinelli A, Buoncristiano M, Kovacs VA, Yngve A, Spiroski I, Obreja G, et al.(2019). Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries. Obes Facts. 2019;12(2):244–58. doi:10.1159/000500436

9. กรมอนามัย.(2567). กรมอนามัยเปิดตัว Model พลัง 3 สร้าง แก้ปัญหาเด็กปฐมวัยไทยเตี้ย ผอม อ้วน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2568]. ได้จาก: กรมอนามัยเปิดตัว Model พลัง 3 สร้าง แก้ปัญหาเด็กปฐมวัยไทย เตี้ย ผอม อ้วน

10. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.(2563). ก้าวต่อไปกับการจัดการปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย: โครงการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายเพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กไทย (Childhood Overweight and Obesity Policy Research). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.

11. Jutiporn.(2565). เดินหน้าโครงการ “อย่าปล่อยให้เด็กอ้วน” รณรงค์ลดหวาน มัน เค็ม ป้องกันอาหารและเครื่องดื่ม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2565 [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: เว็บไซต์ สสส.

12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565: รายงานสรุปผลที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566 [สืบค้นเมื่อ 5 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/reports/thailand-multiple-indicator-cluster-survey-2022

13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2565). ตัวชี้วัดที่ 1.8 ร้อยละเด็กอายุ 0–5 ปี สูงดีสมส่วน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565 [สืบค้นเมื่อ 6 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/kpi65

14. เขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข.(2567). บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2567 รอบ 1 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: HDC Dashboard กรมอนามัย

15. Davison KK, Birch LL.(2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. Obes Rev. 2001;2(3):159-71. doi:10.1046/j.1467-789X.2001.00036.x.

16. Vaughn AE, Ward DS, Fisher JO, Faith MS, Hughes SO, Kremers SPJ, et al.(2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. Nutr Rev. 2016;74(2):98-117. doi:10.1093/nutrit/nuv061.

17. Yamane, T. (1973). Statistics: An introductory analysis (3rd ed.). Harper & Row.

18. นัยนา อรัมสัจจากุล, และ อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. (2568). สุขภาพเด็กปฐมวัยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนสังกัดเทศบาลเมืองศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย, 4(3), 133–146.

19. อภิชญา อาจอารัญ, และ ธิติรัตน์ ราศิริ. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 19(1), 116–131.

2 0 . Bloom BS.(1980). The new direction in educational research: alterable variables. Phi Delta Kappan. 1980;61(6):382-5.

21. Ajzen I.(1991). The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211.

22. Rogers EM.(2003). Diffusion of Innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL.11 NO.3 July - September 2026

Part II

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026
Part 2

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

พัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 325
สกาวรัตน์ ศรีชุ่มจิตร ,อรอนงค์ วิชัยคำ ,กุลวดี อภิชาติบุตร

การพัฒนารูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร 334
วลัยพรรณ เคะนะอ่อน

อิทธิพลของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 346
กิ่งแก้ว พรอภิรักษสกุล ณัฐสพันธ์ เผ่าพันธ์

การเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด : รูปแบบการประเมินและผลลัพธ์ของโครงการ TO BE NUMBER ONE ในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด 353
วิทยา โคตรท่าน

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “เบาหวานจัดการได้” (DM Managed Care) ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี 365
ชนะ หอมจันทร์ ,วัชรากรณ์ ยุตะวัน ,ยุภาพร สืบสุนทร

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัด ขอนแก่น 375
สุภัทรา อามาตย์

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร 385
ตระกูลไทย ฉายแม้น

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา 399
สมรทิพย์ วิภาวนิช

ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดจันทบุรี 408
สิริลักษณ์ บัวเย็น ,พงศ์ธนัช ขาวกระโทก ,ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ 418
รัดเกล้า วงษ์กาวิน ,เจษฎาภรณ์ อิกำเหนิด

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม 427
ยศสรัล พิมพา

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท 441
ไพโรจน์ พุดลา

ผลของการพัฒนาสื่อเว็บเบสแอพพลิเคชั่น เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานสำหรับนิสิตพยาบาลต่อความมั่นใจ และทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐานในห้องปฏิบัติการพยาบาล 449
อรพิญ บัวงาม ,พรเทพ โรจนวสุ ,วิชานีย์ ใฉมาลัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความเชื่อมั่นกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติในกรุงเทพมหานคร 457
กมลทิพย์ ดวงจันทร์

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ 468
ทิวาวรรณ สกุลจันทร์ ,อารีย์ บุตรสอน ,นพดล พิมพ์จันทร์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 483
จันจิรา ชวดศรี ,ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร ,กัลย์สุดา จูเจ้ย ,ชาคริญา นิลสกุล ,ณัฐนันท์ ชูสีอ่อน ,สิรภัทร บุญสนอง

ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง: ความจำเป็นหรือตั้งใจ 493
วรุณศิริ ปราณีธรรม ,ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026Part 2

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยา Tranexamic acid ทางหลอดเลือดดำเพื่อลดการสูญเสียโลหิต และให้เลือดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร 500
สิทธิโชค พรหมเกาะ

การสัมผัสแนฟทาลีนจากการประกอบอาชีพและการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางในเขตเมือง 510
ศศิธร ศรีมีชัย

ผลลัพธ์ของโครงการป้องกันผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก (Phanat FLS) โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี 520
พีรพัฒน์ วัฒนานนท์

การพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดระยะเวลาการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน 525
สัตกช โพธิ์คำ

การพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 536
ขวัญทิชา อินชาวนา เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์

ผลของรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชั่นต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ 546
มลิจันทร์ เกียรติสังวร ,จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์ ,สาวิตรี แจ่มถาวร

แบบจำลองสมการโครงสร้างของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 558
นฤนาท ยืนยง ,วนัสรา เชาวน์นิยม ,จรรยา เสียงเสนาะ

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บเพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานในบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ 568
อัจฉรา ม่วงศรี

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี 575
เกษรา เวทยานนท์

สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 587
ณิชทินันทน์ อยู่สายบัว ,อรอนงค์ วิชัยคำ ,กุลวดี อภิชาติบุตร

การเปรียบเทียบองค์ประกอบ แนวคิดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย และหลักฐานทางเภสัชวิทยาของยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ 595
ระพีพร ชนะภักดิ์ ,พิทักษ์ ศรีสน ,อัชฌา สมนึก

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แบบบูรณาการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม 603
สิโรนี ฟองแก้ว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังในบุคลากรของสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ “องค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล” โปรแกรมมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน 610
เพ็ญพรรณ นุชนารถ ,ภาสินี วันฟู ,วรรณา จงจิตรไพศาล

การศึกษาระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดสุพรรณบุรี และการทบทวนมาตรการเกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 618
เทิดศักดิ์ จารุจารีต

ผลของโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 628
สุจริต ศรียางค์

การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดูแลและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุราโดยชุมชนด้วยกลไก “ธรรมนำทาง” กรณีศึกษาศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี 637
อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากูล ,อนุธิดา ขันทะมูล ,สุวิทย์ชัย ทองกูล

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 43 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป การใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน การพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย รูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Development of Nurse Competency Framework in Orthopedics Critical Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

(Received: September 3,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

สกาวรัตน์ ศรีชุ่มจิตร[1] อรอนงค์ วิชัยคำ[2] กุลวดี อภิชาติบุตร[3]
Sakaowarat Srichumjit[1] Orn–Anong Wichaikhum[2] Kulwadee Abhicharttibutra[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยประยุกต์กลยุทธ์การพัฒนากรอบสมรรถนะของ Marrelli et al. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลวิกฤตออร์โธปิดิกส์ จำนวน 6 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบบันทึกรายการสมรรถนะ และแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ และพัฒนากรอบสมรรถนะฉบับร่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ของสมรรถนะเป็นรายข้อ

ผลการวิจัยพบว่า กรอบสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วย สมรรถนะหลัก 3 ด้าน แบ่งเป็นสมรรถนะย่อย 12 ข้อ และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 93 ข้อ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการดูแลระบบทางเดินหายใจผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 3 ข้อ และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 21 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือดผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 4 ข้อ และมีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 33 ข้อ และ3) สมรรถนะด้านการดูแลระบบกล้ามเนื้อและกระดูกผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 5 ข้อ และมีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 39 ข้อ

คำสำคัญ: สมรรถนะ กรอบสมรรถนะ พยาบาล ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์

Abstract

This survey research aimed to develop a competency framework for nurses in the orthopedic critical care unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital by applying the competency framework development strategy of Marrelli et al. (2005). The study population included six experts in orthopedic critical care nursing and samples consisted of six specialists. The research tools consisted of a competency checklist and semi-structured open-ended interview questions. Data were collected through a literature review related to the topic, interviews with experts in orthopedic critical care nursing and development of a draft competency framework. Data analysis was conducted by content analysis and calculating the item content validity index for each competency behavioral indicator.

The results showed that the competency framework for nurses in the orthopedic critical care unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital comprises 3 main competency domains divided into 12 sub-competencies with a total of 93 behavioral indicators as follows: 1) Competency in respiratory system care for orthopedics critical patients, comprising 3 sub-competencies with 21 behavioral indicators 2) Competency in cardiovascular system care for orthopedics critical patients, comprising 4 sub-competencies

[1] นักศึกษามหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจารย์ประจำสาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[3] รองศาสตราจารย์ ดร.อาจารย์ประจำสาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

with 33 behavioral indicators and3) Competency in musculoskeletal system care for orthopedics critical patients, comprising 5 sub-competencies with 39 behavioral indicators.

Keywords: Competency, Competency Framework, Nurses, Orthopedics Critical Care

บทนำ

โรคทางออร์โธปิดิกส์เป็นโรคของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ครอบคลุมทั้งโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บและไม่เกิดจากการบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก ข้อเสื่อม และกระดูกพรุน[1,2] ทั้งนี้โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากอุบัติเหตุทางถนน โดยในช่วงปี พ.ศ. 2561–2565 มีผู้บาดเจ็บรุนแรงสะสมมากกว่า 1.17 ล้านคน และมีผู้พิการกว่า 53,000 คน[3] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักได้รับบาดเจ็บหลายระบบร่วมกับภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต เช่น การเสียเลือด การบาดเจ็บของเส้นเลือดและเส้นประสาท ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงเฉียบพลัน และภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือด[4,5] ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีโรคทางออร์โธปิดิกส์ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าประชากรทั่วไป[6,7]

ผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยอาศัยการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง[8,9] พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์จึงต้องมีสมรรถนะเฉพาะทาง ทั้งด้านการประเมินภาวะวิกฤต การดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและปลอดภัย[10-12]

สมรรถนะ (Competency) คือ ความสามารถของบุคคลที่สามารถวัดได้ และจำเป็นต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในมิติของการกำหนดกรอบสมรรถนะนั้น เป็นการจัดระเบียบขีดความสามารถที่จำเป็นในงานเฉพาะด้าน เพื่อให้บุคลากรเข้าใจและนำไปพัฒนาศักยภาพได้จริง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้กำหนดสมรรถนะกลางไว้ แต่หน่วยงานต้องกำหนดสมรรถนะเฉพาะทาง (Specific Competency) เอง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการทำงาน[13-15]

หอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ รับดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีภาวะวิกฤตหรือเสี่ยงเข้าสู่ภาวะวิกฤต ให้ได้รับการดูแลที่ทันเวลา ได้รับการบรรเทาและลดความรุนแรงของภาวะวิกฤต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและได้รับการดูแลต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม สมรรถนะของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ยังขาดกรอบที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานเฉพาะทาง ส่งผลให้การกำหนดมาตรฐาน การพัฒนาศักยภาพ และการประเมินสมรรถนะยังไม่มีทิศทางที่เป็นระบบ ดังนั้น การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์จึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากร ยกระดับคุณภาพการพยาบาล และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ให้ครอบคลุมกับบริบทและลักษณะการให้บริการของหอผู้ป่วย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2569 ใช้แนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะของ Marrelli et al.[13] ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้สนับสนุน 3) พัฒนาแผนการ

สื่อสาร แผนการให้ความรู้ และการดำเนินการตามแผน 4) การวางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล 5) ระบุสมรรถนะและสร้างกรอบสมรรถนะ 6) การนำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ และ7) ประเมินผลและปรับปรุงกรอบสมรรถนะให้ทันสมัย ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการศึกษา จึงนำมาใช้เพียง 5 ขั้นตอนแรกเท่านั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน และ2) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ทำหน้าที่ในการตรวจ และประเมินกรอบสมรรถนะฉบับร่าง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญและเข้าใจลักษณะงานด้านการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์เป็นอย่างดี ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ในสังกัดภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อาจารย์พยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่นิเทศด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต อาจารย์พยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่นิเทศด้านการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งผู้ตรวจการ งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ และพยาบาลวิชาชีพตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ในการศึกษานี้ใช้ทั้งประชากร และในส่วนของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ในสังกัดภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่นิเทศด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่นิเทศด้านการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งผู้ตรวจการ งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกรายการสมรรถนะและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น 3) เครื่องบันทึกเสียง และ4) แบบประเมินกรอบสมรรถนะ(ฉบับร่าง) ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์จากตำรา วารสารทั้งต่างประเทศและภายในประเทศ สังเคราะห์เป็นกรอบสมรรถนะสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมข้อมูจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กำหนดเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้ศึกษานำข้อมูลสมรรถนะที่ได้มาบูรณาการ และกำหนดเป็นกรอบสมรรถนะ(ฉบับร่าง) ของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และประเมินความตรงของเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อ (I-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน เกณฑ์การยอมรับค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้ออย่างน้อย 0.78[16] สรุปเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จริยธรรมงานวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 138/2568 และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 489/68 COA-NUR136/68 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 3 ด้าน แบ่งเป็น 12 สมรรถนะย่อย และมีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 93 ข้อ ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการดูแลระบบทางเดินหายใจผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 3 ข้อ และมีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 21 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) ด้านการตรวจและประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านการจัดการภาวะวิกฤตในระบบทางเดินหายใจ มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ และ3) ด้านการจัดการและดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ในระบบหายใจ มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ

2. สมรรถนะด้านการดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือดผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 4 ข้อ และมีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 33 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) ด้านตรวจและการประเมินความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านการจัดการภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านการบริหารจัดการสารน้ำ ผลิตภัณฑ์จากเลือดและยาที่มีความเสี่ยงสูง มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 9 ข้อ และ4) ด้านการจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีในระบบหัวใจและหลอดเลือด มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 4 ข้อ

3. สมรรถนะด้านการดูแลระบบกล้ามเนื้อและกระดูกผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 5 ข้อ และมีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 39 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1) ด้านการตรวจและประเมินความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการจัดการภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์ มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการดูแลบาดแผลและการดูแลหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 10 ข้อ และ5) ด้านการจัดการและดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์ มีพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อภิปรายได้ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการดูแลระบบทางเดินหายใจผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ หมายถึง ความสามารถในการตรวจประเมินลักษณะการหายใจและเสียงหายใจที่ผิดปกติ เพื่อจำแนกโรคในระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ร่วมกับการจัดการภาวะวิกฤต โดยครอบคลุมจัดการและดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ในระบบหายใจอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย

1.1 สมรรถนะด้านการตรวจและประเมินความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ พยาบาลต้องสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของระบบทางเดินหายใจในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่คุกคามชีวิต เช่น ภาวะไขมันอุดหลอดเลือด ภาวะลิ่มเลือดอุดหลอดเลือดปอด ปอดอักเสบจากการนอนติดเตียง และการกดการหายใจจากกลุ่มยา opioids[17-19] ด้วยเหตุนี้ พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านนี้ ซึ่งช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 สมรรถนะด้านการจัดการภาวะวิกฤตในระบบทางเดินหายใจ

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์มักมีความเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ทั้งจากการบาดเจ็บรุนแรงที่ส่งผลต่อกลไกการหายใจ ตลอดจนผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioids ที่อาจกดการหายใจและลดความสามารถในการขับเสมหะ[17] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของพยาบาลวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ในการพัฒนาองค์ความรู้เชิงลึกและทักษะปฏิบัติขั้นสูง เพื่อรับมือกับพยาธิสภาพที่ซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มนี้[20] พยาบาลวิกฤตออร์โธปิดิกส์ที่มีสมรรถนะครบถ้วนในด้านนี้ จะสามารถตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทางระบบทางเดินหายใจได้อย่างทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อน และนำผู้ป่วยกลับสู่การหายใจด้วยตนเองได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

1.3 สมรรถนะด้านการจัดการและดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ในระบบหายใจ

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์จำนวนมากต้องการการส่งเสริมระบบทางเดินหายใจด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่หลากหลาย ความคลาดเคลื่อนในการจัดการเครื่องมือทางการแพทย์ด้านระบบทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ซึ่งรวมถึง ventilator-associated events (VAE) ที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล[17,19] พยาบาลวิกฤตออร์โธปิดิกส์จำเป็นต้องมีความสามารถในการจัดการและดูแลเครื่องมือทางการแพทย์ในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งถือเป็นสมรรถนะที่มีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2. สมรรถนะด้านการดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือดผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ หมายถึง ความสามารถในการตรวจและการประเมินความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อระบุภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เป็นอันตราย รวมถึงการจัดการภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด ครอบคลุมไปถึงการบริหารจัดการสารน้ำ ผลิตภัณฑ์จากเลือด และยากลุ่มความเสี่ยงสูงอย่างปลอดภัย โดยจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีในการติดตามดูแลอย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

2.1 สมรรถนะด้านการตรวจและประเมินความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์มักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายลักษณะต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งจากการบาดเจ็บโดยตรง การสูญเสียเลือดปริมาณมาก ผลข้างเคียงของการผ่าตัดขนาดใหญ่ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเคลื่อนไหวจำกัดในระยะพักฟื้น รวมถึง

ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจในช่วงการผ่าตัด เช่น perioperative myocardial infarction ที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย[17] สมรรถนะด้านการตรวจและประเมินความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกัน และตรวจจับภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 สมรรถนะด้านการจัดการภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ มักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งจากภาวะเสียเลือดรุนแรง ภาวะช็อก การเกิดลิ่มเลือดอุดหลอดเลือด และภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน นอกจากนี้ การจำแนกประเภทของภาวะช็อกได้อย่างถูกต้องเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากแนวทางการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง hypovolemic shock การเสียเลือด distributive shock จาก sepsis obstructive shock จาก massive PE และ cardiogenic shock ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจเป็นโรคร่วม[19,21] พยาบาลวิกฤตออร์โธปิดิกส์ต้องมีสมรรถนะในการดำเนินการแก้ไข ตามหลักการรักษาที่เหมาะสมสำหรับช็อกแต่ละประเภท การมีสมรรถนะที่ครบถ้วนในด้านนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน แต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดคุณภาพการฟื้นฟู และผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์

2.3 สมรรถนะด้านการบริหารจัดการสารน้ำ ผลิตภัณฑ์จากเลือด และยาที่มีความเสี่ยงสูง

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ มักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ hemodynamic instability จากหลายสาเหตุ ทั้งการเสียเลือด ภาวะช็อก ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และผลข้างเคียงของยา พยาบาลต้องความสามารถในการบริหารจัดการสารน้ำ ผลิตภัณฑ์เลือด และยาที่มีความเสี่ยงสูง ตามมาตรฐานความปลอดภัย[19,22] การที่พยาบาลวิกฤตออร์โธปิดิกส์มีสมรรถนะด้านนี้ จะเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและสารน้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่หลีกเลี่ยงได้

2.4 สมรรถนะด้านการจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีในระบบหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ มักต้องการการติดตามระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีการติดตามผู้ป่วยที่ซับซ้อน[19,23] สมรรถนะด้านการจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี จึงเป็นสมรรถนะที่ขาดไม่ได้ เนื่องจากส่งผลผลโดยตรงต่อความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และยังต้องการการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3. สมรรถนะด้านการดูแลระบบกล้ามเนื้อและกระดูกผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ หมายถึงความสามารถในตรวจและประเมินความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติของหลอดเลือดและเส้นประสาท โดยมุ่งเน้นการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนวิกฤตทางออร์โธปิดิกส์ พร้อมทั้งให้การพยาบาลการดูแลบาดแผล และการดูแลหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ อีกทั้งยังครอบคลุมถึงการจัดการความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และการดูแลอุปกรณ์การแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์อย่างถูกต้องและปลอดภัย ประกอบด้วย

3.1 สมรรถนะด้านการตรวจและประเมินความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์แตกต่างจากผู้ป่วยวิกฤตในหน่วยงานอื่น เพราะความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียสมรรถภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อ

ระบบอวัยวะสำคัญอื่นๆ[17,21] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการมีความรู้เฉพาะทางที่และทักษะการประเมินที่ครอบคลุม เพื่อจัดการกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่คุกคามชีวิต และอาจส่งผลให้สูญเสียแขนขาอย่างถาวรในผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์

3.2 สมรรถนะด้านการจัดการภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์มีลักษณะเฉพาะที่ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิตและอวัยวะ ทั้งจากการบาดเจ็บโดยตรง ผลของการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ผลข้างเคียงของยา และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน[17,21] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่พยาบาลวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ต้องมีองค์ความรู้เฉพาะทาง ทักษะการประเมิน และวิจารณญาณทางคลินิกขั้นสูงในการรับมือกับความเสี่ยงพยาธิสภาพซ้อนหลายระบบ อันเป็นรากฐานสำคัญในการรักษาชีวิต ฟื้นฟูสมรรถภาพ และยกระดับคุณภาพความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์

3.3 สมรรถนะด้านการดูแลบาดแผลและการดูแลหลังผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์

ผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ มักได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ขนาดใหญ่ มีลักษณะเฉพาะที่ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระยะหลังผ่าตัด ทั้งจากขนาดของบาดแผล ระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนาน การสูญเสียเลือดในปริมาณมาก และการใช้อุปกรณ์โลหะหรือวัสดุสังเคราะห์ที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ[24,25] การพัฒนาสมรรถนะนี้ ถือเป็นกลไกรักษาความปลอดภัยขั้นสูงสุดที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการลดภาวะแทรกซ้อนวิกฤตหลังผ่าตัด ป้องกันการสูญเสียอวัยวะ และรักษาชีวิตของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

3.4 สมรรถนะด้านการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

ความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่พบบ่อยและรุนแรงที่สุดในผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของพยาบาลวิกฤตในการพัฒนาความเชี่ยวชาญเพื่อจัดการความเจ็บปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงที่มีอุบัติการณ์สูงกว่าร้อยละ 75 ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ความเจ็บปวดเรื้อรังหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ[19,26] การมีสมรรถนะด้านนี้ ถือเป็นการยกระดับคุณภาพการจัดการความเจ็บปวด ลดภาวะแทรกซ้อน เร่งการฟื้นตัว และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

3.5 สมรรถนะด้านการจัดการและดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ทางออร์โธปิดิกส์

บริบทของหอผู้ป่วยมีการใช้อุปกรณ์ทางออร์โธปิดิกส์ที่หลากหลายและซับซ้อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง[27] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของพยาบาลวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ในการบูรณาการความรู้และทักษะการประเมินทางคลินิกอย่างครบถ้วน เพื่อยับยั้งและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอุปกรณ์เฉพาะทางที่มีอุบัติการณ์สูง และอาจนำไปสู่การสูญเสียแขนขาหรือการเสียชีวิตได้ ถือเป็นเป็นกลไกสำคัญในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ และยกระดับผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สามารถนำกรอบสมรรถนะที่ได้นี้ไปสร้างแบบประเมินสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ ได้

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถ

นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางเตรียมความพร้อมพยาบาลที่จะปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ และพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

3. พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์สามารถนำกรอบสมรรถนะไปใช้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองในด้านความรู้ ทักษะต่างๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะจากกรอบสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. การศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดการศึกษาครั้งนี้อีก 2 ขั้นตอนให้ครอบคลุมทั้ง 7 ขั้นตอนของ Marrelli et al. (2005)[13] ได้แก่ การนำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ และประเมินผลและปรับปรุงกรอบสมรรถนะให้ทันสมัย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความเมตตากรุณาจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรอนงค์ วิชัยคำ ผู้คอยชี้แนะให้คำปรึกษาอย่างใส่ใจเมตตาด้วยความอบอุ่นตลอดระยะเวลาในการศึกษาวิจัย ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือวิจัย และความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณครอบครัว รวมถึงกัลยาณมิตรทั้งหลาย โดยเฉพาะเพื่อนๆร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในทุกการสนับสนุน ขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ธีรชัย อภิวรรธกกุล. เคล็ดลับทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
2. วรรณี สัตย์วิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็นพีเพรส; 2551.
3. กรมควบคุมโรค กองป้องกันการบาดเจ็บ. ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ. กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://dip.ddc.moph.go.th/new/
4. นรเทพ กุลโชติ. ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์: ภาวะแทรกซ้อนของการรักษากระดูกหัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. ทรัสต์ อัส; 2562.
5. ปิยธิดา อยู่สุข, ปิยะ เกียรติเสวี. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกกระดูก. ใน: ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ลยานันท์, สุขใจ ศรีเพียรเอม, บรรณาธิการ. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง; 2555. หน้า 167-183.
6. Folbert EC, Hegeman JH, Gierveld R, Van Netten JJ, Velde DVD, Ten Duis HJ, et al. Complications during hospitalization and risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. Arch Orthop Trauma Surg. 2017;137:507-15.
7. Wiedl A, Förch S, Fenwick A, Mayr E. Incidence, risk-factors and associated mortality of complications in orthogeriatric co-managed inpatients. Geriatr Orthop Surg Rehabil. 2021;12:1-7. doi:10.1177/2151459321998314.
8. กรมการแพทย์. ระบบบริการทางการแพทย์. ใน: Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557). สำนักที่ปรึกษา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557. หน้า 2-1 - 2-32.
9. Basar Z, Cilingir D. Evaluating ethical sensitivity in surgical intensive care nurses. Nurs Ethics. 2019;26(7-8):2384-97. doi:10.1177/0969733018792739.

10. American Association of Critical-Care Nurses. AACN's competence framework for progressive and critical care: initial competency 2022 [Internet]. 2022 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.aacn.org/~/media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacn-competence-framework-2022.pdf
11. The World Federation of Critical Care Nurses. International Best Practices in Critical Care Nursing. 2nd ed. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://wfccn.org/wp-content/uploads/2020/06/Chapter-1-pp1-6_FINAL.pdf
12. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: พี.เค.เค.พริ้นติ้ง; 2565.
13. Marrelli AF, Tondora J, Hoge MA. Strategies for developing competency models. Adm Policy Ment Health. 2005;32(5-6):533-61. doi:10.1007/s10488-005-3264-0.
14. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. คู่มือการบันทึกข้อมูลแผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Plan : IDP). เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่; 2562.
15. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
16. 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. doi:10.1002/nur.2014.
17. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Priorities in critical care nursing. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2022.
18. Jarvis C. Physical examination and health assessment. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2020.
19. Sole ML, Klein DG, Moseley MJ. Introduction to critical care nursing. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
20. Mellor A, Soni N. Fat embolism. Anaesthesia. 2001;56(2):145-54. doi:10.1046/j.1365-2044.2001.01724.x.
21. Browner BD, Jupiter JB, Krettek C, Anderson PA. Skeletal trauma: Basic science, management, and reconstruction. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
22. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Crit Care Med. 2021;49(11):e1063-e143.
23. Gustilo RB, Anderson JT. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones: Retrospective and prospective analyses. J Bone Joint Surg Am. 1976;58(4):453-8.
24. Morton PG, Fontaine DK. Critical care nursing: A holistic approach. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
25. กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์. ระบบการไหลเวียนโลหิตและการให้สารน้ำ. ใน: กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, บรรณาธิการ. เวชบำบัดวิกฤตศัลยศาสตร์ในเวชปฏิบัติ (Surgical Critical Care in Practice). เชียงใหม่: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560. หน้า 57-77.
26. Overdyk FJ, Dowling O, Marino J, Bhatt S, Bennett M, Ren Y, et al. Association of opioids and sedatives with increased risk of in-hospital cardiopulmonary arrest from an administrative database. PLOS ONE. 2014;9(9):e110458. doi:10.1371/journal.pone.0110458.
27. Court-Brown CM, Heckman JD, McQueen MM, Ricci WM, Tornetta P 3rd, McKee MD. Rockwood and Green's fractures in adults. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
28. Crowther MA, Warkentin TE. Bleeding risk and the management of bleeding complications in patients undergoing anticoagulant therapy: Focus on new anticoagulant agents. Blood. 2008;111(10):4871-9. doi:10.1182/blood-2007-10-120543.

การพัฒนารูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร

Development of the NANGOI Fall Prevention Model to Prevent Falls among Older Adults through Community Participation in Ban Nangoi, Tao Ngoi Subdistrict, Sakon Nakhon Province, Thailand.

(Received: September 3,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

วลัยพรรณ เคะนะอ่อน[1]
Walaipan Kenaon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผล NANGOI Fall Prevention Model ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตามวงจร PAOR จำนวน 2 วงรอบ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และผู้ร่วมดำเนินการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 14 คน ทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT), Timed Up and Go Test (TUG), 30-Second Chair Stand Test แบบติดตามการดำเนินโปรแกรม และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการศึกษา: NANGOI Fall Prevention Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ N–Network Partnership, A–Assessment, N–Need and Knowledge, G–Group Exercise, O–Ongoing Home Exercise และ I–Implementation, Evaluation and Follow-up หลังใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจาก 12.80 ± 2.40 เป็น 18.90 ± 1.80 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจาก 33.70 ± 5.20 เป็น 44.80 ± 4.10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย Thai-FRAT ลดลงจาก 8.40 ± 2.10 เป็น 4.90 ± 1.80 คะแนน ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดสอบ TUG ลดลงจาก 12.80 ± 2.60 เป็น 10.90 ± 1.80 วินาที และจำนวนครั้งเฉลี่ยในการทดสอบ 30-Second Chair Stand เพิ่มขึ้นจาก 10.30 ± 2.40 เป็น 13.90 ± 2.60 ครั้ง ผลลัพธ์ทั้ง 5 ด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ไม่พบการหกล้มระหว่างการติดตาม 12 สัปดาห์ และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.80 ± 0.29 คะแนน)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; การหกล้ม; การป้องกันการหกล้ม; การมีส่วนร่วมของชุมชน; NANGOI Fall Prevention Model

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the NANGOI Fall Prevention Model for preventing falls among older adults in the community. This action research was conducted through two cycles of Planning, Action, Observation, and Reflection (PAOR) from December 2025 to May 2026. The participants comprised 50 older adults at risk of falling, selected through purposive sampling, while 14 village health volunteers participated in the implementation. The model was implemented over a 12-week period. The research instruments included a fall-prevention knowledge questionnaire, a fall-prevention behavior questionnaire, the Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT), the Timed Up and Go Test (TUG), the 30-Second Chair Stand Test, a program implementation monitoring form, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: The NANGOI Fall Prevention Model consisted of six components: N–Network Partnership, A–Assessment, N–Need and Knowledge, G–Group Exercise, O–Ongoing Home Exercise, and I–Implementation,

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนปลาโหล ตำบลเต่างอย อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร

Evaluation and Follow-up. After the 12-week implementation, the mean fall-prevention knowledge score increased from 12.80 ± 2.40 to 18.90 ± 1.80, and the mean fall-prevention behavior score increased from 33.70 ± 5.20 to 44.80 ± 4.10. The mean Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) score decreased from 8.40 ± 2.10 to 4.90 ± 1.80, while the mean Timed Up and Go Test (TUG) time decreased from 12.80 ± 2.60 to 10.90 ± 1.80 seconds. The mean number of repetitions in the 30-Second Chair Stand Test increased from 10.30 ± 2.40 to 13.90 ± 2.60. All five outcomes improved significantly ($p < 0.001$). No falls occurred during the 12-week follow-up period, and the overall satisfaction score was at the highest level (4.80 ± 0.29)
Keywords: older adults; falls; fall prevention; community participation; NANGOI Fall Prevention Model

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่เจตนาอันดับสองรองจากอุบัติเหตุทางถนน ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มประมาณ 684,000 คน และเกิดเหตุการณ์หกล้มที่รุนแรงจนต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ประมาณ 37.3 ล้านครั้ง มากกว่าร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเป็นกลุ่มที่มีจำนวนการหกล้มถึงแก่ชีวิตสูงที่สุด[1] การหกล้มจึงไม่ใช่เหตุการณ์ปกติของความสูงอายุ แต่เป็นปัญหาที่สามารถประเมิน ป้องกัน และลดความรุนแรงได้ หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กัน ทั้งปัจจัยภายในบุคคล เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น ประวัติการหกล้ม กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความผิดปกติของการเดินและการทรงตัว ภาวะเปราะบาง โรคเรื้อรัง การใช้ยาหลายชนิด ความบกพร่องด้านการมองเห็นและการรับรู้ รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ สิ่งกีดขวาง และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบจากการหกล้มมีตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย กระดูกหัก การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะพึ่งพิง ความกลัวการหกล้ม การจำกัดกิจกรรม ตลอดจนการเสียชีวิต แนวทางระดับสากลจึงเสนอให้คัดกรองความเสี่ยง ประเมินปัจจัยเสี่ยงแบบหลายมิติ และจัดทำมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับปัญหาและระดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุแต่ละราย[2]

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 13.19 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.97 ของประชากรทั้งหมด[3] การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุทำให้การส่งเสริมสมรรถภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวในชุมชนมีความสำคัญมากขึ้น แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุของกรมการแพทย์สนับสนุนให้มีการคัดกรองความเสี่ยง ประเมินการเดิน การทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ร่วมกับการจัดการปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการติดตามอย่างต่อเนื่อง[4]

แนวทาง Integrated Care for Older People (ICOPE) ฉบับที่ 2 ขององค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยประเมินการลดลงของความสามารถภายในบุคคล ทั้งด้านการเคลื่อนไหว การรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน ภาวะโภชนาการ และสุขภาพจิต ควบคู่กับความต้องการด้านสุขภาพและสังคม เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลในระดับปฐมภูมิและชุมชน แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการป้องกันการหกล้ม ซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมโยงการประเมินความเสี่ยง การส่งเสริมสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามโดยทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ[5] หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการออกกำลังกายที่เน้นการทรงตัว การเดิน และความแข็งแรง

ของกล้ามเนื้อสามารถช่วยลดความเสี่ยงและการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้ โดยโปรแกรมควรมีความท้าทายต่อการทรงตัว มีระดับความหนักเหมาะสม และปรับตามสมรรถภาพของแต่ละบุคคล[6] โปรแกรม Otago Exercise Program เป็นแนวทางการออกกำลังกายที่ผสมผสานการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การฝึกการทรงตัว และการเดิน ผลการศึกษาพบว่าสามารถส่งเสริมความแข็งแรง การทรงตัว ความสามารถในการเคลื่อนไหว และลดความกลัวการหกล้มได้อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ของโปรแกรมขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอในการฝึก การปรับท่าให้เหมาะกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุ การกำกับความปลอดภัย และระบบสนับสนุนให้สามารถฝึกต่อเนื่องที่บ้าน สามารถลดความเสี่ยงและอัตราการหกล้มได้[7-9]

สถานการณ์บ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร พบผู้สูงอายุทั้งหมด 250 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 82.80 และพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง ในช่วง 1 ปีก่อนพัฒนารูปแบบพบผู้สูงอายุหกล้มจำนวน 10 คน บางรายได้รับบาดเจ็บรุนแรง ได้แก่ กระดูกสะโพก กระดูกต้นขา หรือกระดูกข้อมือหัก และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจำนวน 1 คน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางส่วนเกิดความกลัวการหกล้ม ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว และลดการทำกิจกรรม ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง

การวิเคราะห์ระบบการดูแลเดิมพบว่า การคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยงยังไม่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลรายบุคคล การส่งเสริมความรู้และการฝึกสมรรถภาพยังขาดความต่อเนื่อง ขณะที่การติดตามโดยพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายยังไม่มีรูปแบบการประสานงานที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงพัฒนา NANGOI Fall Prevention Model โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ[10]ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสะท้อนผล และการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างเป็นวงรอบ ร่วมกับการประยุกต์แนวทาง ICOPE หลักฐานการป้องกันการหกล้ม โปรแกรมออกกำลังกาย Otago และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้พยาบาลเป็นผู้นำระบบในบทบาท Nurse Case Manager ทำหน้าที่ประเมิน วางแผน ประสานการดูแล และติดตามผลร่วมกับทีมสุขภาพ อสม. ครอบครัว และชุมชน เพื่อเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านนางอย ตำบลเต่างอย จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อพัฒนา NANGOI Fall Prevention Model สำหรับป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของ NANGOI Fall Prevention Model โดยเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยแบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวด้วย Timed Up and Go Test (TUG) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย 30-Second Chair Stand Test ติดตามการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุระหว่างการใช้รูปแบบเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

วิธีการศึกษา

รูปแบบและระยะเวลาดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR

ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จำนวน 2 วงรอบ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผล NANGOI Fall Prevention Model โดยเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาล ทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 ณ บ้านนางอย ตำบลเต่างอย อำเภอเต่างอย จังหวัดสกลนคร และนำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในบ้านนางอย จำนวน 250 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 207 คน และพบผู้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 90 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนผู้ร่วมดำเนินการเป็น อสม. จำนวน 14 คน ทำหน้าที่ติดตาม กระตุ้นการออกกำลังกาย เยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูล และประสานพยาบาลเมื่อพบปัญหา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำด้วย paired t-test กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 และการทดสอบสองทาง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 44 คน เพิ่มประมาณร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในบ้านนางอยตลอดระยะเวลาดำเนินการ

2. มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลางถึงสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

4. สามารถยืนและเดินได้ด้วยตนเองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

5. ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ต่อการออกกำลังกาย

6. สมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรครุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

2. มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือการสื่อสารจนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

3. มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือข้อห้ามทางการแพทย์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างปลอดภัย

4. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด

5. ขอถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือแบ่งออกเป็นเครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือดำเนินการวิจัย

1. NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program เป็นโปรแกรมออกกำลังกาย 12 ท่า ประยุกต์จากหลักการของ Otago Exercise Program และหลักฐานด้านการป้องกันการหกล้ม แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การอบอุ่นร่างกายและเพิ่มการเคลื่อนไหว การเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว และการฝึกเดินเชิงหน้าที่ โดยปรับระดับความยากและการช่วยพยุงให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วยอายุ เพศ การศึกษา โรคประจำตัว การใช้ อุปกรณ์ช่วยเดิน ประวัติการหกล้ม ประวัติกระดูกหัก และบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม จำนวน 20 ข้อ มีตัวเลือกถูก ผิด และไม่ทราบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ส่วนตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0–20 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นระดับควรปรับปรุง 0–12 คะแนน ระดับปานกลาง 13–16 คะแนน และระดับดี 17–20 คะแนน

3. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน ถึงปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน คะแนนรวม 25–125 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมมากขึ้น

4. Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[13] ใช้ประเมินและจำแนกความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม 6ด้าน ได้แก่ ประวัติการหกล้ม การใช้ยา ความบกพร่องด้านการมองเห็น การทรงตัว และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ การแปลผลแบ่งระดับความเสี่ยงตามคะแนนรวม ดังนี้ 0–3 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงต่ำ, 4–5 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเสี่ยงสูง

5. Timed Up and Go Test (TUG) ใช้ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว บันทึกผลเป็นวินาที โดยระยะเวลาน้อยลงแสดงถึงสมรรถภาพที่ดีขึ้น

6. 30-Second Chair Stand Test ใช้ประเมินความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อขา บันทึกจำนวนครั้งที่ลุกยืนได้อย่างถูกต้องภายใน 30 วินาที

7. แบบติดตามการดำเนินโปรแกรม ใช้บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ความต่อเนื่องของการออกกำลังกายที่บ้าน อาการผิดปกติ การหกล้มหรือเกือบหกล้ม และการติดตามโดย อสม. และพยาบาล

8. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงมากที่สุด 5 คะแนน ประเมินภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุและการป้องกันการหกล้มจำนวน 2 ท่าน นักกายภาพบำบัดจำนวน 1 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 2 ท่าน โดยประเมินความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมและลำดับของกิจกรรม ความปลอดภัย และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในบริบทชุมชน ผลการตรวจสอบพบว่าโปรแกรมมีค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 แสดงว่าองค์ประกอบและกิจกรรมของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยปรับปรุงรายละเอียดเกี่ยวกับความถูกต้องของท่าทาง ระดับความหนัก จำนวนครั้ง การใช้เก้าอี้หรือราวจับ การเพิ่มระดับความยาก และเกณฑ์หยุดออกกำลังกายตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้จริง

แบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่า IOC เฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบประเมินความรู้มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธี Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินพฤติกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูงมาก สำหรับค่า IOC ของ NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program

ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการแบ่งเป็น 2 วงรอบตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

วงรอบที่ 1 การวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบ

Plan (P): การวางแผน เป็นขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางพัฒนารูปแบบ กำหนดบทบาทหน้าที่ พัฒนาเครื่องมือวิจัย คู่มือการดำเนินงาน และวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ พร้อมทั้งกำหนดตัวชี้วัด วิธีติดตามประเมินผล และเตรียมความพร้อมของผู้เกี่ยวข้องก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้จริง

Act (A): การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการนำ NANGOI Fall Prevention Model ไปดำเนินการกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยประกอบด้วยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (Network Partnership) การประเมินความเสี่ยงและสมรรถภาพทางกาย (Assessment) การประเมินความต้องการและเสริมสร้างความรู้ (Need Assessment & Knowledge Empowerment) การออกกำลังกายแบบกลุ่ม (Group Exercise) การส่งเสริมการออกกำลังกายต่อเนื่องที่บ้าน (Ongoing Home Exercise) และการดำเนินงาน การประเมินผล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Implementation, Evaluation and Follow-up) ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแล (Nurse Case Manager) ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และต่อเนื่องตามแผนที่กำหนด

Observe (O): การสังเกตผล เป็นขั้นตอนการติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ระหว่างการดำเนินงานผู้วิจัยติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ความถูกต้องและความปลอดภัยในการปฏิบัติท่า บทบาทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม แบบติดตามการออกกำลังกาย และการประชุมกลุ่ม ส่วนการประเมินผลลัพธ์หลักดำเนินการก่อนเริ่มโปรแกรมและเมื่อครบ 12 สัปดาห์ ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วย Thai-FRAT ความสามารถในการทรงตัวด้วย TUG ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย 30-Second Chair Stand Test และการเกิดการหกล้ม

Reflect (R): การสะท้อนผล เป็นขั้นตอนการนำข้อมูลจากการสังเกตและการประเมินมาวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และภาคีเครือข่าย โดยพิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรม จุดแข็ง ปัญหา ข้อจำกัด ปัจจัยเอื้อ และข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้อง ผลการสะท้อนในวงรอบที่ 1 ถูกนำไปปรับปรุงวิธีการให้ความรู้ การฝึกออกกำลังกาย การติดตามที่บ้าน และการประสานเครือข่ายก่อนดำเนินการในวงรอบที่ 2 เมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะทั้งหมดมาสังเคราะห์จนได้ NANGOI Fall Prevention Model ฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนความรู้ พฤติกรรม Thai-FRAT, TUG และ 30-Second Chair Stand Test ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วย paired t-test ภายหลังตรวจสอบการแจกแจงปกติของผลต่างคะแนน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์การเกิดการหกล้ม การถอนตัว และการปฏิบัติตามโปรแกรมด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกต การบันทึก ติดตาม

และการสะท้อนผลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรับบริการสุขภาพ ก่อนให้ผู้เข้าร่วมลงนามในหนังสือยินยอม ข้อมูลได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวม การออกกำลังกายได้รับการปรับตามสุขภาพและข้อจำกัดรายบุคคล พร้อมเฝ้าระวังความปลอดภัย และให้หยุดกิจกรรมทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน บ้านนางอยมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 82.80 ผลการประเมินพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลางถึงสูงจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 ของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง และพบผู้สูงอายุหกล้มเฉลี่ยประมาณ 10 รายต่อปี ผลกระทบที่พบ ได้แก่ กระดูกต้นขาหัก กระดูกสะโพกหัก กระดูกข้อมือหัก การบาดเจ็บและฟกช้ำ รวมทั้งความกลัวการหกล้ม ซึ่งส่งผลต่อความมั่นใจในการเคลื่อนไหวและการดำเนินชีวิตประจำวัน

การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มยังขาดแนวทางการประเมินและจำแนกระดับความเสี่ยงที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลรายบุคคล การออกกำลังกายและการติดตามที่บ้านยังไม่ต่อเนื่อง ขณะที่บทบาทของพยาบาล อสม. ครอบครัว และภาคีเครือข่ายยังไม่ได้เชื่อมประสานเป็นระบบ ผู้สูงอายุบางส่วนขาดความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและการทรงตัว จึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้กำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบ

2. รูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ

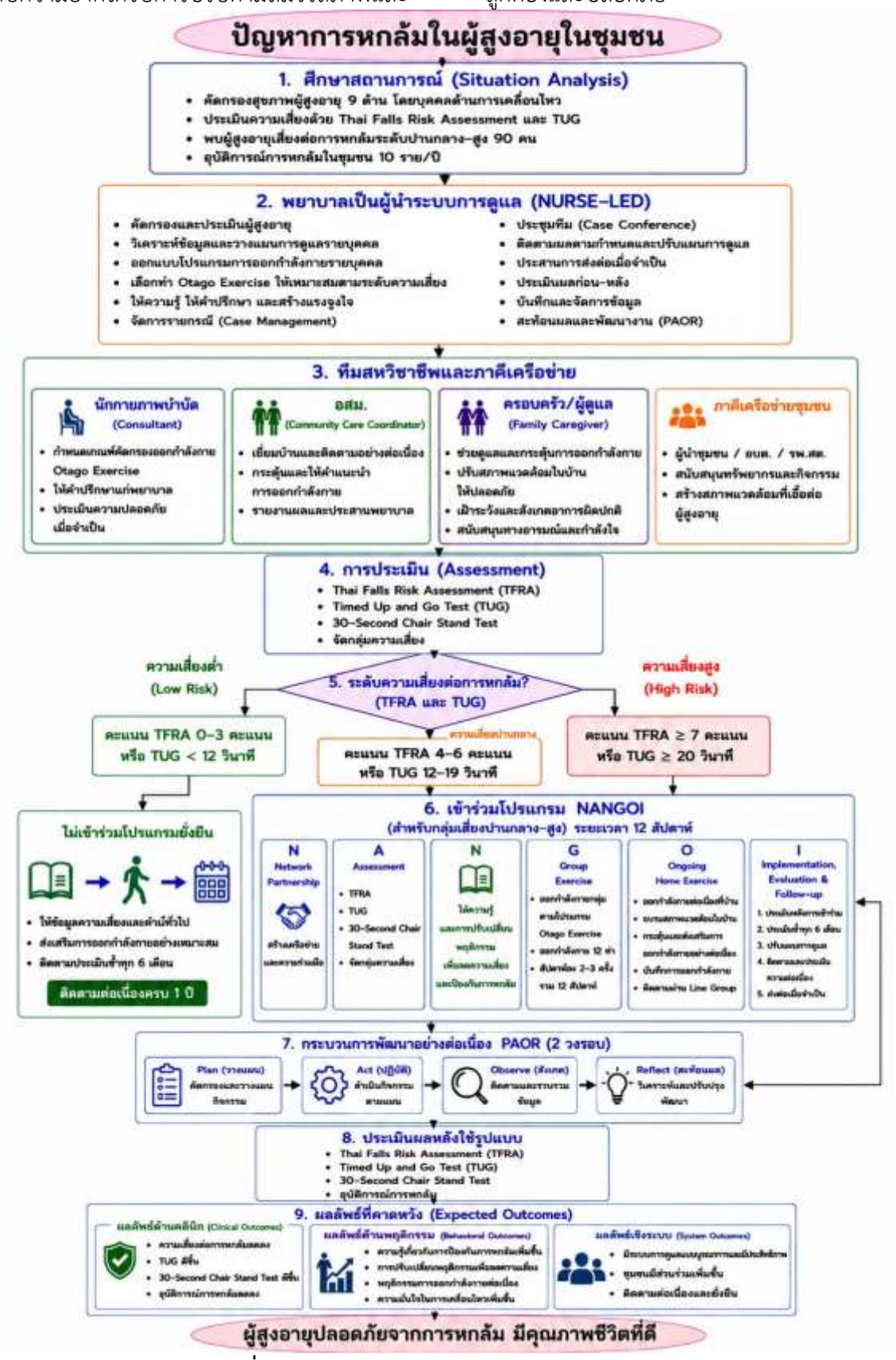
N: Network Partnership: จัดตั้งคณะทำงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างพยาบาล ทีมสุขภาพ นักกายภาพบำบัด อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางการประสานงานอย่างชัดเจน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามผล เพื่อให้การป้องกันการหกล้มเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

A: Assessment: ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) ร่วมกับการทดสอบการทรงตัวและความสามารถในการเดินด้วย Timed Up and Go Test (TUG) และการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาด้วย 30-Second Chair Stand Test และปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล พยาบาลเป็นผู้ประเมินหลัก วิเคราะห์ผล และจำแนกผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงต่อการหกล้ม เพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลรายบุคคลให้เหมาะสมกับปัญหา ข้อจำกัด และศักยภาพของแต่ละคน

N: Need and Knowledge: (การประเมินความต้องการและเสริมสร้างความรู้) ประเมินปัญหา ความต้องการ ความพร้อม และข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละราย จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวทางป้องกันการหกล้ม พร้อมฝึกทักษะการลุกนั่ง การยืน การเดิน และการปฏิบัติตัวอย่างปลอดภัย โดยใช้การสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม

G: Group Exercise: จัดกิจกรรมฝึก NANGOI SAFE STEP จำนวน 12 ท่าแบบกลุ่ม โดยพยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมร่วมกับนักกายภาพบำบัด เน้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การทรงตัว การถ่ายน้ำหนัก และ

ความสามารถในการเดิน ท่าออกกำลังกายและระดับความยากได้รับการปรับตามสมรรถภาพและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถฝึกได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย



ภาพที่ 1 รูปแบบ NANGOI Fall Prevention Model

O: Ongoing Home Exercise: ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึก NANGOI SAFE STEP ต่อเนื่องที่บ้านตามแผนรายบุคคล พร้อมใช้แบบบันทึกการออกกำลังกายเพื่อกำกับความสม่ำเสมอ ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนช่วยเตือน สนับสนุน และเฝ้าระวังความปลอดภัย ขณะที่ อสม. ติดตาม กระตุ้น ประเมินปัญหา และรายงานข้อมูลแก่พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง

I: Implementation, Evaluation and Follow-up: (การดำเนินงาน การประเมินผล และการติดตามต่อเนื่อง) พยาบาลในบทบาท Nurse Case Manager ดำเนินการตามแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับทีมสุขภาพ ครอบครัว และ อสม. ติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม ความสม่ำเสมอในการฝึก ปัญหาและอาการผิดปกติ พร้อมประเมิน Thai-FRAT, TUG และ 30-Second Chair Stand Test ซ้ำตามระยะที่กำหนด นำผลมาปรับแผนตามระดับความเสี่ยง ประสานส่งต่อเมื่อพบปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม และสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้องตามวงจร PAOR เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของชุมชน ผู้วิจัยได้พัฒนา NANGOI Fall Prevention Model เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหาการหกล้มในชุมชน โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำระบบการดูแล (Nurse-led) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่าย มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Network Partnership (N), 2) Assessment (A), 3) Need and Knowledge (N), 4) Group Exercise (G), 5) Ongoing Home Exercise (O) และ 6) Implementation, Evaluation and Follow-up (I) โดยแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การสร้างเครือข่าย การประเมินความเสี่ยง การเสริมสร้างความรู้และความเชื่อมั่น การส่งเสริมการออกกำลังกายทั้งแบบกลุ่มและที่บ้าน ตลอดจนการติดตามประเมินผลและพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR) ภายใต้บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้นำการดูแล (Nurse-led Community Fall Prevention Model) ดังแสดงในภาพที่ 1

3. ผลของ NANGOI Fall Prevention Model

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 72.00) อายุเฉลี่ย 71±4 ปี และครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงอายุ 70–79 ปี ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจาก 12.80 ± 2.40 เป็น 18.90 ± 1.80 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจาก 33.70 ± 5.20 เป็น 44.80 ± 4.10 คะแนน คะแนนเฉลี่ย Thai-FRAT ลดลงจาก 8.40 ± 2.10 เป็น 4.90 ± 1.80 คะแนน ระยะเวลาเฉลี่ยในการทดสอบ TUG ลดลงจาก 12.80 ± 2.60 เป็น 10.90 ± 1.80 วินาที และจำนวนครั้งเฉลี่ยในการทดสอบ 30-Second Chair Stand เพิ่มขึ้นจาก 10.30 ± 2.40 เป็น 13.90 ± 2.60 ครั้ง ผลลัพธ์ทั้ง 5 ด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ไม่พบการหกล้มระหว่างการติดตาม 12 สัปดาห์ และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.80 ± 0.29 คะแนน)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า NANGOI Fall Prevention Model สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ Network Partnership, Assessment, Need and Knowledge, Group Exercise, Ongoing Home Exercise และ Implementation, Evaluation and Follow-up ซึ่งครอบคลุมการสร้างเครือข่าย การประเมินความเสี่ยง การเสริมสร้างความรู้ การส่งเสริมการออกกำลังกาย

การติดตามต่อเนื่อง และการประเมินผล ภายใต้บทบาทของพยาบาลในฐานะ Nurse Case Manager ที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการพัฒนารูปแบบใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis, McTaggart และ Nixon[10] ผ่านวงจร PAOR ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม สังเกตผล และสะท้อนผล เพื่อนำข้อค้นพบมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รูปแบบมีความยืดหยุ่นและสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งอธิบายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล จะช่วยให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชนและส่งเสริมความยั่งยืนของโครงการสุขภาพ[12] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวทาง Integrated Care for Older People (ICOPE) ขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและการเชื่อมโยงบริการระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ[5]

ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พร้อมทั้งมีคะแนนความเสี่ยงต่อการหกล้มจาก Thai Falls Risk Assessment (Thai-FRAT) ลดลง ขณะที่ผลการทดสอบ Timed Up and Go Test (TUG) และ 30-Second Chair Stand Test ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการทรงตัว ความสามารถในการเดิน และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบมีการประเมินความต้องการรายบุคคล การให้ความรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้ NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานที่รายงานว่าการออกกำลังกายที่เน้นการฝึกการทรงตัวและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและเพิ่มสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับ World Guidelines for Falls Prevention and Management และแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์[2,4,7-9]

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาติดตาม 12 สัปดาห์ และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบมีแนวโน้มช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและได้รับการยอมรับจากผู้ใช้ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการดำเนินงานที่ครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยง การประเมินรายบุคคล การส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาล ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wandee และคณะที่รายงานว่าโปรแกรมป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดการหกล้มของผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ดำเนินมาตรการป้องกันการหกล้มแบบบูรณาการ[1,11] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาควรตีความภายใต้ระยะเวลาติดตาม 12 สัปดาห์ และควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ

โดยสรุป NANGOI Fall Prevention Model เป็นรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิด ทฤษฎี และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำการดูแลและประสานความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีขึ้น ความเสี่ยงต่อการหกล้มลดลง สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น ไม่พบการหกล้มในช่วงติดตาม และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง จุดเด่นของรูปแบบคือการบูรณาการการประเมินความเสี่ยง การเสริมสร้างความรู้ โปรแกรม NANGOI SAFE STEP 12 Exercise Program และการดูแลแบบ Nurse-led Community Care ไว้ในระบบเดียว จึงมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้และขยายผลสู่ชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า NANGOI Fall Prevention Model มีศักยภาพนำไปใช้เป็นแนวทางป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการสุขภาพจึงควรนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ โดยบูรณาการการประเมินความเสี่ยง การออกกำลังกาย และการติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ภายใต้บทบาทพยาบาลในฐานะ Nurse Case Manager เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การวิจัยในอนาคตควรติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์และอัตราการหกล้ม รวมทั้งศึกษาด้วยระเบียบวิธีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สูงขึ้น เช่น RCT และการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อสนับสนุนการขยายผลและกำหนดนโยบายระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Falls [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Aug 2]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls
2. 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: a global initiative. Age Ageing. 2022;51(9):afac205.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566.
4. กรมการแพทย์.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
5. World Health Organization.(2025). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2025.
6. Wiedenmann T, Held S, Rappelt L, Grauduszus M, Spickermann S, Donath L.(2023). Exercise-based reduction of falls in community-dwelling older adults: a network meta-analysis. Eur Rev Aging Phys Act. 2023;20(1):1.
7. Yang Y, Wang K, Liu H, Qu J, Wang Y, Chen P, et al.(2022). The impact of Otago exercise programme on the prevention of falls in older adults: a systematic review. Front Public Health. 2022;10:953593.
8. Wu S, Guo Y, Cao Z, Nan J, Zhang Q, Hu M, et al.(2024). Effects of Otago exercise program on physical function in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Gerontol Geriatr. 2024;124:105470.
9. Han J, Wang H, Ding Y, Li Q, Zhai H, He S.(2024). Effect of Otago exercise on fear of falling in older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2024;16:132.
10. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R.(2014). The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer; 2014.
11. Wandee P, Jirapongsuwan A, Powwattana A, Chansatitporn N.(2026). Implementation of community-based fall prevention program for Thai older persons: a cluster randomized controlled trial. Sci Rep. 2026;16(1):4464.

12. Rifkin SB.(2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. Health Policy Plan. 2014;29(Suppl 2):ii98-ii106.
13. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, Jitapunkul S.(2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2008;91(12):1823-32.

อิทธิพลของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

The Influence of Marketing Mix Factors (4Ps) on Consumers' Decision to Purchase Dietary Supplements for Health Promotion in Bangkok, Thailand.

(Received: September 3,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

กิ่งแก้ว พรอภิรักษสกุล[1] ณัฐสพันธ์ เผ่าพันธ์[2]
Kingkaew Pornapiraksakul[1] Natthasapan Phaophan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนประสมทางการตลาด 4Ps และกระบวนการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย และเพื่อศึกษาผลของส่วนประสมทางการตลาด 4Ps ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริโภคที่ตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ด้านกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหากลุ่มตัวอย่างเมื่อไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่ชัด ของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation หรือ S.D.) และการวิเคราะห์หาการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21–30 ปี มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และมีรายได้เฉลี่ย 15,001–30,000 บาท โดยภาพรวมปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) อยู่ในระดับมาก โดยด้านผลิตภัณฑ์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านช่องทางจัดจำหน่าย ด้านราคา และด้านการส่งเสริมการตลาด ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 4Ps มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยด้านผลิตภัณฑ์มีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านช่องทางจัดจำหน่าย ด้านราคา และด้านการส่งเสริมการตลาด ตามลำดับ

คำสำคัญ: กลยุทธ์การตลาด 4Ps, การตัดสินใจซื้อ, อาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This survey research seeks to investigate the influence of the marketing mix (4Ps) on consumers' purchasing decision-making process for health-promoting dietary supplements in Bangkok, Thailand. The population of this study consisted of consumers who purchase health-promoting dietary supplements in Bangkok, Thailand. The sample size was determined using Taro Yamane's (1973) formula for an unknown population size, with a confidence level of 95%, resulting in a total sample size of 500 respondents. The research instrument used for data collection was a questionnaire. The questionnaire included a screening question at the beginning, asking respondents whether they regularly consume health-promoting dietary supplements. If respondents answered "No," they were not required to proceed with the remaining questions. However, if respondents answered "Yes," they were asked to complete the rest of the questionnaire. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation (S.D.), as well as multiple regression analysis.

[1] ผศ. สาขาการตลาดดิจิทัล คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
[2] ผศ.ดร.วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีปทุม Corresponding Author Email: natsapun@spu.ac.th

The results indicated that most respondents were female, aged between 21–30 years, held a bachelor's degree, and had an average monthly income of 15,001–30,000 baht. Overall, the marketing mix factors (4Ps) were rated at a high level. Among these factors, product had the highest mean score, followed by place (distribution channels), price, and promotion, respectively. Furthermore, the results of multiple regression analysis revealed that the marketing mix factors (4Ps) significantly influenced consumers' purchasing decisions for health-promoting dietary supplements in Bangkok at the 0.05 level of significance. Product had the strongest influence, followed by place (distribution channels), price, and promotion, respectively.

Keywords: Marketing Mix (4Ps), Purchasing Decision, Health-Promoting Dietary Supplements

บทนำ

ในปัจจุบันประชาชนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม วิถีชีวิตที่เร่งรีบ รวมถึงความตระหนักในการป้องกันโรคมากกว่าการรักษา ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจึงกลายเป็นทางเลือกสำคัญสำหรับผู้บริโภคที่ต้องการดูแลสุขภาพ เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองขนาดใหญ่ที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ประชาชนมีเวลาจำกัดในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ความต้องการบริโภคอาหารเสริมเพื่อสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ธุรกิจอาหารเสริมเพื่อสุขภาพมีการแข่งขันที่รุนแรงมากขึ้น ผู้ประกอบการจึงนำกลยุทธ์ทางการตลาดมาใช้เพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและดึงดูดความสนใจของผู้บริโภค โดยเฉพาะปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (Marketing Mix หรือ 4Ps) ซึ่งประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์ (Product) ราคา (Price) ช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) และการส่งเสริมการตลาด (Promotion) ปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดกลยุทธ์ทางการตลาดเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภค และเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคยังได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภค และปัจจัยด้านการตลาด โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ ซึ่งผู้บริโภคมักให้ความสำคัญกับคุณภาพ ความปลอดภัย ความน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์ ตลอดจนข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการส่งเสริมการตลาด ดังนั้น การศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ทางการตลาดให้เหมาะสมกับพฤติกรรมและความต้องการของผู้บริโภค[1,2]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง "อิทธิพลของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย" โดยมุ่งศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด และกระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค รวมทั้งศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพ ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้ประกอบการในการพัฒนากลยุทธ์ทางการตลาดให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภค ตลอดจนเป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนธุรกิจและการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนประสมทางการตลาด 4Ps และกระบวนการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาผลของส่วนประสมทางการตลาด 4Ps ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วิธีการวิจัย

แบบแผนการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งมุ่งเน้นการสำรวจสอบถามเฉพาะผู้บริโภคที่ตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริโภคที่ตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหากลุ่มตัวอย่างเมื่อไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่ชัด ของ Taro Yamane[4] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 500 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน โดยแบบสอบถามเป็นแบบคัดกรอง โดยข้อคำถามแรก จะถามว่า ท่านรับประทานอาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นประจำหรือไม่ ถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “ไม่” ผู้ตอบแบบสอบถามท่านนั้น ก้ไม่ต้องทำแบบสอบถามข้อต่อไป หากถ้าผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบว่า “ใช่” ผู้ตอบแบบสอบถามท่านนั้น ต้องทำแบบสอบถามข้อต่อไป

ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือนในปัจจุบัน

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

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการตัดสินใจซื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Philip Kotler[3] มาใช้ 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[5] เลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ส่วนที่มีค่าน้อยกว่า 0.6 ให้ตัดทิ้งไป แต่หากต้องการนำมาใช้ จะต้องดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญ[5] ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.89 สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับพนักงาน ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α – Coefficient) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อคำนวณหาค่าสถิติที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

การตรวจแบบสอบถามและการให้คะแนน 1) ผู้วิจัยตรวจความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบสอบถาม ทั้ง 500 ฉบับ 2) โดยระดับกระบวนการจัดการ และระดับการตัดสินใจซื้อซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบมาตราวัดของ Likert ดังนี้

เห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุด ให้คะแนนเป็น 5

เห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ให้คะแนนเป็น 4

เห็นด้วยอยู่ในระดับปานกลาง ให้คะแนนเป็น 3

เห็นด้วยอยู่ในระดับน้อย ให้คะแนนเป็น 2

เห็นด้วยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ให้คะแนนเป็น 1

การแปลความหมายคะแนน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคำนวณค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และนำค่ามาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ในการแปลผล[5] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

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.) ใช้สำหรับวิเคราะห์ระดับของปัจจัยกลยุทธ์การตลาด 4Ps และปัจจัยการตัดสินใจซื้อ

3.ใช้การวิเคราะห์หาการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ในการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศปัจจัยไทย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามรายงานเบลมองต์ (The Belmont Report) โดยประยุกต์ใช้หลักจริยธรรมพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Persons) 2) หลักการก่อประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence and Non-maleficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการขอความยินยอมโดยได้รับข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล คุ้มครองสิทธิและความเป็นส่วนตัว รักษาความลับของข้อมูล ประเมินและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเป็นธรรม

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 4Ps และกระบวนการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 290 คน คิดเป็นร้อยละ 58.00 มีอายุระหว่าง 21–30 ปี มากที่สุด จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 33.00 สถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 และรายได้ต่อเดือน 15,001–30,000 บาท มากที่สุด จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00

2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์มากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.32) รองลงมาคือ ด้านช่องทางจัดจำหน่าย ($\bar{x}$ = 4.18) ด้านราคา ($\bar{x}$ = 4.05) และด้านการส่งเสริมการตลาด ($\bar{x}$ = 3.96) ตามลำดับ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

3. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกระบวนการตัดสินใจซื้อ พบว่า กระบวนการตัดสินใจซื้อด้านการตัดสินใจซื้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.25) รองลงมาคือ การรับรู้ปัญหา ($\bar{x}$ = 4.20) การค้นหาข้อมูล ($\bar{x}$ = 4.15) การประเมินทางเลือก ($\bar{x}$ = 4.12) และพฤติกรรมหลังการซื้อ ($\bar{x}$ = 4.10) ตามลำดับ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

4. ผลของส่วนประสมทางการตลาด 4Ps ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ดังนี้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)
(ตัวแปรตาม : การตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ)

ตัวแปรอิสระ	B	Beta	t	Sig.
ผลิตภัณฑ์ (Product)	0.425	0.412	8.965	0.000*
ราคา (Price)	0.216	0.205	4.321	0.000*
ช่องทางจัดจำหน่าย (Place)	0.318	0.296	6.487	0.000*
การส่งเสริมการตลาด (Promotion)	0.185	0.172	3.652	0.000*
ค่าคงที่ (Constant)	0.756			

R= 0.785R^2=0.616Adjusted R^2=0.612 F =198.452 Sig.=0.000*
*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 4Ps ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านช่องทางจัดจำหน่าย และด้านการส่งเสริมการตลาด มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า Sig. เท่ากับ 0.000 ทุกตัวแปร เมื่อพิจารณาค่าอิทธิพลมาตรฐาน (Beta) พบว่า ด้านผลิตภัณฑ์มีอิทธิพลมากที่สุด (Beta = 0.412) รองลงมาคือ ด้านช่องทางจัดจำหน่าย (Beta = 0.296) ด้านราคา (Beta = 0.205) และด้านการส่งเสริมการตลาด (Beta = 0.172) ตามลำดับ

นอกจากนี้ ค่า R^2 เท่ากับ 0.616 แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 4Ps สามารถอธิบายการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 61.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ ช่องทางจัดจำหน่าย ราคา และการส่งเสริมการตลาด ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) ต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21–30 ปี มีสถานภาพโสด มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และมีรายได้เฉลี่ย 15,001–30,000 บาท ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มวัยทำงานตอนต้นเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและมีแนวโน้มเลือกบริโภคอาหารเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบและมีข้อจำกัดด้านเวลาในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้บริโภคเลือกใช้อาหารเสริมเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพในส่วนของปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด (4Ps) พบว่าด้านผลิตภัณฑ์มีระดับความคิดเห็นสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านช่องทางจัดจำหน่าย ด้านราคา และด้านการส่งเสริมการตลาด ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคให้ความสำคัญกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อสุขภาพเป็นหลักก่อนตัดสินใจซื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muliyati[6] ที่พบว่า ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์และราคาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค และปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่ากระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านการตัดสินใจซื้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก และพฤติกรรมหลังการซื้อตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคมีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพ

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 4Ps มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์มีอิทธิพลมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านช่องทางจัดจำหน่าย ด้านราคา และด้านการส่งเสริมการตลาด ตามลำดับผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Shafi et al. (2022) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 4Ps มีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค โดยเฉพาะด้านผลิตภัณฑ์และช่องทางการจัดจำหน่ายที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและความภักดีของลูกค้า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Shafi และคณะ (2024)[7] ที่พบว่า การผสมผสานกลยุทธ์การตลาด 4Ps อย่างเหมาะสม สามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Simanjuntak, M., & Khansa, S. A. (2020). [8] ที่

พบว่า ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ ราคา และช่องทางจัดจำหน่าย มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภค จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาด 4Ps เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภค โดยเฉพาะด้านผลิตภัณฑ์ ซึ่งผู้ประกอบการควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัย และความน่าเชื่อถือของผลิตภัณฑ์ รวมถึงการพัฒนาช่องทางการจัดจำหน่ายให้ครอบคลุมและสะดวกต่อผู้บริโภค เพื่อเพิ่มโอกาสในการตัดสินใจซื้อและสร้างความภักดีของลูกค้าในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายพื้นที่การศึกษาไปยังจังหวัดอื่น ๆ หรือในระดับภูมิภาคของประเทศไทย เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพของผู้บริโภคในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

2. ควรศึกษาตัวแปรเพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพ เช่น ความตระหนักด้านสุขภาพ (Health Consciousness) ความเชื่อมั่นในแบรนด์ (Brand Trust) ภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ (Brand Image) หรืออิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Influence) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

3. การวิจัยในอนาคตควรใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมและแรงจูงใจของผู้บริโภคในการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพ

4. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน หรือกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะด้าน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพในแต่ละกลุ่มประชากร

5. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาผลกระทบของการตลาดดิจิทัล เช่น การตลาดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อินฟลูเอนเซอร์ หรือการรีวิวสินค้าออนไลน์ ที่มีต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมผู้บริโภคในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Shafi, S., Saidi, F. S., Mohamed, K. W., & Salleh, H. (2022). Supplements purchase intention: Young consumer's perspective. British Food Journal, 125(8), 2977–2996. doi.org
2. Kotler, P., & Zaltman, G. (1997). Social marketing: An approach to planned social change. *Social Marketing Quarterly*, *3*(3-4), 7-20.
3. Kotler, P. (2003). *Marketing insights from A to Z: 80 concepts every manager needs to know*. John Wiley & Sons.
4. Yamane, T. (1973). Statistics: An introductory analysis.
5. Hambleton, R. K. (1984). *Validating the test scores.* In Berk, R. A., (Ed), *A guide to criterion-referenced test constructio*n (pp. 199 – 223). The Johns opsins University Press.
6. Muliyati, M. (2023). The effect of marketing mixes on purchasing decisions. *Journal of Management Science (JMAS)*, *6*(1), 173–180. https://doi.org/10.35335/jmas.v6i1.212
7. Shafi, S., Saidi, F. S., Mohamed, K. W., & Salleh, H. (2022). Supplements purchase intention: Young consumer's perspective. British Food Journal, 125(7), 2610–2623. doi.org
8. Simanjuntak, M., & Khansa, S. A. (2020). The effect of marketing mix on consumer buying decision of vitamin supplements. Journal of Consumer Sciences, 5(2), 101–114. doi.org

การเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด : รูปแบบการประเมินและผลลัพธ์ของโครงการ TO BE NUMBER ONE ในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด

Empowering Youth Mental Resilience to Prevent Drug Vulnerability : Evaluative Model and Outcomes of the TO BE NUMBER ONE Within the Roi Et Provincial Network.

(Received: September 3,2026 ; Revised: September 14,2026 ; Accepted: September 16,2026)

วิทยา โคตรท่าน[1]
Wittaya Kotrtan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประเมินปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการฯ ศึกษาปัจจัยและสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้บริหารและคณะทำงานระดับนโยบาย แกนนำภาคีเครือข่ายและผู้รับผิดชอบศูนย์เพื่อนใจ แกนนำเยาวชนและผู้แทนกลุ่มเป้าหมาย รวมจำนวน 1,205 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินจำนวน 9 ฉบับที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอ้างอิง Multiple regression analysis (MRA) และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านบริบทของโครงการ ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก (mean = 4.42, SD = 0.52) ปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.51, SD = 0.48) กระบวนการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก (mean = 4.38, SD = 0.55) ส่วนผลผลิตและผลลัพธ์พบว่า ด้านประสิทธิผล (mean = 4.45,SD= 0.50) ผลกระทบ (mean = 4.18, S.D = 0.63) ความยั่งยืน (mean = 4.05, SD = 0.68) และการถ่ายทอดส่งต่อ (mean = 3.92, SD = 0.71) อยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน 2)ปัจจัยด้านบริบท (Context) เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่ส่งอิทธิพลต่อการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (beta = -.276, t = -3.583, p < .001) โดยมีอิทธิพลในเชิงลบ และ 3)รูปแบบการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ประกอบ 8 ขั้น คือ การกำหนดนโยบายและพันธะสัญญาร่วม การจัดโครงสร้างคณะกรรมการและเครือข่าย การกำหนดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดทักษะชีวิต การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติเชิงพื้นที่ การบริหารทรัพยากรและงบประมาณบูรณาการ การสร้างนวัตกรรมการสื่อสารและฐานข้อมูล การประเมินผลและเชิดชูเกียรติ และการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางจิตใจ, ยาเสพติด, โครงการ TO BE NUMBER ONE, การวิจัยเชิงประเมินผล

Abstract

This survey research aimed to assess the context, input, process, output, and outcomes of the TO BE NUMBER ONE project; examine influencing factors; and synthesize a operational model contributing to the project's success in empowering youth mental resilience for drug prevention. The target population comprised 1,205 key stakeholders, including policy-level executives, working committees, network leaders, Friend Corner managers, youth core leaders, and target group representatives. Data were collected using nine evaluation questionnaires validated with Content Validity Index (IOC) scores ranging from 0.80 to 1.00. Statistical analysis was performed using frequency, percentage, mean, standard deviation, multiple regression analysis (MRA), and content analysis.

The findings revealed that: 1)Evaluation scores across all dimensions were high to highest: context was high (mean = 4.42, SD = 0.52), input was highest (mean = 4.51, SD = 0.48), and process was high (mean = 4.38, SD = 0.55). Regarding

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

outputs and outcomes, effectiveness (mean = 4.45, SD = 0.50), impact (mean = 4.18, SD = 0.63), sustainability (mean = 4.05, SD = 0.68), and transferability (mean = 3.92, SD = 0.71) were all at high levels. 2) Multiple regression analysis indicated that context was the sole factor significantly predicting youth mental resilience empowerment ($p < .001$, beta = -.276, t = -3.583), exhibiting an inverse relationship ,and 3The operational model comprised eight key components: establishing policy and joint commitment, structuring committees and networks, defining life-skill strategies and indicators, translating policy into local practice, managing integrated resources and budgets, creating communication innovations and databases, evaluating and honoring achievements, and conducting lessons learned and knowledge sharing.

Keywords: Mental Resilience, Substance Abuse Prevention, TO BE NUMBER ONE Project, Evaluative Research, Youth Empowerment

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดในเยาวชนช่วงอายุ 6-24 ปีเป็นประเด็นวิกฤตที่ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งในระดับประเทศและในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด โดยข้อมูลจากการศึกษาและรายงานต่างๆ สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มความรุนแรงและรูปแบบการแพร่ระบาดที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยกล่าวคือ สถานการณ์ยาเสพติดในระดับประเทศในภาพรวมของประเทศไทย เยาวชนกลุ่มอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มการใช้ยาเสพติดสูงที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 36 หรือมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้เสพทั้งหมด[1]

เช่นเดียวกับจังหวัดร้อยเอ็ดสถานะทางภูมิศาสตร์ถือเป็นจุดเสี่ยงเนื่องจากเป็น เส้นทางลำเลียงและแหล่งพักยาเสพติด จากชายแดนภาคอีสานก่อนจะกระจายไปยังผู้ค้ารายย่อยและผู้เสพในพื้นที่[2] จากการศึกษาวิจัยในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดพบว่า เยาวชนที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก พ่อแม่ไม่มีเวลาดูแล หรือปัญหาทางเศรษฐกิจที่บีบบังคับให้เยาวชนรับจ้างเป็น "คนเดินยา" เพื่อหารายได้[3] เยาวชนในร้อยเอ็ดมักเริ่มต้นจากการสูบบุหรี่และดื่มสุราในช่วงอายุ 13-14 ปี ก่อนจะขยับไปสู่การเสพยาบ้า ไอซ์ และกัญชาตามลำดับ การสร้างเครือข่ายทางสังคมในกลุ่มเพื่อนมีผลอย่างมาก โดยเยาวชนมักถูกชักชวนให้ทดลองเสพเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม หรือเพื่อความสนุกสนานคึกคะนอง ในด้านการแก้ไขปัญหา จังหวัดร้อยเอ็ดได้ดำเนินมาตรการเชิงรุก เช่น "ยุทธการสาเกตนคร" เพื่อกวาดล้างและ Re-x-ray ผู้เกี่ยวข้องกับยาเสพติด[4] รวมถึงการเปิด "มินิธัญญารักษ์" ในอำเภอธวัชบุรี เพื่อเป็นศูนย์บำบัดรักษาและฟื้นฟูเยาวชนที่ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่สังคม ปัจจัยและสาเหตุที่นำไปสู่ปัญหา

ปัญหายาเสพติดในเยาวชนอายุ 6-24 ปี เกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อน ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ความอยากรู้อยากลอง ความคึกคะนอง และการขาดทักษะในการปฏิเสธ (2) ปัจจัยครอบครัว สัมพันธภาพที่ไม่ดีในบ้าน การขาดความอบอุ่นหรือแบบอย่างที่ไม่ดีจากคนในครอบครัว (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2566) และ (3)ปัจจัยสิ่งแวดล้อม การอาศัยในแหล่งมั่วสุมหรือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดสูง และการเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่นำเสนอค่านิยมที่ผิด[3] กล่าวได้ว่าสถานการณ์ยาเสพติดในเยาวชนทั้งระดับประเทศและร้อยเอ็ดมีความรุนแรงในแง่ของอายุผู้เสพที่น้อยลงและการเข้าถึงยาที่ง่ายขึ้นผ่านช่องทางออนไลน์ การแก้ไขปัญหาจึงต้องอาศัยการบูรณาการจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว สถานศึกษา และชุมชน ผ่านโครงการสร้างภูมิคุ้มกัน เช่น TO BE NUMBER ONE และการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดโอกาสการกลับไปกระทำผิดซ้ำ[1,4]

การประเมินโครงการครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด CIPPIEST Model ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการประเมิน

โครงการที่ได้รับการพัฒนาต่อยอดมาจาก CIPP Model ดั้งเดิมของ Daniel Stufflebeam[5] โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญในแก้ไขข้อจำกัดของการประเมินแบบเดิมที่มักมุ่งเน้นเพียงผลสัมฤทธิ์ระยะสั้นเมื่อจบโครงการเท่านั้น แนวคิด CIPPIEST Model จะขยายขอบเขตการประเมินส่วนผลผลิต (Product) ให้ครอบคลุมมิติเชิงลึกและระยะยาวมากขึ้น เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ประเมินเห็นภาพความสำเร็จของโครงการได้อย่างรอบด้านละเอียด และเป็นรูปธรรมในทุกมิติ[6] ความโดดเด่นของ CIPPIEST Model คือ การผสานมิติการประเมินครบทั้ง 8 ด้านอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มต้นตั้งแต่การประเมินบริบท (Context: C) เพื่อมองหาความจำเป็นและเป้าหมายที่แท้จริง การประเมินปัจจัยป้อน (Input: I) เพื่อตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากรและแผนงาน การประเมินกระบวนการ (Process: P) เพื่อติดตามขั้นตอนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาหน้างาน ตลอดจนการประเมินผลผลิต (Product: P) เพื่อวัดผลลัพธ์โดยตรงทันทีเมื่อโครงการเสร็จสิ้น[5]

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ที่ผ่านมายังพบหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนช่องว่างของการวิจัย (Research gap) และทิศทางการดำเนินงานแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลสำเร็จและปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาและหน่วยงานต่างๆ[7] แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังคงมี ช่องว่างด้านองค์ความรู้และปัจจัยเชิงลึกที่สำคัญ โดยเฉพาะในมิติของ บุคลากรและผู้นำ (man) ซึ่งยังขาดการศึกษาเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะเฉพาะของผู้บริหารและพฤติกรรมผู้นำที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการขับเคลื่อนองค์กรสู่ความเป็นเลิศ โดยมีการระบุชัดเจนว่าควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณลักษณะหรือพฤติกรรมของบริหารที่ส่งผลโดยตรงต่อการนำพาองค์กรไปสู่เกณฑ์รางวัลระดับสูง[8] นอกจากนี้ยังพบช่องว่างในด้าน การบริหารจัดการ (Management) ที่ขาดการถอดบทเรียน ‘วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ’ (best practices) เพื่อนำไปปรับใช้ในบริบทชุมชนที่หลากหลายให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะสำคัญจากการวิจัยที่พบว่า สถานศึกษาหลายแห่งยังขาดแนวทางยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง[9,10] ในส่วนของช่องว่างด้านระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือ (Method) งานวิจัยในอดีตระบุว่ายังไม่ครอบคลุมการพัฒนามาตรฐานการประเมินทักษะชีวิตและภาวะผู้นำของเยาวชนแบบต่อเนื่องโดยเฉพาะการศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามผลสัมฤทธิ์ของสมาชิกกลุ่มที่เป็นแบบอย่างที่ดี (IDOL) เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ รวมถึงการจัดการระบบฐานข้อมูลสมาชิกที่ยังไม่เป็นปัจจุบันและขาดความสมบูรณ์ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการติดตามความปลอดภัยและผลกระทบจากการดำเนินโครงการในพื้นที่จริง[7] ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะปิดช่องว่างดังกล่าวด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยการบริหารจัดการและพฤติกรรมผู้นำที่ส่งผลต่อความสำเร็จ พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานและเครื่องมือประเมินผลที่เป็นมาตรฐานเพื่อยกระดับความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่อย่างยั่งยืน[8,9]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินปัจจัยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด TO BE NUMBER ONE จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด TO BE NUMBER ONE จังหวัดร้อยเอ็ด

3.เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการเสริมพลังความเข้มแข็งทาง

จิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด TO BE NUMBER ONE จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้กรอบแนวคิด CIPPiest Model โดยในแต่ละมิติของการประเมินจะมีรายละเอียดใช้ประเมินโครงการทางสุขภาพให้ประสบผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-เดือนกรกฎาคม 2569 การประเมินแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การประเมินก่อนดำเนินโครงการ การประเมินในระยะนี้มุ่งเน้นการประเมินบริบท (Context Evaluation: C) และการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) ตามกรอบ CIPPiest Model เพื่อยืนยันความต้องการจำเป็น ปัญหาสภาพแวดล้อม และตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากร/แผนงานก่อนเริ่มดำเนินงานจริง โดยมีรายละเอียดระเบียบวิธีกระบวนการประเมิน (เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2569)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย การประเมินในระยะก่อนดำเนินโครงการ แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ตามบทบาทหน้าที่และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารและคณะทำงานระดับนโยบาย/ผู้รับผิดชอบโครงการ ได้แก่ คณะกรรมการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE จังหวัดร้อยเอ็ด, ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด , ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด/สุขภาพจิต และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 20 คน

กลุ่มที่ 2 แกนนำภาคีเครือข่ายและผู้รับผิดชอบศูนย์เพื่อนใจฯ ได้แก่ ครู/อาจารย์ผู้รับผิดชอบงาน TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา, ผู้นำชุมชน/อสม. และผู้บริหารสถานประกอบการในเครือข่ายร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 50 คน

กลุ่มที่ 3 แกนนำเยาวชนและผู้แทนกลุ่มเป้าหมายหลัก (อายุ 6–24 ปี) ได้แก่ ประธานและคณะกรรมการชมรม TO BE NUMBER ONE, แกนนำศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE จากสถานศึกษาและชุมชน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 100 คน ที่ได้มาจากสุ่มอย่างง่าย/สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1 เป็นเครื่องมือแบบผสมผสาน (Mixed-methods) ประกอบด้วยแบบประเมินบริบทโครงการและแบบประเมินปัจจัยนำเข้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการประเมินในระยะเตรียมการ แบ่งออกเป็น (1)การเตรียมการและชี้แจงวัตถุประสงค์ (2) การประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลบริบท (3) การประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยนำเข้า และ (4)การสรุปผลเพื่อการปรับปรุงแผนงาน โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริบทและปัจจัยนำเข้ามาจัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวัตถุประสงค์ แผนกิจกรรม จัดสรรงบประมาณ และเตรียมทรัพยากรให้สมบูรณ์ก่อนเริ่มดำเนินโครงการจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนตามลักษณะข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินบริบท และแบบประเมินปัจจัยนำเข้า โดยใช้สถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้: ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (mean), และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน SD) โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย (5 ระดับ) [11]

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากข้อเสนอแนะเพิ่มเติม แบบบันทึกการสังเกต และการวิเคราะห์เอกสารนโยบาย/แผนงาน วิเคราะห์โดยการ วิเคราะห์

เนื้อหา และจัดกลุ่มประเด็น (Thematic Analysis) เพื่อนำผลมาใช้สรุปจุดแข็ง จุดที่ต้องปรับปรุง และการเตรียมพร้อมด้านทรัพยากรสำหรับการดำเนินงานในระยะต่อไป

ระยะที่ 2 การประเมินระหว่างดำเนินโครงการ การประเมินในระยะนี้มุ่งเน้นการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P) เพื่อกำกับ ติดตาม (Monitoring) ควบคุมคุณภาพการจัดกิจกรรม การบริหารจัดการ และการให้บริการของศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาการ รวมถึงแก้ปัญหาอุปสรรคหน้างานได้อย่างทันท่วงที (เดือนมีนาคม - พฤษภาคม 2569) โดยมีรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างดำเนินโครงการ แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มตามบทบาทในกระบวนการจัดกิจกรรมและรับบริการ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้รับบริการ/เยาวชนที่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นเยาวชนอายุ 6–24 ปี ในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ดที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ หรือเข้าใช้บริการในศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE (บริการปรับสุข สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ) ขนาดกลุ่มเป้าหมายได้มาจากสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้น (Stratified Random Sampling) จากสถานศึกษา ชุมชน และสถานประกอบการ จำนวน 400 คน ที่ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตร Krejcie & Morgan [12] ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05

กลุ่มที่ 2 คณะทำงาน/ผู้ให้บริการประจำศูนย์เพื่อนใจฯ และวิทยากร เป็นแกนนำเยาวชนประจำศูนย์เพื่อนใจฯ, ครู/อาจารย์ผู้ดูแลชมรม, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้จัดกิจกรรม
กลุ่มเป้าหมายที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 3 คณะกรรมการนิเทศ ติดตาม และผู้สังเกตการณ์ เป็นคณะทำงานติดตามประเมินผลระดับจังหวัด/อำเภอ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับแต่งตั้งให้นิเทศงาน จำนวน 15 คนที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน เครื่องมือที่ใช้ประเมินกระบวนการประกอบด้วย 3 ชุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบประเมินกระบวนการดำเนินงาน แบบสังเกตการณ์จัดกิจกรรมและการให้บริการศูนย์เพื่อนใจฯ และแบบบันทึกการนิเทศงานและการถอดบทเรียนปัญหาหน้างาน

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้เครื่องมือประเมินระยะที่ 2 มีความน่าเชื่อถือและถูกต้องตามหลักวิชาการ มีขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา นำแบบประเมินกระบวนการ (15 ข้อ) และแบบสังเกตการณ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินโครงการ สุขภาพจิต และงาน TO BE NUMBER ONE จำนวน 5 ท่าน ตรวจพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และโครงสร้างเนื้อหา แล้วคำนวณหาค่าดรรชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item-Objective Congruence) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60–1.00 มาใช้จริง (ข้อคำถามที่มี IOC < 0.60 นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ)

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบประเมินกระบวนการที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจริง (เช่น เยาวชนและแกนนำในอำเภอข้างเคียง) จำนวน 30 คนนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งต้องได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ 0.85 จึงจะถือว่าเครื่องมือมีความแม่นยำสูง นำไปใช้เก็บข้อมูลจริงได้

การทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสังเกตการณ์ (Inter-rater Reliability) ทดสอบความสอดคล้องของการสังเกตการณ์ระหว่างผู้ประเมิน 2 คน (Inter-rater Agreement) โดยใช้สถิติ Kappa Coefficient ซึ่งต้องมีค่าเท่ากับ 0.78 เพื่อยืนยันว่าผู้สังเกตการณ์ให้เกณฑ์การตัดสินที่ตรงกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการประเมินระหว่างดำเนินโครงการเน้นการกำกับติดตามแบบทันเวลา (Real-time Monitoring) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน (1) การวางแผนเฝ้าระวังและจัดทำปฏิทินกำกับงาน(2)การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างจัดกิจกรรม (3) ประชุมนิเทศงานและสะท้อนผลลัพธ์ จัดประชุมสะท้อนผล และ (4) การปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงานทันที นำข้อค้นพบจากแบบประเมินและแบบสังเกตการณ์มาปรับปรุงรูปแบบกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินกระบวนการ (15 ข้อ) ด้วยสถิติบรรยายผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยมีการแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ 5 ระดับ [11] ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสังเกตการณ์จัดกิจกรรม แบบบันทึกการนิเทศงาน และข้อเสนอแนะในแบบสอบถาม นำมาทำการ วิเคราะห์จำแนกหมวดหมู่เนื้อหา (Content Analysis) และ การวิเคราะห์แก่นประเด็น (Thematic Analysis) เพื่อสรุปเป็นจุดแข็ง (Strengths) จุดที่ต้องพัฒนา (Areas for Improvement) และแนวทางการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ การประเมินในระยะนี้มุ่งเน้น การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์เชิงลึก (Product Evaluation: P - CIPPiest) หลังดำเนินโครงการเสร็จสิ้น เพื่อตัดสินผลสัมฤทธิ์ คุณภาพ ความสำเร็จ ความพึ่งตนเองได้ของชุมชน และความคุ้มค่าของการดำเนินงาน โดยประเมินครอบคลุม 4 มิติย่อย ได้แก่ ผลกระทบ (Impact: I), ประสิทธิผล (Effectiveness: E), ความยั่งยืน (Sustainability: S) และการถ่ายโยงความรู้ (Transportability: T) มีรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัย (เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2569) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย การประเมินระยะหลังสิ้นสุดโครงการ จำแนกกลุ่มประชากรและกลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลตามมิติย่อยของ CIPPiest 4 ด้าน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเป้าหมายหลักเยาวชน (อายุ 6–24 ปี) บทบาทในการประเมินเป็นผู้ให้ข้อมูลมิติ Effectiveness (E) และ Impact (I) ด้านการเปลี่ยนแปลงภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ทักษะชีวิต พฤติกรรมเสี่ยง และคุณภาพชีวิต จำนวน 400 คน ได้มาจากสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามบริบทพื้นที่ (Stratified Random Sampling)

กลุ่มที่ 2 ครอบครัว ผู้ปกครอง และผู้นำชุมชน/อสม. เป็นให้ข้อมูลมิติ Impact (I) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว กระแสนิยมป้องกันยาเสพติด และภาพลักษณ์ความปลอดภัยในชุมชน กลุ่มเป้าหมายจำนวน 100 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มที่ 3 คณะทำงาน แกนนำเยาวชนรุ่นใหม่ และผู้บริหาร อปท./สถานศึกษา เป็น ให้ข้อมูลมิติ Sustainability (S) ด้านความคงอยู่ของชมรม/ศูนย์เพื่อนใจฯ การเป็นเจ้าของร่วม และการได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง จำนวน 50 คน ที่ไดมาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญ คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด และผู้แทนเครือข่ายต่างพื้นที่เป็นผู้ให้ข้อมูลมิติ Transportability (T) ด้านความเป็นไปได้ในการนำโมเดล/นวัตกรรมไปถ่ายทอด ขยายผล หรือประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น จำนวน 20 คน ที่ได้มาจากเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (Evaluation Instruments) เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3 เป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์แบบผสมผสาน (Mixed-method Instruments) ประกอบด้วย แบบสอบถามประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ CIPPiest จำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินผลกระทบ แบบประเมินประสิทธิผล แบบประเมินความยั่งยืน แบบประเมินการถ่ายโยงความรู้ และแนวคำถาม สำหรับสำหรับจัดสนทนากลุ่ม

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินในระยะหลังสิ้นสุดโครงการ ดำเนินการตามขั้นตอนมาตรฐานสากลดังนี้

1) การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำชุดแบบสอบถาม CIPPiest ทั้ง 4 ฉบับ (40 ข้อ) และแบบสัมภาษณ์ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินโครงการ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต/ยาเสพติด และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ รวม 5 ท่าน

2)ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of Item-Objective Congruence) โดยต้องได้ค่า IOC แต่ละข้อตั้งแต่ 0.80 -1.00 ข้อที่มีค่าน้อยกว่า 0.60 ให้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3) การหาค่าอำนาจจำแนก โดย 1)นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน 2) ทดสอบหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) คัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า 0.36-0.76

4) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดย 1) นำคะแนนรวมจากกลุ่ม Try-out มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับและรายมิติ โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 2)เกณฑ์ที่ยอมรับได้: มิติ Impact, Effectiveness, Sustainability, Transportability พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นรายมิติเท่ากับ 0.80, 0.82, 0.79, 0.85 ตารมลำดับ และความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระบวนการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน (1)การประเมินประสิทธิผลทันทีหลังจบโครงการ โดยเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) 10 ข้อ และแบบทดสอบ EQ/ภูมิคุ้มกันจิตใจ หลังจบกิจกรรมทันที (2) การติดตามผลกระทบและความยั่งยืนในระยะยาว เป็นการประเมินติดตามผลเมื่อผ่านพ้นระยะเวลาดำเนินการ 1–2 ปี โดยอาศัยข้อมูลและกลุ่มเป้าหมายจากผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2567–2568 (3) การจัดประชุมถอดบทเรียนความสำเร็จ และ (4) การสรุป จัดทำรายงาน และการถ่ายทอดองค์ความรู้ ประมวลผลข้อมูล จัดทำรายงานผลการประเมินโครงการฉบับสมบูรณ์และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อมอบชุดความรู้/คู่มือให้แก่เครือข่ายอำเภออื่นในจังหวัดร้อยเอ็ดนำไปขยายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์แบบประเมิน CIPPiest ทั้ง 4 มิติย่อย (ฉบับละ 10 ข้อ) โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย (Rating Scale 5 ระดับ) [11] สถิติทดสอบสมมติฐานใช้สถิติทดสอบ Multiple regression analysis (MRA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางจิตใจ/EQ ของเยาวชนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มถอดบทเรียนและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม วิเคราะห์โดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดใบรับรองเลขที่

COE1112568 เมื่อวันที่ 26 เดือน ธันวาคม .พ.ศ.2568 วันหมดอายุใบรับรองวันที่ 25 เดือน ธันวาคม 2569

ผลการวิจัย

ผลการประเมินผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ด้านบริบทของโครงการ (Context Evaluation: C) ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก (mean = 4.42, SD = 0.52) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) ผลการประเมินอยู่ในระดับ มากที่สุด (mean = 4.51, SD = 0.48) 3) ด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process Evaluation: P) ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก (mean = 4.38, SD = 0.55) 4) ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Product Evaluation: P - CIPPiest) เมื่อพิจารณาจำแนกตามมิติย่อย 4 ด้าน พบว่า (1) ด้านประสิทธิผล (Effectiveness: E): อยู่ในระดับ มาก (mean = 4.45,SD= 0.50) (2) ด้านผลกระทบ (Impact: I) อยู่ในระดับ มาก (mean = 4.18, S.D = 0.63) (3) ด้านความยั่งยืน (Sustainability: S): อยู่ในระดับมาก (mean = 4.05, SD = 0.68) 4) ด้านการถ่ายทอดส่งต่อ (Transportability: T): อยู่ในระดับมาก (mean = 3.92, SD = 0.71)

2. จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงประเมินที่ส่งผลต่อการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด TO BE NUMBER ONE พบว่า โมเดลการถดถอยโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ($F(3, 396) = 10.540$, $p < .001$) โดยปัจจัยทั้ง 3 ด้านร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจได้ร้อยละ 7.4 ($R^2 = .074$, Adjusted $R^2 = .058$) เมื่อพิจารณาจำแนกรายปัจจัย พบว่า ปัจจัยด้านบริบท (Context) เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่ส่งอิทธิพลต่อการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (beta = -.276, t = -3.583, $p < .001$) โดยมีอิทธิพลในเชิงลบ กล่าวคือ เมื่อบริบทจำเพาะเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้ระดับการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง 0.430 หน่วย (B = -0.430, 95% CI [-0.667, -0.192]) ในขณะที่ปัจจัยนำเข้า (Input) (beta = .004, p = .957) และปัจจัยด้านกระบวนการ (Process) (beta = .057, p = .460) ไม่ส่งอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด (n=400)

Predictor Variables	B	SE_B	β	p	95%CI	Collinearity Statistics	
						Tolerance	VIF
Constant	5.998	.947	-		4.12,7.86		
context	-.430	.120	-.276	<.001	-.667,-192	.94	1.063
input	.007	.121	.004	.957	-.233,.246	.941	1.080
process	.070	.095	.057	.460	-.177,2.57	.941	1.063

$R = .273$, $R^2 = .074$, Adjusted $R^2 = .058$, $F(3, 396) = 10.054$, $p < .001$, Durbin-Watson = 1.064.

B = Unstandardized Coefficient; SE_B = Standard Error of B; beta = Standardized Coefficient (Beta); CI = Confidence Interval; LL = Lower Limit; UL = Upper Limit; VIF = Variance Inflation Facto

3.ผลสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาเสพติด TO BE NUMBER ONE สามารถถอดบทเรียนจากโมเดลความสำเร็จ 8 ขั้นตอน คือ การกำหนดนโยบายและพันธะสัญญาร่วม การจัดโครงสร้างคณะกรรมการและเครือข่าย การกำหนดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดทักษะชีวิต การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติเชิงพื้นที่ การบริหารทรัพยากรและงบประมาณบูรณาการ การสร้างนวัตกรรมการสื่อสารและฐานข้อมูล (Innovation & Database)การประเมินผลและเชิดชูเกียรติ และการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และขยายผล

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสรุปวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 3 ประการ ได้ดังนี้

1.ผลการประเมิน พบว่า ปัจจัยนำเข้าเป็นมิติที่ได้รับผลการประเมินสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนปัจจัยด้านบริบท และกระบวนการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในมิติผลผลิตและผลลัพธ์จำแนกตาม 4 มิติย่อย พบว่า มิติประสิทธิผล (Effectiveness) มีผลการประเมินสูงสุดในกลุ่ม รองลงมา คือ ผลกระทบ ความยั่งยืน และการถ่ายทอดส่งต่ออยู่ในระดับมาก ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงานในงานวิจัยที่ผ่านมาหลายชิ้น ซึ่งพบว่า ปัจจัยนำเข้ามีความสำคัญสูงสุด โดยเฉพาะในมิติของโมเดล CIPP ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการประเมินโปรแกรมการศึกษาและการดำเนินงานต่าง ๆ ที่มีการวิเคราะห์อย่างละเอียด[13] นอกจากนี้การวัดและประเมินประสิทธิภาพในบริบทของการดำเนินงานยังมีความสำคัญในการสร้างความยั่งยืนและการปรับปรุงคุณภาพบริการ[14] ในด้านผลผลิตและผลลัพธ์ มิติประสิทธิผล (Effectiveness) ได้รับการประเมินสูงสุดตามด้วยผลกระทบ ความยั่งยืน และการถ่ายทอดส่งต่อ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินในบริบทที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลง[15,16] การวิจัยเหล่านี้จึงสนับสนุนการใช้แนวทางการประเมินที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการเพื่อเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชนพบว่า ปัจจัยเชิงประเมินทั้งสามด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ มีความสัมพันธ์ที่สำคัญต่อผลลัพธ์ของโครงการ โดยเฉพาะปัจจัยด้านบริบทที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเสริมพลังความเข้มแข็งทางจิตใจของเยาวชน[17] นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของเยาวชนและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานโครงการประสบความสำเร็จ[18,19] การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของการเสริมพลังได้ถึงร้อยละ 7.4 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาบริบทและการสนับสนุนจากชุมชนในการพัฒนาโครงการที่มีประสิทธิภาพ[17,19]

3. การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานที่นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการ TO BE NUMBER ONE สามารถเชื่อมโยงกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการโครงการและกลยุทธ์การบริหารจัดการในองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวมโมเดลการจัดการที่หลากหลายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืน เช่น การจัดการเชิงกลยุทธ์และการสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าองค์กรที่มีการจัดการที่บูรณาการสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีกว่าในด้านประสิทธิภาพและนวัตกรรม[20] นอกจากนี้งานวิจัยในประเทศไทยยังชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกลยุทธ์การบริหารและความเป็นผู้นำที่สร้างสรรค์ในการเพิ่มขีดความสามารถและความสำเร็จของบริษัท[21,22] การใช้

แนวทางการจัดการที่หลากหลายและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะช่วยสร้างวงจรการบริหารจัดการที่ยั่งยืน[23]

จุดเด่นของการประเมินครั้งนี้ คือ การเลือกใช้กรอบแนวคิดการประเมินที่ครอบคลุมและลงลึก (CIPPiest Model) ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตแบบเดิม (CIPP) แต่ได้ขยายมิติการประเมินผลผลิตออกเป็น 4 ด้านย่อยเชิงลึก ได้แก่ ประสิทธิผล ผลกระทบ ความยั่งยืน และการถ่ายทอดส่งต่อองค์ความรู้ ทำให้เห็นภาพรวมและผลสัมฤทธิ์ของโครงการได้อย่างรอบด้าน นอกจากนี้งานวิจัยยังมีระเบียบวิธีวิจัยที่ดีและมีความน่าเชื่อถือด้วยการประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methods) ที่มีการติดตามและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบถึง 3 ระยะ (ก่อน ดำเนินการ และหลังจบโครงการ) จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน ทั้งผู้บริหาร แกนนำ บุคลากร ผู้ปกครอง และกลุ่มเยาวชน ควบคู่กับการใช้เครื่องมือประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและค่าความเชื่อมั่นทางสถิติตามมาตรฐานสากล ที่สำคัญที่สุด งานวิจัยนี้สามารถตกผลึกและสังเคราะห์นวัตกรรมเชิงปฏิบัติการ (Best Practice Model) ออกมาเป็นรูปแบบการดำเนินงาน 8 ขั้นตอนที่มีความชัดเจน เน้นการบูรณาการสอดแทรกกิจกรรมป้องกันยาเสพติดเข้ากับภารกิจปกติของหน่วยงาน (Infusion) ซึ่งส่งผลให้เกิดแนวทางที่สามารถนำไปปรับใช้ขยายผลในระดับปฏิบัติการจริงได้อย่างเป็นรูปธรรม

ในส่วนของข้อจำกัดของการประเมินนี้คือ ความแตกต่างเชิงบริบทและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากระดับความพร้อม สภาพแวดล้อม และระดับการรับรู้ปัญหาของชุมชนในแต่ละอำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ดยังมีความไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้การถ่ายทอดนวัตกรรมหรือโมเดลต้นแบบยังจำกัดอยู่เฉพาะในสถานศึกษาขนาดใหญ่หรือชุมชนที่มีความพร้อมสูงเป็นหลัก นอกจากนี้งานวิจัยยังสะท้อนให้เห็นถึง ข้อจำกัดในกระบวนการให้บริการและการบริหารจัดการข้อมูล ได้แก่ ช่วงเวลาการเปิดให้บริการของศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ที่ยังไม่ตรงกับเวลาว่างของเยาวชนกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง รวมถึงระบบฐานข้อมูลสมาชิกที่ยังขาดความสมบูรณ์และไม่เป็นปัจจุบัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการติดตามผลสัมฤทธิ์และการเฝ้าระวังความปลอดภัยในพื้นที่จริง ขณะเดียวกันปัจจัยแทรกซ้อนภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายหลังการปลดล็อกพืชเสพติด (กัญชาและกระท่อม) รวมถึงการแพร่ระบาดของการซื้อขายยาเสพติดผ่านช่องทางออนไลน์ ยังคงเป็นข้อจำกัดสำคัญที่กดดันการส่งผลกระทบเชิงพฤติกรรมในระดับโครงสร้างและท้ายที่สุด คือ ปัญหาความยั่งยืนของการดำเนินงานในพื้นที่ขนาดเล็ก เนื่องจากชมรมและศูนย์เพื่อนใจฯ ยังต้องพึ่งพางบประมาณและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคีเครือข่ายเป็นหลัก หากเกิดการเปลี่ยนแปลงผู้นำหรือขาดแคลนงบประมาณต่อเนื่อง อาจส่งผลให้การขับเคลื่อนกิจกรรมเกิดการหยุดชะงักได้

ข้อเสนอแนะจากการประเมิน ผู้ประเมินได้เสนอแนวทางเชิงนโยบายและกลยุทธ์การดำเนินงานที่นำไปสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะ 4 ระดับ (ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ) ได้ดังนี้

ระดับบุคคล ในระดับบุคคล การขับเคลื่อนโครงการควรเน้นย้ำการสร้าง ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) และการพัฒนาภูมิคุ้มกันทางจิตใจของเยาวชนตามยุทธศาสตร์ "เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด" โดยส่งเสริมให้เยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ที่หลากหลายตามความสนใจ เพื่อค้นพบศักยภาพเฉพาะตนเอง ซึ่งทำหน้าที่เป็นปัจจัยปกป้องทางจิตวิทยาที่สำคัญที่สุดในการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้เยาวชนเข้ามามีบทบาทในแกนนำชมรม TO BE NUMBER ONE และศูนย์เพื่อนใจฯ เพื่อฝึกฝนทักษะชีวิต ทักษะการจัดการอารมณ์และสังคม

(EQ) ตลอดจนภาวะผู้นำ ซึ่งจะช่วยพัฒนาเยาวชนให้เติบโตขึ้นเป็นแบบอย่างที่ดี (IDOL) ให้แก่กลุ่มเพื่อนและเยาวชนรุ่นหลังต่อไป

ระดับครอบครัว ในระดับครอบครัวซึ่งเป็นรากฐานสำคัญในการป้องกันปัญหายาเสพติด สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องร่วมกัน สร้างพื้นที่ปลอดภัยและการสื่อสารเชิงบวกภายในบ้าน การให้ความอบอุ่นและความเข้าใจแก่เยาวชนเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เนื่องจากผลการศึกษาชี้ชัดว่า ปัญหาครอบครัวแตกแยกและการขาดการดูแลเอาใจใส่เป็นสาเหตุหลักประการหนึ่งที่ผลักดันให้เยาวชนเข้าสู่วงจรยาเสพติด นอกจากนี้ ผู้ปกครองและคนในครอบครัวต้องเพิ่มการเฝ้าระวังและสร้างความตระหนักรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับเยาวชน เพื่อป้องกันการถูกชักชวนหรือการหลงเข้าสู่การซื้อขายยาเสพติดและพืชเสพติด (กัญชาและกระท่อม) ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ

ระดับชุมชน ควรเน้นการสร้างความร่วมมือเชิงเครือข่ายและความเป็นเจ้าของร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยไม่ปล่อยให้การดำเนินงานเป็นภาระของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพัง ชุมชนและ อปท. ควรให้การสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรแก่ชมรมและศูนย์เพื่อนใจฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างศักยภาพในการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน ขณะเดียวกัน ควรมีการปรับปรุงกระบวนการทำงานในชุมชน เช่น การปรับเวลาเปิดให้บริการของศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ให้สอดคล้องกับเวลาว่างที่แท้จริงของเยาวชน และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสมาชิกให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้สามารถติดตาม เฝ้าระวัง และช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้อย่างทันท่วงที

ระดับประเทศ ในระดับประเทศหน่วยงานระดับนโยบายควรถอดบทเรียนและนำรูปแบบนวัตกรรมกลยุทธ์ 8 ขั้นตอนที่สังเคราะห์ได้จากจังหวัดร้อยเอ็ดไปขับเคลื่อนเป็นกรอบกลยุทธ์ระดับชาติ (ได้แก่ การทำ MOU ร่วมกัน, การจัดโครงสร้างเครือข่าย 4 มิติ, การกำหนดตัวชี้วัดทักษะชีวิต, การสอดแทรกงานประจำ (Infusion), การบริหารทรัพยากรบูรณาการ, นวัตกรรมสื่อและฐานข้อมูล, การเชิดชูเกียรติ และการถอดบทเรียนพัฒนาต่อเนื่อง) ควบคู่ไปกับการเร่งปรับปรุงมาตรการทางกฎหมายและกลไกเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะการควบคุมพืชเสพติดและการซื้อขายยาเสพติดออนไลน์ ทั้งนี้รัฐบาลควรเพิ่มการลงทุนในงบประมาณเชิงป้องกันและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแก่เยาวชน ซึ่งพิสูจน์แล้วว่ามีความคุ้มค่ามากกว่างบประมาณที่ต้องใช้ในการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระยะยาวอย่างมหาศาล

เอกสารอ้างอิง

1.ปราณี ถีอาสนา. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE โดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านนานกเขียน ตำบลหนองโน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566;8(15):135-47.

2.สำนักงานจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด; 2563.

3.พัชรี วงษ์ไพร. กระบวนการสร้างเครือข่ายทางสังคมของเยาวชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2562.

4.กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. รายงานสถานการณ์การกระทำผิดของเด็กและเยาวชน 1 ตุลาคม 2564- 30 กันยายน 2565. กรุงเทพฯ: สถานบันวิจัยและพัฒนา กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน; 2566.

5. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation. 2nd ed. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2000. p. 279-317.

6. Wongwanich S. Needs assessment research. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. [in Thai]

7. National Institute of Development Administration. Formative Evaluation Report of TO BE NUMBER ONE Project. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2017. (Original Thai work published 2560).
8. Smutpong C, Toupanurakkun U, Boonsong K. Development of the Management Model of TO BE NUMBER ONE to Excellence of Watjuntrawart (Sukprasarnrat) School. Educational Management Journal. 2020;10(1):60-7. (Original Thai work published 2563).
9. Chaichana S. Factors for Success of TO BE NUMBER ONE Diamond Level. Kasalongkham Research Journal. 2019;13(1):45-57. (Original Thai work published 2562).
10.Kan-chak J. Participation in TO BE NUMBER ONE project administration of the project committee, Khon Kaen Province [Master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013. (Original Thai work published 2556).
11. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. Boston: Pearson/Allyn and Bacon; 2006.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
13.Riawan, I. M. O., Citariani, N. M., Lokasanti, I. K., Riawan, I. M. O., Citariani, N. M., & Lokasanti, I. K. Efektivitas Model Evaluasi CIPP dalam Program Pendidikan: Kajian Literatur Sistematis. Jurnal Evaluasi Pendidikan.2025;16(2):108–15. https://doi.org/10.21009/jep.v16i2.58457
14.Izzanudin MM, Ramdansyah FI, Medichafian IZ. Analisis Kinerja dalam Bidang Teknik Industri Pengukuran dan Evaluasi Efisiensi Operasional CV.MANS GROUP. Jurnal Multidisiplin Teknologi dan Arsitektur [homepage on the Internet]. 2023;1(2):147–164. Available from: https://rayyanjurnal.com/index.php/motekar/article/download/1194/pdf
15.Berücksichtigung zeitveränderlicher Kontexte und Prozesse in der Outcome-Evaluation. (2023). https://doi.org/10.3205/23dkvf471
16. Cabral, A., & Huet, I. (n.d.). Investigação de qualidade em educação: dimensões relevantes na perspectiva dos investigadores. https://doi.org/10.34624/id.v9i2.493
17.Henderson, J., Hess, M., Hess, M., Mehra, K., Hawke, L. D., & Hawke, L. D. From Planning to Implementation of the YouthCan IMPACT Project: a Formative Evaluation. Journal of Behavioral Health Services & Research.2020;47(2):216–29. https://doi.org/10.1007/S11414-019-09658-4
18. Meade, K., Rowel, D., & Barry, M. M. Evaluating the implementation of the youth led emotional well being project 'Getting it Together.' Journal of Public Mental Health. 2008;7(1):16–25. https://doi.org/10.1108/17465729200800004
19. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. American Journal of Community Psychology.2008;41(3):327–50. https://doi.org/10.1007/S10464-008-9165-0
20. Gomes, J., & Romão, M. (2024). Combining Models to Shape Project Success (pp. 46–62). IGI Global. https://doi.org/10.4018/979-8-3693-1742-6.ch003
21.Krue-Chotekul, B., Sungkhamanee, K., Klaywong, C., & Lekapojpanich, S. Management strategy, innovative leadership, and dynamic capabilities affect success of public companies in Thailand. International Journal of Health Sciences (IJHS).2022;23–35. https://doi.org/10.53730/ijhs.v6ns3.5220
22. Sungkhamanee, K., Lekapojpanich, S., Klaywong, C., & MacDonald, D. A. Management strategy,innovative leadership, and dynamic capabilities affect success of public companies in Thailand. International Journal of Health Sciences (IJHS).2022;197–209. https://doi.org/10.53730/ijhs.v6ns5.5220
23. Khurshidbek A. Sustainable management cycles through diverse management approaches and knowledge sharing. J Sustain Dev. 2025;18(2):105-118.

การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “เบาหวานจัดการได้” (DM Managed Care) ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

Developing a Health Management Model to Drive Type 2 Diabetes Remission Through the "DM Managed Care" Initiative Under the Kud Khaopun District Quality of Life Committee Mechanism, Ubon Ratchathani Province.

(Received: August 11,2026 ; Revised: August 15,2026 ; Accepted: August 18,2026)

ชนะ หอมจันทร์[1]วัชรากรณ์ ยุตะวัน[2]ยุภาพร สืบสุนทร[3]
Chana Hormchun[1] Watcharakorn Yutawan[2] Yupaphon Suebsunthorn[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทและความต้องการ พัฒนาทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข “เบาหวานจัดการได้” ด้วยกลไก พชอ. กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการ พชอ.ทีมบริหารและบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มแกนนำ อสม. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2567-ธันวาคม 2568 การศึกษาแบ่งเป็น 2 วงรอบ ได้แก่ วงรอบที่ 1 เป็นการศึกษาบริบท สถานการณ์ ช่องว่างการบริหารจัดการ และการยกร่างต้นแบบ (V.1) เพื่อทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง และวงรอบที่ 2 เป็นการสะท้อนคิดประเมินผลจากวงรอบที่ 1 เพื่อปรับปรุงรูปแบบเป็น V.2 และขยายผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูล แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และแบบบันทึกการวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาและงบประมาณ ที่มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง 0.80-1.00 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอ้างอิง โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 95%CI

ผลการศึกษาพบว่า (1)ระบบสุขภาพเครือข่ายอำเภอกุดข้าวปุ้น พบข้อจำกัดเชิงระบบ ทั้งด้านการบริหารจัดการที่เน้นการบริบาลแบบตั้งรับ การจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกที่ไม่เพียงพอ และการพึ่งพาโมเดลชีวเวชศาสตร์ เป็นหลัก นอกจากนั้นยังพบว่าขาดแคลนหลักฐานเชิงประจักษ์และการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกการบูรณาการงานสุขภาพร่วมกับชุมชน ตลอดจนประสิทธิผลของนวัตกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในบริบทระดับอำเภอ ส่งผลให้เกิดช่องว่างทางวิชาการ (Research gap) ในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงรุกและการเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการตนเองอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ (2) รูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข “เบาหวานจัดการได้” มี 6 ขั้นตอน คือ การกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ การออกแบบกระบวนการ การสื่อสารสร้างการรับรู้ การบูรณาการการขับเคลื่อน การถอดบทเรียน และการปรับปรุงกระบวนการที่มีความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่อยู่ในระดับมาก (mean = 4.45, SD = 0.26) และ (3) อัตราการสงบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกุดข้าวปุ้นสะสม คิดเป็น 21.67% (87 คน) และการขยายผลในพื้นที่ 5 อำเภอ พบว่า อัตราการเกิด DM Remission อยู่ในช่วง ร้อยละ 8.04 – 14.96 และลดจำนวนรายการยาลงจากเดิมได้ 1.43 ±0.03 ถึง 1.77 ±0.05 รายการ/วัน

คำสำคัญ; ระยะสงบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; รูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข; การลดภาระการใช้ยา; นวัตกรรมเชิงกระบวนการ

ABSTRACT

This research and development study aimed to analyze baseline contexts, develop, implement, and evaluate the "Diabetes Managed Care" (DM Managed Care) health management model, driven by the District Health Board (DHB/Phor-Chor-Or) framework in Kud Khaopun District, Ubon Ratchathani Province. Executed from January 2024 to December 2025 across two action-research cycles, Cycle 1 focused on contextual analysis, systemic gap identification, and drafting the initial model (V.1) for pilot implementation. Cycle 2 involved reflective evaluation and scaling up the refined model (V.2) across five expansion districts. Participants included DHB members, health administrative teams, village health volunteers (VHVs), type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients, and multidisciplinary experts. Data were collected via focus group guides, clinical outcome records, health-related quality of life assessments, and pharmaceutical cost-analysis tools (Content Validity Index: 0.80–1.00). Statistical analyses utilized descriptive statistics and inferential tests with a 95% confidence interval (95% CI).

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี
[2] โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี
[3] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

Results: Contextual gaps: Baseline analysis revealed systemic constraints, including reactive care reliance, inadequate proactive health promotion funding, and overdependence on biomedical models, exposing a critical research gap in sustainable community-integrated self-management frameworks. Model Feasibility: The finalized 6-step model—comprising goal/strategy setting, process design, awareness communication, integrated implementation, reflective learning, and continuous process improvement—demonstrated high feasibility and utility for practical implementation (Mean = 4.45, SD} = 0.26) .Clinical Outcomes: The model achieved a cumulative T2DM remission rate of 21.67% (n = 87) in the primary district. Across the five expansion districts, remission rates ranged from 8.04% to 14.96%, accompanied by a significant reduction in daily prescribed medications ranging from 1.43±0.03 to 1.77 ±0.05 items/day compared to baseline (3.02-4.60±0.28).

Keywords; Type 2 Diabetes Remission; District Health Board; Health Management Model; Polypharmacy De-escalation; Process Innovation

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs 3.4) ในระดับสากล[1] สำหรับบริบทพื้นที่อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2563–2567 แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ที่น่ากังวลด้วยอัตราความชุกสูงถึง 65.95–68.06 ต่อประชากรพันคน ร่วมกับแนวโน้มผู้ป่วยใหม่ที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องน่าเป็นห่วงคือ ผู้ป่วยในระบบการรักษาเกินครึ่ง (ร้อยละ 58.82) ประสบปัญหาภาวะคุมน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c ≥ 7%) ซึ่งนำไปสู่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พุ่งสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 20.76) ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และจอตาเสื่อม[2] รวมถึงการเกิดโรคร่วมอย่างโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งทั้งหมดนี้สร้างภาระทางการเงินและงบประมาณการดูแลรักษาอย่างหนักแก่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่

ปัจจุบันแม้เวชปฏิบัติทั่วไปจะเน้นการจ่ายยาร่วมกับการแนะนำการปรับพฤติกรรม[3] แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่า โมเดลการแพทย์แนวดิ่ง (Vertical Medical Model) ที่พึ่งพาการรักษาทางพยาธิสภาพเป็นหลัก ไม่สามารถแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับประชากรได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากโรคนี้ผูกผันอย่างซับซ้อนกับปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคมและวัฒนธรรม การกินข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้ระบบสาธารณสุขระดับสากลในช่วงสิบปีที่ผ่านมาเกิดการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ (Paradigm Shift) จากการใช้น้ำยาควบคุมระดับน้ำตาลไปตลอดชีวิต ย้ายไปสู่การมุ่งเป้าให้เกิด "สภาวะเบาหวานระยะสงบ (Type 2 Diabetes Remission)" นั่นคือการควบคุมค่า HbA1c ให้ต่ำกว่า 6.5% ได้นานอย่างน้อย 3 เดือนโดยไม่พึ่งพายา[4] แนวทางนี้เน้นการใช้เวชศาสตร์ไลฟ์สไตล์และการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเคร่งครัด[5] เช่น การจำกัดคาร์โบไฮเดรต ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วย[6] ตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพของกฎบัตรออตตาวา [7]

ข้อจำกัดสำคัญของระบบบริการเดิมคือ การตั้งรับอยู่เฉพาะในสถานพยาบาล ขาดการเชื่อมต่อกับชุมชน และไม่มีระบบการอภิบาลสุขภาพเชิงพื้นที่ที่ชัดเจน ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางการวิจัยและการนำไปปฏิบัติ การจะผลักดันการปรับพฤติกรรมเพื่อมุ่งสู่ DM Remission ในระดับประชาชนนั้น จึงต้องก้าวข้ามการทำงานแบบแยกส่วน (Silo) การนำกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นนวัตกรรมบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่มาใช้เป็นแกนขับเคลื่อน[8] จึงเป็นตัวเชื่อมประสานสถาบันทางการแพทย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคประชาสังคมเข้าด้วยกันอย่างมีเอกภาพ[9] กลไกดังกล่าวช่วยบูรณาการระบบอภิบาล การจัดสรรงบประมาณข้ามกระทรวงผ่านกองทุนสุขภาพตำบล การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพอำเภอระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ อสม.[10] รวมทั้งการสร้างมาตรการสังคมในชุมชน[11] โดยแนวทางนี้พิสูจน์แล้วว่าช่วยลดการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ป้องกันได้[12] และลดระดับ HbA1c ของประชากรได้ดีกว่าการรักษาในคลินิกแบบเดิม[11]

เพื่อปิดช่องว่างเชิงระบบและตอบสนองต่อความสำคัญดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุข “เบาหวานจัดการได้” (DM Managed Care) ขึ้น โดยอาศัยกลไก พชอ. อำเภอกุด

ข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบโมเดลเชิงระบบนี้มุ่งเน้นการเชื่อมโยงเทคโนโลยีดิจิทัลอย่าง Smart อสม. และระบบ Telemedicine เข้ากับทุนทางสังคมที่มีอยู่จริง ได้แก่ สถานีสุขภาพชุมชน 79 แห่ง และโรงเรียนเบาหวาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และพัฒนานวัตกรรมเชิงบริหารจัดการสาธารณสุขที่พร้อมสำหรับการขยายผลสู่ระดับนโยบายในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบทและความต้องการการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “เบาหวานจัดการได้” ด้วยกลไก พชอ.กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี (วงรอบที่ 1)

3. เพื่อประเมินผลและขยายผลรูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “เบาหวานจัดการได้” ด้วยกลไก พชอ.กุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี (วงรอบที่ 2)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานชนิดสำรวจลำดับก่อน-หลัง (Exploratory Sequential Mixed-Methods Design) ร่วมกับแบบแผนประเมินผลและการนำไปใช้ ดำเนินการวิจัยสะท้อนคิด 2 วงรอบ (2-Year Interactive R&D Loops) ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567-เดือนธันวาคม 2568 ดังรายละเอียดแต่ละวงรอบดังต่อไปนี้

วงรอบที่ 1 (Year 1: Loop 1 - Model Development & Pilot Testing) ในระยะนี้เป็นการศึกษาบริบท สถานการณ์ ช่องว่างการบริหารจัดการและการยกร่างต้นแบบเพื่อทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง (เดือนมกราคม-ธันวาคม 2567)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (1) ประธานและคณะกรรมการ พชอ.กุดข้าวปุ้น ทีมบริหารและบุคลากรสาธารณสุข (2) กลุ่มแกนนำ อสม. และผู้แทนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวม 35 คน (3) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเป็นไปได้ความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ ที่ได้มาจากคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 13 ท่าน และ (4) กลุ่มเป้าหมายทดลองใช้ต้นแบบ V.1 (Pilot Study) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ รพ.สต. นำร่อง 9 แห่งและ PCU ของโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น 1 แห่ง จำนวน 400 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

เครื่องมือวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม (2) แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (3) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกเบื้องต้นที่มีดัชนีความสอดคล้อง(Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

Phase 1 (เดือนมกราคม-มิถุนายน 2567) ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บันทึกเสียงและจดบันทึก

Phase 2 (เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567) ดำเนินการโดยส่งแบบประเมินร่างรูปแบบฯ V.1 เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและสอบถามความเห็นผู้เชี่ยวชาญตามแบบมาตรฐานการประเมินของ McMillan & Schumacher[13] จากนั้นนำรูปแบบ V.1 ไปทดลองใช้ในพื้นที่ รพ.สต. นำร่อง 9 แห่ง และ PCU ของโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น 1 แห่ง เป็นเวลา 6 เดือน โดยเก็บข้อมูล Baseline และ Post-pilot

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test

วงรอบที่ 2 (Year 2: Loop 2 - Model Refinement, Scaling – up & Evaluation) การวิจัยระยะนี้มุ่งเน้นการสะท้อนคิดประเมินผลจากวงรอบที่ 1 เพื่อปรับปรุงรูปแบบเป็น V.2 ขยายในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 2 จำนวน 5 อำเภอ (เดือนมกราคม-ธันวาคม 2568)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง (1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในระบบบริการปฐมภูมิในเขต PCU (Primary Care Unit) ของโรงพยาบาล

อำเภอตระการพืชผล อำเภอกุดข้าวปุ้น อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอนาตาล อำเภอศรีเมืองใหม่ และอำเภอเขมราฐ ซึ่งได้มาจากคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 64 คน และเผื่อ Drop-out 20% ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 80 คน โรงพยาบาลละ 160 คน รวม 800 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Intervention Group) ได้รับบริการตามรูปแบบ V.2 และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control Group) ได้รับการดูแลตามระบบปกติ (Usual Care) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง และ (2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลการประเมินเชิงระบบ คณะกรรมการ พชอ., ทีมสหวิชาชีพ, อสม. Health Coach และภาคีเครือข่าย อำเภอละ 50 คน รวมทั้งหมด 250 คน

เครื่องมือวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินบริหารจัดการเชิงระบบของ พชอ. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcome Record) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย) และแบบบันทึกการวิเคราะห์ต้นทุนค่ายาและงบประมาณ โดยเครื่องมือวิจัยเหล่านี้ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ของแบบสอบถามประเมินเชิงระบบและแบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่าว่ามีค่า IOC 0.80–1.00 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 และเครื่องมือวัดทางคลินิก (เครื่องตรวจ HbA1c และเครื่องเจาะน้ำตาล) ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน (Calibration) ตามเกณฑ์ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลในวงรอบที่ 2 เป็นการดำเนินการวิจัยและขยายผลเชิงระบบร่วมกับการทดลองทางคลินิก (Implementation-Effectiveness Evaluation) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนย่อย

Phase 3 เดือนเดือนพฤศจิกายน- ธันวาคม 2567

การสะท้อนคิด และปรับปรุงรูปแบบ

ขั้นเตรียมการ (เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2567) เป็นขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนลงมือเก็บข้อมูลจริง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนและสร้างมาตรฐานการวัด

ขั้นดำเนินการ

Phase 4 (เดือนมกราคม-พฤศจิกายน 2568) การทดลองขยายผลและประเมินผลเชิงเปรียบเทียบดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบชี้อนาคต (Prospective Follow-up) ในกลุ่มทดลอง (n=80) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=80) รวม 160 คน เป็นระยะเวลา 12 เดือน โดยมีกรอบเวลาและรายละเอียดการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.ระยะก่อนการทดลอง (Baseline: T0 / Month 0) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่ ข้อมูลประชากร สังคม ประวัติการป่วย และตัวชี้วัดทางคลินิก: เช่น ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c), น้ำตาลหลังอดอาหาร (FBG), ดัชนีมวลกาย (BMI), น้ำหนัก, ความดันโลหิต รวมถึงจำนวนและชนิดของยาลดน้ำตาล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (T0) และ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) รวบรวมโดยพยาบาล Care Manager และทีมวิจัย พฤติกรรมสุขภาพ: ประเมินพฤติกรรมสุขภาพเข้มข้น 4 ด้าน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม คุณภาพชีวิต: ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้ แบบประเมิน EQ-5D-5L รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโดยตรง และการบริหารจัดการเชิงระบบ: ประเมินคะแนนการบริหารจัดการเชิงระบบ พชอ. ตั้งต้น โดยใช้ แบบประเมินระบบบริหาร พชอ. เก็บข้อมูลจากทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. ระยะระหว่างการทดลอง (Interim: T1/Month 6) เมื่อดำเนินโครงการเข้าสู่เดือนที่ 6 มีการติดตามและประเมินผลกลางทาง ในประเด็นดังต่อไปนี้ ตัวชี้วัดทางคลินิก: ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c, FBG, BMI และปริมาณการลดหรือปรับเปลี่ยนยา โดยบันทึกผ่าน แบบบันทึกผลทางคลินิก (T1) ซึ่งรวบรวมโดยทีมสหวิชาชีพและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและการคงอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง: ติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตลอดจนประเมินอัตราการคงอยู่ในโครงการและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop-out rate) ผ่าน แอปพลิเคชัน Smart อสม. และ KKP Dashboard โดยมี อสม. Health Coach เป็นผู้ติดตามและบันทึกข้อมูล

3. ระยะหลังการทดลอง (Post-test: T2/Month 12) ในระยะสิ้นสุดการทดลองที่เดือนที่ 12 มีการ

ประเมินผลสัมฤทธิ์ในภาพรวม ดังนี้ การบรรลุภาวะสงบของโรคและการเปลี่ยนผ่านทางคลินิก: ประเมินอัตราการบรรลุภาวะสงบของโรคเบาหวาน (DM Remission Rate) และวัดคุณภาพชีวิตซ้ำด้วย แบบประเมิน EQ-5D-5L การประเมินคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์: รวบรวมข้อมูลต้นทุนค่ายาและทรัพยากรที่ใช้จริงเพื่อนำไปวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) โดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่ายา จากเภสัชกรและงานคลังยา และประสิทธิผลการบริหารจัดการเชิงระบบ: ประเมินความสำเร็จของการบริหารจัดการเชิงระบบ พชอ. โดยใช้ แบบประเมินประสิทธิผลระบบ พชอ. จากผู้ให้ข้อมูลเชิงระบบ

ขั้นประเมินผล จัดกระทำข้อมูล และการควบคุมคุณภาพ (เดือนธันวาคม2568) ขั้นตอนนี้เป็นการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาผ่านกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่ การประเมินผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง การตรวจสอบและทำความสะอาดข้อมูล การจัดการข้อมูลสูญหายและการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเตรียมข้อมูลและการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมข้อมูลและตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและคงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือทางสถิติดังนี้ คือ การวิเคราะห์แบบ Intention-to-Treat (ITT) การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality test) พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดหลังงดอาหาร (FBG) และดัชนีมวลกาย (BMI) มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) จึงใช้สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานและการทดสอบสมมติฐานเพื่อประเมินผลรูปแบบ DM Managed Care V.2 เปรียบเทียบกับระบบปกติ (Usual Care)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่หนังสือรับรอง: SSJ.UB 2567-019.11 รับรองเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2667-27 มกราคม 2568 และ SSJ.UB 2568-01.040 รับรองเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2568-29 มกราคม 2569

ผลการศึกษา

1. ระบบการดูแลสุขภาพเครือข่ายสุขภาพอำเภอกุดข้าวปุ้นยังมีช่องว่างเชิงระบบ ในหลายมิติ ได้แก่ การบริหารจัดการที่เน้นการดูแลแบบตั้งรับเป็นหลัก ขาดการเชื่อมโยงกับชุมชน ด้านทรัพยากร มีงบประมาณหมวดบริการไม่เพียงพอและขาดงบสนับสนุนกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงรุก ในส่วนของการบริการ ยังพึ่งพาการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะและการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง นอกจากนี้ ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ข้อมูลการบริการยังคงแยกส่วนกันระหว่างโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น รพ.สต. และ อสม.จากช่องว่างดังกล่าว จึงเกิดความต้องการเชิงระบบบริหาร ใน 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ ต้องการกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับอำเภอที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน 2) ด้านทรัพยากร ต้องการระบบบริหารจัดการงบประมาณร่วมจากกองทุนสุขภาพตำบล (กปท.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และชุมชน 3) ด้านการบริการ ต้องการแนวทางการดูแล แบบ Intensive Lifestyle Intervention (ILI) และจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานเพื่อสร้างทักษะการดูแลตนเองอย่างเข้มข้น และ 4) ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ต้องการฐานข้อมูลร่วมระดับอำเภอพร้อม Dashboard สำหรับติดตามผลลัพธ์การดูแลสุขภาพแบบเรียลไทม์

2. รูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “เบาหวานจัดการได้” (DM Managed Care) มีกระบวนการดำเนินงาน 6 ขั้น คือ (1) การกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ (2) การออกแบบกระบวนการดำเนินงาน (3) การสื่อสารสร้างการรับรู้ ((4)การบูรณาการการขับเคลื่อน (5) การถอดบทเรียน และ (6) การปรับปรุงกระบวนการ ที่มีความเป็นไปได้ และความเป็น

ประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่อยู่ในระดับมาก (mean = 4.45, SD = 0.26)

ผลการประเมินอัตราการสงบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (DM Remission) และผลของการปรับลดรายการยาในกลุ่มทดลอง อำเภอกุดข้าวปุ้น ในพื้นที่นำร่อง 10 แห่ง (n = 400) มิติของการสงบของโรค พบว่า อัตราการเกิด DM Remission แบบสะสม (Cumulative DM Remission Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยระยะ 3 เดือนแรกของการติดตามผลมีผู้ป่วยบรรลุภาวะ Remission คิดเป็นร้อยละ 10.00 (40 คน) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.30 (73 คน)เดือนที่ 6 ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะคงตัวและบรรลุอัตรา Remission สะสมสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 21.67 (n = 87) เมื่อครบระยะเวลาติดตาม 12 เดือน ส่วนด้านการปรับลดรายการยา (Medication Deprescribing) พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถลดรายการยาลงได้อย่างน้อย 1 รายการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.67 (167 คน) ในเดือนที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 56.65 (227 คน)ในเดือนที่ 6 และร้อยละ 63.00 (252 คน) เมื่อสิ้นสุดการติดตามผลที่ 12 เดือน ส่งผลให้ภาระการใช้ยาเฉลี่ยต่อคนลดลงอย่างต่อเนื่อง จากระดับเริ่มต้น (Baseline) ที่ 4.38 ±1.39 รายการ เหลือ 2.85 ±1.20 รายการ เดือนที่ 3, 2.10 ±1.12 รายการ ณ เดือนที่ 6 และลดลงเหลือเพียง 1.85±1.05 รายการ เดือนที่ 12 คิดเป็นการลดลงของจำนวนรายการยาเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 57.76 ตามลำดับ

3. ผลการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ “เบาหวานจัดการได้” (DM Managed Care) ด้วยกลไก พชอ. กุดข้าวปุ้นจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

1) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก HbA1C, FBG, BMI จากการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายหลังการพัฒนานวัตกรรม/โปรแกรมทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 80 ต่ออำเภอ) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 80 ต่ออำเภอ) ในพื้นที่ 5 อำเภอ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกทุกตัวแปรดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (p < 0.001) ในทุกพื้นที่ โดยมีรายละเอียดสรุปในแต่ละอำเภอ ดังนี้

อำเภอเขมราฐ หลังการพัฒนา กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c เท่ากับ 5.94 ±0.31% ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.52% (95% CI: 1.37, 1.65; p < 0.001) สำหรับ FBG กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 106.68 ± 7.36 mg/dL ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (148.65 ±14.09 mg/dL) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 41.96 mg/dL(95%CI: 38.67, 45.24; p < 0.001) ด้าน BMI กลุ่มทดลองลดลงมาอยู่ที่ 23.86 ±1.28 kg/m^2 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ที่ 26.35 ±1.69 kg/m^2 โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 2.49± kg/m^2 (95%CI: 2.10, 2.87; p < 0.001)

อำเภอตระการพืชผล กลุ่มทดลองแสดงค่า HbA1c เฉลี่ยที่ 5.91 ±0.36% ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (7.59 ± 0.94%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff. = 1.67%; 95% CI: 1.54, 1.80; p < 0.001) ค่า FBG ของกลุ่มทดลองลดลงเหลือ 106.06 ± 8.60 mg/dLเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ 148.20 ±14.19 mg/dL (Mean diff. = 42.16 mg/dL; 95% CI: 38.47, 45.79; p < 0.001) ส่วนค่า BMI กลุ่มทดลองอยู่ที่ 23.71 ±1.33 kg/m^2 ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (26.75± 1.51 kg/m^2) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 3.03 kg/m^2 (95% CI: 2.63, 3.43; p < 0.001)

อำเภอโพธิ์ไทร กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c เท่ากับ 5.99 ± 0.38% ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน (Mean diff. = 1.74%; 95% CI: 1.66, 1.82; p < 0.001) ค่า FBG ในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 107.25 ±8.96 mg/dL ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบสูงถึง 151.51 ± 13.95 mg/dL (Mean diff. = 44.26 mg/dL; 95% CI: 42.47, 46.05; p < 0.001) สำหรับ BMI กลุ่มทดลองอยู่ที่ 23.78 ±1.40 kg/m^2 ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (26.59 ±1.59 kg/m^2) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 2.80kg/m^2 (95%CI: 2.41, 3.19; p < 0.001)

อำเภอศรีเมืองใหม่ ผลการทดลองพบว่า ค่า HbA1c ของกลุ่มทดลองอยู่ที่ 6.11 \±0.37% ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ 7.80 ±0.61% (Mean diff. = 1.69%; 95%CI: 1.63, 1.75; p < 0.001) ค่า FBG กลุ่มทดลองเฉลี่ย 112.12 ± 9.49 mg/dL ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (153.80 ± 14.34mg/dL) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 41.67 mg/dL (95% CI: 39.94, 43.40; p < 0.001) และค่า BMI ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 24.28 ±1.38{ kg/m^2 ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (26.64 ±1.66 kg/m^2) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 2.36 kg/m^2 (95%CI: 2.12, 2.60; p < 0.001)

อำเภอนาตาล อำเภอนาตาล กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c เท่ากับ 6.39 ±0.49% ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (7.71 ± 0.61%) อย่างมีนัยสำคัญ (Mean diff.= 1.31%; 95%CI: 1.24, 1.39; p < 0.001) สำหรับค่า FBG กลุ่มทดลองเฉลี่ยอยู่ที่ 123.56 ±13.51mg/dL ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (151.10 ± 14.53 mg/dL) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 27.53 mg/dL (95% CI: 24.82, 30.25; p < 0.001) และค่า BMI กลุ่มทดลองเท่ากับ 25.11 ± 1.64 kg/m^2 ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (26.21 ± 1.62 kg/m^2) โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 1.09 kg/m^2 (95%CI: 1.01, 1.16; p < 0.001)

2) อัตรา DM remission rate และจำนวนรายการยาที่ลดลง(รายการ/วัน จากการประเมินผลการขยายผลรูปแบบการบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (DM Managed Care) ในพื้นที่ 5 อำเภอ เป็นระยะ 12 เดือน พบว่า รูปแบบฯ ดังกล่าวประสบผลสำเร็จใน 2 มิติคือ อัตราการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน (DM Remission Rate) ทุกพื้นที่ขยายผลบรรลุอัตราการเกิด DM Remission อยู่ในช่วง ร้อยละ 8.04 – 14.96 โดยอำเภอศรีเมืองใหม่มีอัตราสูงสุด (ร้อยละ 14.96) รองลงมาคือ อำเภอเขมราฐ (ร้อยละ 14.68), อำเภอนาตาล (ร้อยละ 13.86), อำเภอโพธิ์ไทร (ร้อยละ 11.52) และอำเภอตระการพืชผล (ร้อยละ 8.04) ตามลำดับ การลดภาระการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบกับค่าฐานเดิม (3.02 - 4.60±0.28 รายการ/วัน) พบว่าผู้ป่วยสามารถลดจำนวนรายการยาลงได้เฉลี่ย 1.43 ± 0.03 ถึง1.77 ± 0.05 รายการ/วัน โดยอำเภอนาตาลลดลงสูงสุด (1.77±0.05 รายการ/วัน) รองลงมา คืออำเภอศรีเมืองใหม่ (1.63 ±0.04 รายการ/วัน)

3) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและค่าอรรถประโยชน์ (Utility Index)จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่นำร่อง 5 อำเภอ (n = 400, อำเภอละ 80 คน) เพื่อใช้เป็นข้อมูลฐานในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางการแพทย์และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) โดยวัดผ่านเครื่องมือประเมินอรรถประโยชน์ทางสุขภาพ (Utility Index Score มีค่าระหว่าง -0.211 ถึง 1.000) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมของทุกพื้นที่นำร่องมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ "ดีมาก" โดยมีค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ยสะท้อนสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ในระดับสูง

เมื่อจำแนกตามรายพื้นที่ พบว่า อำเภอตระการพืชผล และอำเภอเขมราฐ มีค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากันคือ 0.91±0.04 (ระดับคุณภาพชีวิตดีมาก) รองลงมาคือ อำเภอโพธิ์ไทรมีค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ย 0.89 ±0.05 (ระดับคุณภาพชีวิตดีมาก), อำเภอนาตาล มีค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ย 0.86±0.05 (ระดับคุณภาพชีวิตดีมาก) และอำเภอศรีเมืองใหม่ มีค่าอรรถประโยชน์เฉลี่ย 0.83 ±0.06 (ระดับคุณภาพชีวิตดีมาก) ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของทุกพื้นที่ที่มีค่าค่อนข้างต่ำ (0.04 - 0.06)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ยังมีช่องว่างเชิงระบบที่สำคัญหลายประการ เช่น การบริหารจัดการที่เน้นการดูแลแบบตั้งรับ ขาดการเชื่อมโยงกับชุมชน และการสนับสนุนด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้การบริการสุขภาพยังพึ่งพาการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการตนเอง[14,15] นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลยังไม่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลการบริการยังแยกส่วนกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ [16] การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจึงต้องมีการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน การฝึกอบรมบุคลากร และการสร้างความร่วมมือกับองค์กรในชุมชน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17]

2.การบริหารจัดการสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ "เบาหวานจัดการได้" (DM Managed Care) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดภาระทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน[18,19]ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กระบวนการดำเนินงาน 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ การออกแบบกระบวนการดำเนินงาน การสื่อสารสร้างการรับรู้ การบูรณาการการขับเคลื่อน การถอดบทเรียน และการปรับปรุงกระบวนการ ทั้งนี้รูปแบบฯ ดังกล่าวมีความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ในการ

นำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่อยู่ในระดับมาก[20] โดยที่การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความสำคัญในการออกแบบแผนการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย[20,21] การบูรณาการเทคโนโลยีและการจัดการแบบเฉพาะบุคคลช่วยเสริมสร้างกระบวนการดูแลและปรับปรุงผลลัพธ์ [21]การศึกษาและการสนับสนุนทางจิตวิทยาเป็นส่วนสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การจัดการโดยพยาบาลที่เน้นการดูแลและการสนับสนุนทางอารมณ์สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้[22] และการดำเนินการตามแนวทางนี้ต้องการการสนับสนุนจากองค์กรและการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[22,23]

3.ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการพัฒนานวัตกรรมที่ดำเนินการใน 5 อำเภอโดยมีผู้เข้าร่วมแต่ละอำเภอ 80 รายในกลุ่มทดลองและ 80 รายในกลุ่มเปรียบเทียบ (รวม 400 รายต่อกลุ่ม) แสดงให้เห็นว่าการนำโปรแกรมการจัดการเบาหวานแบบบูรณาการเข้ามาใช้สามารถทำให้ค่า HbA1c, FBG และ BMI ลดลง เมื่อเทียบกับการดูแลแบบเดิม ๆ ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับหลักฐานจากหลายงานวิจัยที่ได้ทำการทดลองในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันแต่มีแนวทางการแทรกแซงคล้ายคลึงกัน เช่นเดียวกับการศึกษา HbA1c ของกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการลดค่า HbA1c ที่พบในงานวิจัยหลายฉบับที่กล่าวถึงข้างต้น[24] การศึกษา FBG ของกลุ่มทดลองแสดงการลดลงอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับผลของการใช้เทคโนโลยีตรวจวัดระดับกลูโคสแบบต่อเนื่องและการให้คำแนะนำผ่านโทรศัพท์/ข้อความสั้นที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง[25,26]และการศึกษา BMI ของกลุ่มทดลองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการลด BMI ที่พบในโปรแกรมบูรณาการ 12 สัปดาห์, โมเดล C-IDM, และโปรแกรมดิจิทัลเทอราพีติกส์ [24,25,27]

การที่ผลลัพธ์ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิตินั้นแสดงถึงความแข็งแรงของผลกระทบและความน่าเชื่อถือของการแทรกแซงที่ใช้ในพื้นที่ 5 อำเภอ การลดค่า HbA1c ระดับ 0.5-1.2 % นั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน พร้อมทั้งมีกลไกที่ส่งผลให้ผลลัพธ์ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เห็นได้จากผลของกระบวนการกลุ่ม[28] การตรวจวัดระดับกลูโคสแบบต่อเนื่อง (CGM) ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ป่วยเห็นแนวโน้มระดับน้ำตาลตลอดเวลาและปรับพฤติกรรมได้ทันที[25] การติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น ระบบโทรศัพท์และข้อความสั้น หรือการเยี่ยมผู้เชี่ยวชาญตามโมเดล C-IDM (Conceptual Interactive Dialogue Model) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบและแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว [24,26,27]

อย่างไรก็ตามการขยายผลใน 5 พื้นที่ พบว่า อัตราการเกิด DM Remission อยู่ในช่วง ร้อยละ 8.04 – 14.96 และลดจำนวนรายการยาลงจากเดิมได้ 1.43 ±0.03 ถึง 1.77 ±0.05 รายการ/วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ DiRECT ที่ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการน้ำหนักที่เข้มงวดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำให้เกิดการ Remission ได้ถึง 36% หลังจาก 2 ปี[29] นอกจากนี้งานวิจัย DIREM ยังได้ศึกษาผลของการควบคุมแคลอรีและการอดอาหารแบบเป็นระยะต่อการ Remission ของเบาหวานชนิดที่ 2 โดยคาดหวังว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราการ Remission และการใช้ยา[30] สุดท้าย งานวิจัยที่สำรวจลักษณะของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการ Remission ในสภาพแวดล้อมจริง พบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายมีบทบาทสำคัญในการบรรลุผล[31]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหาร ควรผลักดันให้โมเดล DM Managed Care ด้วยกลไก พชอ. เป็นยุทธศาสตร์หลักของเขตสุขภาพ พร้อมทั้งสถาปนาระบบงบประมาณบูรณาการร่วมระหว่าง กปท. อปท. และ คปสอ. เพื่อความมั่นคงด้านทรัพยากร นอกจากนี้ควรเสนอ สปสช. เพื่อจัดตั้งคลินิก DM Remission และระบบ Telemedicine เข้าเป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักในระบบบริการปฐมภูมิ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและบริการปฐมภูมิ ควรเร่งพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยจัดทำหลักสูตร อสม. Health Coach และพยาบาล Care Manager ให้มีทักษะการคำนวณคาร์โบไฮเดรต การโค้ชเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พร้อมทั้งขยายผลการจัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน เพื่อเป็นศูนย์กลางคัดกรอง ติดตาม และดูแลสุขภาพเชิงรุกใกล้บ้าน ช่วยลดความแออัดและภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ควรศึกษาวิจัยติดตามผลเชิงลองจิจูดินอลในระยะยาว 3–5 ปี เพื่อประเมินอัตราการคงอยู่ในภาวะ DM Remission และค้นหาปัจจัยทำนายการเกิด Relapse ควบคู่กับการทำประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเชิงลึก (Cost-Utility Analysis) เพื่อวิเคราะห์มูลค่าการลดลงของภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น โรคไตและหลอดเลือดสมอง สำหรับใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.Dewi RK, Pratiwi MR. Health Communication Study in the Digital Era: Analysis of Handling Diabetes Mellitus Discourse in Indonesia in 10 Years (2015-2025). In: Proceedings of the Jogjakarta Communication Conference (JCC); 2025; Jogjakarta, Indonesia. p. 603-620. https://jcc-indonesia.id/proceeding/index.php/jcc/article/view/566

2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดข้าวปุ้น. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ปี พ.ศ.2567. งานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดข้าวปุ้น .อุบลราชธานี;2567.

3. Sirichaisit K, Anuyahong T. Wetchasat Withi Chiwit [Lifestyle Medicine]. Journal of Health Promotion and Environmental Health Research Health Promotion Centre 8 Udon Thani. 2024;1(4):1-12. https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hpc8Journal/article/view/1353

4. Saudek CD, Derr RL, Kalyani RR. Assessing glycemia in diabetes using self-monitoring blood glucose and hemoglobin A1c. JAMA. 2006;295(14):1688-1697. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/202649

5.Pompatkul V, Nopparatchon S, Tejativaddhana P. Strategies to support lifestyle modification for diabetes remission [in Thai]. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2024;47(4):11-25.https://thaidj.org/index.php/for4d/article/view/16348

6.Audthiya P, et al. Enhancing autonomy and self-management behaviors through a patient-centered communication program for older adults with hypertension: A randomized controlled trial. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2021;25(4):525-538. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/253312

7.Lee CY, et al. Development of a community health promotion center based on the World Health Organization's Ottawa Charter health promotion strategies. Japan Journal of Nursing Science. 2009;6(2):83-90. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1742-7924.2009.00125.x

8. Kongsathienpong K. The efficient operating model of the district quality of life development committee under the district health system [doctoral dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2023. https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/6128/3/KanchatpisitKongsathienpong.pdf

9.ภูดิท เตชาติวัฒน์, สรพงศ์ พีรปกรณ์, รชต สำราญหันต์, ทศพร กลิ่นมาลี. การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองของประเทศไทย: กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 3. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.

10.ไพโรจน์ พรหมพันใจ, ธีระวุธ ธรรมกุล, ทิพยรัตน์ สิงห์ทอง. การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566;54(12):175-88.

11.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, วิชช์ เกษมทรัพย์, ศิรินาถ ตงศิริ. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(3):345-58.

12.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, พลอยชมพู สุกัณศีล, นภชา สิงหรัญ, ศรานนท์ นามปาน. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ: บทเรียนจากการขับเคลื่อนในพื้นที่จริง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.

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

14.Amar–Singh H. Addressing Community Health Challenges. Malaysian Journal of Paediatrics and Child Health. Malaysian Paediatric Association; 2025;31:105–11.

15. Pitoyo, A. Z., Pujiati, L., Setyaningrum, I., Huzaimah, N., & Raule, J. H. (2024). Addressing Healthcare Disparities through Community-Based Hospital Management Initiatives. Global International Journal of Innovative Research.2024:2(5):984– 92. https://doi.org/10.59613/global.v2i5.163

16.Maulaningrum, P., Mujanah, S., & Fianto, A. Y. A. Transformasi Digital di Sektor Kesehatan Tinjauan Literatur tentang Penerapan Teknologi Informasi dalam Manajemen Pelayanan. Jurnal Ilmu Manajemen, Ekonomi Dan Kewirausahaan.2025;5(1):494–503. https://doi.org/10.55606/jimek.v5i1.6399

17.Oloruntoba, B., Okolo, C. A., Arowoogun, J. O., Adeniyi, A. O., & Chidi, R. (2024). Healthcare managerial challenges in rural and underserved areas: A Review. https://doi.org/10.5281/zenodo.11296328

18.Clarke, J. L. (2010). Building a coordinated care model for diabetes management. Population Health Management, 13. https://doi.org/10.1089/POP.2010.1372

19.Chicoye, L., Roethel, C. R., Hatch, M. H., & Wesolowski, W. Diabetes care management: a managed care approach. WMJ: Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin. 1988; 97(3): 32–4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9540446/

20.Hsu, H.-C. (2023). Holistic Person-Centered Care for Individuals With Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Nursing.2023;70(6): 82–91. https://doi.org/10.6224/jn.202312_70(6).10

21.Kalra, S., Bantwal, G., Sahay, R., Bhattacharya, S., Baruah, M. P., Sheikh, S., & Lathia, T. Incorporating Integrated Personalised Diabetes Management (iPDM) in Treatment Strategy: A Pragmatic Approach. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism.2022; 26(2):106–10. https://doi.org/10.4103/ijem.ijem_478_21

22.Jyoti, G. (2025). Integrating Nurse-Led Diabetes Management into Public Health Systems: Enhancing Outcomes through Collaborative Care. https://doi.org/10.5281/zenodo.15689484

23. Hirani, K., Sundheim, B., Blaschke, M., Lemos, J., & Mittal, R. (2025). A Global Call to Action: Strengthening Strategies to Combat Dysglycemia and Improve Public Health Outcomes. https://doi.org/10.20944/preprints202503.0727.v1

24. Lou, Q.,et al. Effectiveness of a clinic-based randomized controlled intervention for type 2 diabetes management: an innovative model of intensified diabetes management in Mainland China (C-IDM study). BMJ Open Diabetes Research & Care.2020; 8(1). https://doi.org/10.1136/BMJDRC-2019-001030

25. Joshi, S., et al.(2022). Changes in HbA1c and weight in people with Type 2 Diabetes after continuous glucose monitoring based Diabefly-Pro digital therapeutics program: Analysis of real-world data (Preprint). JMIR Diabetes, 8, e43292. https://doi.org/10.2196/43292

26. Xu, R., Xing, M., Javaherian, K., Peters, R., Ross, W., & Bernal-Mizrachi, C. Improving HbA1c with Glucose Self-Monitoring in Diabetic Patients with EpxDiabetes, a Phone Call and Text Message-Based Telemedicine Platform: A Randomized Controlled Trial. Telemedicine Journal and E-Health.2020; 26(6), 784–93. https://doi.org/10.1089/TMJ.2019.0035

27. Lee, W.-L., Pan, J.-Y., Lai, Y.-P., Chueh, K.-H., & Wang, M.-H. A 12-Week Integrated Intervention to Improve Glycemic Control among Outpatients with Type 2 Diabetes.2013;11(1):21–8. https://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?DocID=18102093-201303-201305270021-201305270021-21-28

28. Kumla, W. Effects of Group process programs on Self-Care Behavioral and Accumulated Blood sugar level of Diabetes Mellitus Patients at Wiang Pa Pao Hospital, Chiangrai Province. 2017;23(1):5–17

29. Lean, M. E. J.,at al. 5-year follow-up of the randomised Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT) of continued support for weight loss maintenance in the UK: an extension study. The Lancet Diabetes & Endocrinology.2024;12(4):233–46. https://doi.org/10.1016/s2213-8587(23)00385-6

30.Badrooj, N., et al. Diet and Diabetes Remission (DIREM): Effects of Calorie-carbohydrate Restriction versus Intermittent Fasting for Type 2 Diabetes Remission: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. Asian Journal of Social Health and Behavior.2025; 9(1):56–63. https://doi.org/10.4103/shb.shb_184_25

31.Marcotte-Chénard, A., Oliveira, B., Rahman, T., McKelvey, S., Elliott, T., Sousa da Silva Rocha, P., MacKay, D., & Little, J. P. (2025). Characterization of Individuals Achieving Type 2 Diabetes Remission in Real-World Settings: Bridging Clinical Evidence and Patient Experiences. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism. https://doi.org/10.1139/apnm-2024-0316

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัด ขอนแก่น

Risk Factors Associated with Severe RSV Infection in Pediatric Patients at Nam Phong Hospital, Khon Kaen Province.

(Received: August 4,2026 ; Revised: August 8,2026 ; Accepted: August 10,2026)

สุภัทรา อามาตย์[1]
Supattra Armart[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective study) โดยทบทวนเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลน้ำพอง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 321 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test, Mann–Whitney U test และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมัธยฐาน 22 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 34.89 มีภาวะรุนแรงของโรค และพบการระบาดมากในช่วงเดือนกันยายนถึงตุลาคม ภายหลังการวิเคราะห์พหุคูณ พบว่าอายุต่ำกว่า 1 ปี การคลอดก่อนกำหนด การได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน การฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กหรือเนอสเซอรี่ การมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และการติดเชื้อร่วม เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยการได้รับควันบุหรี่มือสองมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงสูงที่สุด
คำสำคัญ: การติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี, ผู้ป่วยเด็ก, ภาวะรุนแรง, ปัจจัยเสี่ยง, โรงพยาบาลน้ำพอง

Abstract

This study aimed to investigate the general characteristics of pediatric patients with RSV infection and identify risk factors associated with severe RSV infection among children admitted to Nam Phong Hospital, Khon Kaen Province. A survey research by retrospective study was conducted using medical records and electronic hospital databases of pediatric patients with laboratory-confirmed RSV infection admitted between January 2022 and December 2025. A total of 321 patients were included. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann–Whitney U test, and multiple logistic regression. Statistical significance was set at $p<0.05$.

Results: Most patients were male, with a median age of 22 months. Severe RSV infection was observed in 34.89% of patients, and the highest incidence occurred between September and October. Multivariable analysis revealed that age under one year, prematurity, exposure to secondhand cigarette smoke, attendance at daycare or nursery, underlying medical conditions, and co-infection were independent risk factors for severe RSV infection ($p<0.05$). Exposure to secondhand cigarette smoke showed the strongest association with disease severity.
Keywords: Respiratory Syncytial Virus: pediatric patients: severe infection: risk factors: Nam Phong Hospital

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus) เป็นเชื้อก่อโรคที่สำคัญอย่างยิ่งในระบบทางเดินหายใจของเด็กเล็กทั่วโลก เชื้อชนิดนี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน (acute lower respiratory tract infection) ได้แก่ โรคหลอดลมฝอยอักเสบ (acute bronchiolitis) และโรคปอดอักเสบ (pneumonia) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กจำนวนมากต้องเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล อาการเจ็บป่วยอาจเริ่มต้นจากเพียงการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน แต่สามารถลุกลามอย่างรวดเร็วไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) และภาวะระบบหายใจล้มเหลว (acute respiratory distress syndrome) ภาระโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดนี้จึงสร้างความท้าทายอย่างมหาศาลต่อระบบสาธารณสุขระดับสากล เนื่องจากยังไม่มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบจำเพาะเจาะจงที่สามารถนำมาใช้เป็นมาตรฐานทั่วไปได้ การดูแลรักษาหลักจึงยังคงต้องพึ่งพาการรักษาแบบประคับประคอง (supportive care) เป็นสำคัญ[1,2]

ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาในประเทศไทยยืนยันแนวโน้มดังกล่าวอย่างชัดเจน โดยพบว่าเชื้อไวรัสชนิดนี้เป็นสาเหตุอันดับต้นของการนอนโรงพยาบาลในเด็กเล็ก โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนซึ่งเป็นช่วงที่มีอุบัติการณ์การระบาดพุ่งสูงสุด สถิติระดับประเทศชี้ให้เห็นว่าภาระโรคกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มทารกแรกเกิดถึงอายุหนึ่งปีอย่างหนาแน่น กลุ่มอายุดังกล่าวมีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าเด็กวัยเรียนหลายเท่าตัว ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยเด็กสัดส่วนหนึ่งมีการดำเนินโรคที่รุนแรงจนนำไปสู่ความจำเป็นในการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation) หรือต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งปรากฏการณ์นี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญ[3,4]

ความท้าทายหลักในเวชปฏิบัติคือผู้ป่วยเด็กแต่ละรายมีการตอบสนองต่อเชื้อไวรัสแตกต่างกัน การดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะรุนแรงมักเป็นผลลัพธ์จากการปะทะกันระหว่างการรุกรานของเชื้อไวรัสและความเปราะบางทางสรีรวิทยาของผู้ป่วย (host vulnerability) งานวิจัยทางการแพทย์หลายฉบับระบุว่าปัจจัยเสี่ยงที่มักกระตุ้นให้เกิดภาวะวิกฤตประกอบด้วย อายุที่น้อยกว่า 6 เดือน ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ภาวะทุพโภชนาการ และการมีโรคประจำตัวเรื้อรังซ่อนเร้น เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคปอดเรื้อรัง และโรคทางระบบประสาท การค้นหาและระบุตัวแปรอิสระเหล่านี้ให้ได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่จุดคัดกรองแรกรับ จึงเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจได้อย่างทันท่วงที[5,6]

โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นสถานพยาบาลระดับชุมชนแม่ข่ายที่มีขนาด 120 เตียงและมีหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (PICU) และหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม (pediatric ward) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพระดับอำเภอและเชื่อมโยงระบบการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตภายในพื้นที่ อำเภอน้ำพองมีลักษณะทางสังคมแบบผสมผสานระหว่างความเป็นเมืองอุตสาหกรรม และวิถีชนบท ซึ่งส่งผลให้มีฐานประชากรเด็กเล็กจำนวนมากและมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อไวรัสในระดับชุมชน แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีศักยภาพในการรับมือและให้การรักษาเบื้องต้น แต่ในช่วงฤดูกาลระบาด ปริมาณผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหอบเหนื่อยและต้องการออกซิเจนเสริมมักเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว การประเมินระดับความเสี่ยงเพื่อตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดควรรับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ รายใดต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด หรือรายใดต้องรีบดำเนินการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับศูนย์ จึงเป็นความท้าทายที่แพทย์และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องเผชิญอยู่เสมอ[7,8]

ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในผู้ป่วยเด็ก ภายใต้สภาพแวดล้อมเฉพาะของโรงพยาบาลน้ำพอง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังเป็นระยะเวลา 4 ปี (เนื่องจากโรงพยาบาลน้ำพองได้นำชุดตรวจ Kid Test RSV เข้าให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึงปัจจุบัน) เพื่อค้นหาลักษณะทางประชากรศาสตร์ ประวัติสุขภาพ และอาการทางคลินิกเมื่อแรกรับ ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการลุกลามของโรค องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้จะถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้บริหารสามารถจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปทางประชากรศาสตร์ ข้อมูลทางคลินิก และประวัติการรักษาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ RSV ในโรงพยาบาลน้ำพอง

2. เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิกกับระดับ
ความรุนแรงของอาการป่วยจากการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็กกลุ่มดังกล่าว

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ออกแบบเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (survey research by retrospective study) โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล (medical record review) เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง (ตัวแปรอิสระ) กับระดับความรุนแรงของโรค (ตัว
แปรตาม) ในช่วงระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากการได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus; RSV) และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยสืบค้นจากรหัส ICD-10 ได้แก่ J12.1 (RSV pneumonia), J20.5 (Acute bronchitis due to RSV) และ J21.0 (Acute bronchiolitis due to RSV) พบผู้ป่วยทั้งหมด 383 ราย

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกเวชระเบียนตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก (Inclusion and Exclusion criteria) โดยคัดออกจำนวน 62 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 5 ปี จำนวน 22 ราย ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (missing data) จำนวน 16 ราย ปฏิเสธการรักษาหรือขอย้ายโรงพยาบาล จำนวน 6 ราย ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยที่วินิจฉัย RSV จากประวัติสัมผัสใกล้ชิดโดยไม่ได้รับการตรวจ Rapid Antigen Test for RSV ซ้ำ จำนวน 6 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาตามแนวทางการรักษา RSV แต่มีผล Rapid Antigen Test for RSV เป็นลบ จำนวน 11 ราย จึงเหลือเวชระเบียนที่เข้าเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 321 ราย

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือหลักที ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย (Case record form) ซึ่งผู้วิจัย

สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นส่วนต่าง ๆ เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษาทั้งหมด ดังนี้ ส่วนข้อมูลพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ ส่วนข้อมูลประวัติสุขภาพและโรคประจำตัว ส่วนข้อมูลลักษณะทางคลินิกเมื่อแรกรับ ส่วนข้อมูลผลลัพธ์การรักษาและระดับความรุนแรงกระบวน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัยในรูปแบบการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง จะมีการจัดเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณควบคู่กันไป การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วย อาการทางคลินิก และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แล้วจัดหมวดหมู่และลงรหัสเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลน้ำพอง ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2568 บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลวิจัย (CRF) ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยจะนำแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์และระบาดวิทยาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือสามารถจัดเก็บตัวแปรได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อนำเสนอข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และความถี่กับร้อยละสำหรับตัวแปรจัดประเภท จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรจัดประเภท และ Independent t-test หรือ Mann–Whitney U test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ก่อนนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression) เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงอิสระ โดยนำเสนอผลเป็นค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ REC 690037 โดยได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2569

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ ประวัติสุขภาพ ข้อมูลทางคลินิก และประวัติการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐานร่วมกับพิสัยควอไทล์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก และผลการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (N= 321)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ) หรือค่ามัธยฐาน (Q1–Q3)
อายุ เดือน	22.00 (11.00–36.00)
อายุต่ำกว่า 1 ปี	84 (26.17)
เพศชาย	169 (52.65)
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	2,930.00 (2,660.00–3,150.00)
น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม	20 (6.23)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก และผลการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (N= 321)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ) หรือค่ามัธยฐาน (Q1–Q3)
อายุครรภ์แรกคลอด สัปดาห์	38.00 (37.00–39.00)
คลอดก่อนกำหนด	38 (11.84)
ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน	87 (27.10)
ฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กหรือเนอสเซอรี่	85 (26.48)
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	2 (0.62)
โรคปอดเรื้อรัง	5 (1.56)
โรคหอบหืด	52 (16.20)
โรคทางระบบประสาท	2 (0.62)
ภาวะทุพโภชนาการ	57 (17.76)
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	105 (32.71)
ระยะเวลามีอาการก่อนมาโรงพยาบาล (วัน)	3.00 (2.00–4.00)
อุณหภูมิแรกรับ (องศาเซลเซียส)	38.00 (37.00–38.50)
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที)	132.00 (124.00–142.00)
อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)	32.00 (28.00–42.00)
SpO_2 แรกรับ (ร้อยละ)	97.00 (96.00–98.00)
มีการดึงรั้งของผนังทรวงอก	116 (36.14)
พบเสียงปอดผิดปกติ	264 (82.24)
มีการติดเชื้อร่วม	56 (17.45)
คะแนน ReSVinet รวม	9.00 (6.00–14.00)
คะแนน ReSVinet >14 คะแนน	79 (24.61)
ไม่ได้รับออกซิเจนเสริม	83 (25.86)
ได้รับออกซิเจนมาตรฐาน	126 (39.25)
ได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูง	106 (33.02)
ใส่ท่อช่วยหายใจ	6 (1.87)
เข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต	112 (34.89)
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	3.00 (1.00–5.00)
รอดชีวิต	313 (97.51)
ส่งต่อสถานพยาบาลอื่น	8 (2.49)
อาการไม่รุนแรงถึงปานกลาง	209 (65.11)
อาการรุนแรง	112 (34.89)

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุมัธยฐาน 22 เดือน และประมาณหนึ่งในสามมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ผู้ป่วย 79 ราย (ร้อยละ 24.61) มีคะแนน ReSVinet มากกว่า 14 คะแนน ผู้ป่วย 112 ราย (ร้อยละ 34.89) มีอาการรุนแรง ส่วนใหญ่ได้รับออกซิเจนมาตรฐานหรือออกซิเจนอัตราการไหลสูง และไม่พบผู้เสียชีวิต

การกระจายของผู้ป่วยตามเดือน

จากข้อมูลวันที่เข้ารับการรักษาที่สามารถตรวจสอบได้ 320 ราย พบผู้ป่วยกระจุกตัวในช่วงเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน โดยเดือนกันยายนและตุลาคมมีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุด

ผู้ป่วยร้อยละ 80.63 เข้ารับการรักษาในเดือนกันยายนถึงตุลาคม สะท้อนว่าการติดเชื้อมีลักษณะกระจุกตัวตามฤดูกาล โดยเฉพาะช่วงปลายฤดูฝน ไม่ได้กระจายสม่ำเสมอตลอดทั้งปี ทั้งนี้ มี

ข้อมูลวันที่ 1 รายที่บันทึกไม่สมบูรณ์ จึงไม่นำมาวิเคราะห์การกระจายตามเดือน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแวดล้อม และปัจจัยทางคลินิกกับความรุนแรงของโรค

ผู้วิจัยเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มอาการไม่รุนแรงถึงปานกลางและกลุ่มอาการรุนแรง โดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรจัดประเภท และ Mann–Whitney U test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มอาการไม่รุนแรงถึงปานกลางและกลุ่มอาการรุนแรง

ปัจจัย	ไม่รุนแรง–ปานกลาง n=209	รุนแรง n=112	OR (95% CI)	p-value
เพศชาย, n (%)	106 (50.72)	63 (56.25)	1.25 (0.79–1.98)	0.344
อายุต่ำกว่า 1 ปี, n (%)	53 (25.36)	31 (27.68)	1.13 (0.67–1.89)	0.652
น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม, n (%)	5 (2.39)	15 (13.39)	6.31 (2.23–17.86)	<0.001
คลอดก่อนกำหนด, n (%)	11 (5.26)	27 (24.11)	5.72 (2.71–12.05)	<0.001
ได้รับควันบุหรี่มือสอง, n (%)	14 (6.70)	73 (65.18)	26.07 (13.38–50.81)	<0.001
ฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก, n (%)	25 (11.96)	60 (53.57)	8.49 (4.86–14.85)	<0.001
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, n (%)	1 (0.48)	1 (0.89)	1.87 (0.12–30.25)	1.000
โรคปอดเรื้อรัง, n (%)	0 (0.00)	5 (4.46)	ประมาณค่าไม่ได้[1]	0.005
โรคหอบหืด, n (%)	14 (6.70)	38 (33.93)	7.15 (3.66–13.96)	<0.001
โรคทางระบบประสาท, n (%)	1 (0.48)	1 (0.89)	1.87 (0.12–30.25)	1.000
ภาวะทุพโภชนาการ, n (%)	15 (7.18)	42 (37.50)	7.76 (4.05–14.86)	<0.001
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค, n (%)	36 (17.22)	69 (61.61)	7.71 (4.57–13.01)	<0.001
มีการดึงรั้งของผนังทรวงอก, n (%)	6 (2.87)	110 (98.21)	1,860.83 (369.34–9,375.45)	<0.001
พบเสียงปอดผิดปกติ, n (%)	152 (72.73)	112 (100.00)	ประมาณค่าไม่ได้[1]	<0.001
มีการติดเชื้อร่วม, n (%)	19 (9.09)	37 (33.04)	4.93 (2.67–9.12)	<0.001
อายุ เดือน, Median (Q1–Q3)	24.00 (11.00–38.00)	19.00 (10.75–32.25)	–	0.039
น้ำหนักแรกเกิด กรัม, Median (Q1–Q3)	2,960.00 (2,730.00–3,150.00)	2,835.00 (2,590.00–3,180.00)	–	0.041
อายุครรภ์ สัปดาห์, Median (Q1–Q3)	38.00 (37.00–39.00)	38.00 (37.00–38.00)	–	0.001
ระยะเวลามีอาการก่อนมาโรงพยาบาล วัน, Median (Q1–Q3)	3.00 (2.00–3.00)	3.00 (2.00–4.00)	–	0.496
อุณหภูมิแรกรับ องศาเซลเซียส, Median (Q1–Q3)	37.60 (36.90–38.10)	38.40 (38.00–38.80)	–	<0.001

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มอาการไม่รุนแรงถึงปานกลางและกลุ่มอาการรุนแรง

ปัจจัย	ไม่รุนแรง–ปานกลาง n=209	รุนแรง n=112	OR (95% CI)	p-value
อัตราการเต้นหัวใจ ครั้งต่อนาที, Median (Q1–Q3)	130.00 (120.00–140.00)	138.00 (130.00–144.25)	–	<0.001
อัตราการหายใจ ครั้งต่อนาที, Median (Q1–Q3)	29.00 (25.00–33.00)	44.00 (38.00–50.00)	–	<0.001
SpO_2 แรกรับ ร้อยละ, Median (Q1–Q3)	97.00 (97.00–98.00)	96.00 (95.00–97.00)	–	<0.001
คะแนน ReSVinet, Median (Q1–Q3)	7.00 (5.00–9.00)	15.00 (14.00–16.00)	–	<0.001
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล วัน, Median (Q1–Q3)	2.00 (0.00–3.00)	6.00 (5.00–7.00)	–	<0.001

หมายเหตุ : ไม่สามารถประมาณค่า OR ปกติได้ เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มอ้างอิงบางช่อง จึงใช้ Fisher's exact test ในการทดสอบความสัมพันธ์

จากตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ คลอดก่อนกำหนด การได้รับควันบุหรี่มือสอง การฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก โรคปอดเรื้อรัง โรคหอบหืด ภาวะทุพโภชนาการ การมีโรคประจำตัว การติดเชื้อร่วม และอาการผิดปกติของระบบหายใจเมื่อแรกรับ ส่วนเพศ อายุต่ำกว่า 1 ปี โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคทางระบบประสาท และระยะเวลามีอาการก่อนมาโรงพยาบาลไม่พบความสัมพันธ์ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว

ปัจจัยเสี่ยงอิสระที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรง

ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ประวัติการคลอด ปัจจัยแวดล้อม โรคประจำตัว และการติดเชื้อร่วมเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ โดยไม่นำคะแนน ReSVinet, SpO_2, การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตเข้าสู่แบบจำลอง เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวเกี่ยวข้องโดยตรงกับเกณฑ์จำแนกความรุนแรง

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงอิสระที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงจากการติดเชื้อ RSV

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุต่ำกว่า 1 ปี	5.97	2.28–15.62	<0.001
น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม	2.23	0.39–12.85	0.371
คลอดก่อนกำหนด	7.05	2.20–22.60	0.001
ได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน	19.18	8.49–43.33	<0.001
ฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กหรือเนอสเซอรี่	10.92	4.33–27.57	<0.001
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	4.32	1.94–9.64	<0.001
มีการติดเชื้อร่วม	4.59	1.81–11.59	0.001
ระยะเวลามีอาการก่อนมาโรงพยาบาล	0.94	0.70–1.26	0.691

จากตารางที่ 3 หลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบว่าอายุต่ำกว่า 1 ปี การคลอดก่อนกำหนด การได้รับควันบุหรี่มือสอง การฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก การมีโรคประจำตัว และการติดเชื้อร่วม เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเกิดภาวะรุนแรง โดยการได้รับควันบุหรี่มือสองมีขนาดความสัมพันธ์

สูงที่สุด ส่วนภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำและระยะเวลามีอาการก่อนมาโรงพยาบาลไม่มีนัยสำคัญเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นแล้ว

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยเด็กเล็ก และผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามมีภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ โดยการระบาดพบมากในช่วงฤดูฝน โดยเฉพาะเดือนกันยายนถึงตุลาคม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การคลอดก่อนกำหนด การได้รับควันบุหรี่มือสอง การฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก การมีโรคประจำตัว และการติดเชื้อร่วม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่า อายุต่ำกว่า 1 ปี การคลอดก่อนกำหนด การได้รับควันบุหรี่มือสอง การฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก การมีโรคประจำตัว และการติดเชื้อร่วม เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ขณะที่น้ำหนักแรกเกิดต่ำและระยะเวลาการมีอาการก่อนมารับการรักษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญหลังควบคุมปัจจัยร่วม

ผลการศึกษาสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งสองข้อ และสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยในประเด็นอายุน้อย การคลอดก่อนกำหนด และการมีโรคประจำตัวว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก.

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 2 ข้อ โดยพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ RSV ส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็ก และประมาณหนึ่งในสามมีภาวะรุนแรงของโรค ทั้งยังพบการระบาดกระจุกตัวในช่วงฤดูฝน โดยเฉพาะดือนกันยายน–ตุลาคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sitthikarnkha และคณะ ที่รายงานว่าการติดเชื้อ RSV ในประเทศไทยพบการระบาดสูงสุดในช่วงฤดูฝน โดยเฉพาะระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม เนื่องจากสภาพอากาศที่มีความชื้นสูงเอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส[3] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Suntronwong และคณะ ที่พบว่าเชื้อ RSV กลับมามีรูปแบบการระบาดตามฤดูกาลหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และพบผู้ป่วยสูงสุดในช่วงฤดูฝนของประเทศไทย[4]

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรง พบว่า อายุต่ำกว่า 1 ปี การคลอดก่อนกำหนด การได้รับควันบุหรี่มือสอง การฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก การมีโรคประจำตัว และการติดเชื้อร่วม เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bunjoungmanee และคณะ ที่รายงานว่าอายุน้อย โรคประจำตัว และการติดเชื้อร่วม เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรุนแรงในผู้ป่วยเด็ก[5] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aikphaibul และคณะ ที่พบว่าการคลอดก่อนกำหนดและโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคปอดเรื้อรังและโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงและการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[6] ผลการศึกษานี้ยังสนับสนุนแนวคิดด้านพยาธิสรีรวิทยาที่ว่า เด็กเล็กและเด็กที่มีโรคประจำตัวมีภูมิคุ้มกันและสมรรถภาพของระบบทางเดินหายใจที่ยังไม่สมบูรณ์ จึงมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและระบบหายใจล้มเหลวได้มากกว่ากลุ่มอื่น[2]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างน้ำหนักแรกเกิดต่ำและระยะเวลาการมีอาการก่อนมารับการรักษากับการเกิดภาวะรุนแรงภายหลังการควบคุมปัจจัยร่วม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Bunjoungmanee และคณะ ที่รายงานว่าระยะเวลาการมีอาการก่อนเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค[5] ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากลักษณะประชากรที่ศึกษา เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการรักษาได้รวดเร็ว ส่งผลให้

ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนมารับการรักษาไม่แตกต่างกันมากระหว่างสองกลุ่ม

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยว่า ปัจจัยด้านอายุ การคลอดก่อนกำหนด การสัมผัสควันบุหรี่มือสอง การฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก การมีโรคประจำตัว และการติดเชื้อร่วม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง วางแผนการเฝ้าระวัง และจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนที่มีการระบาดของโรคเพิ่มสูงขึ้น[3,4,5,6]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำปัจจัยเสี่ยงที่พบจากการศึกษานี้ ได้แก่ อายุต่ำกว่า 1 ปี การคลอดก่อนกำหนด การได้รับควันบุหรี่มือสอง การฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก การมีโรคประจำตัว และการติดเชื้อร่วม ไปใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ RSV ตั้งแต่แรกรับ เพื่อวางแผนการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะรุนแรงได้อย่างเหมาะสม

2. โรงพยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ บุคลากร และอุปกรณ์ช่วยหายใจ โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคสูง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็ก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการศึกษาแบบหลายศูนย์ (Multicenter study) หรือศึกษากลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลหลายระดับ เพื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังประชากรผู้ป่วยเด็กในวงกว้าง

2. ควรศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อความรุนแรงของการติดเชื้อ RSV เช่น สถานะการได้รับวัคซีนหรือภูมิคุ้มกัน ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ภาวะโภชนาการ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งพัฒนาแบบจำลองพยากรณ์ความเสี่ยง (Risk prediction model) เพื่อใช้สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อไป.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องของงานวิจัยมาโดยตลอด จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง นายแพทย์ชำนาญการ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และบุคลากรทุกท่านของโรงพยาบาลน้ำพอง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าถึงข้อมูล ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ได้พิจารณาและให้การรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้กำลังใจ ความช่วยเหลือ และการสนับสนุนในทุกด้านตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Respiratory syncytial virus (RSV) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Jul 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/respiratory-syncytial-virus-%28rsv%29
2. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical overview of respiratory syncytial virus (RSV) [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2025 [cited 2026 Jul 15]. Available from: https://www.cdc.gov/rsv/hcp/clinical-overview/
3. Sitthikarnkha K, et al. Epidemiology and seasonality of respiratory syncytial virus infection in Thailand. Thai Journal of Pediatrics. 2023;62(2):85–94.
4. Suntronwong N, Thongpan I, Chuchaona W, et al. Respiratory syncytial virus and influenza circulation patterns after the COVID-19 pandemic in Thailand. Influenza Other Respir Viruses. 2023;17(3):e13152.
5. Bunjoungmanee P, Sompoch S, Tangsathapornpong A, Kulalert P. Factors associated with severe respiratory syncytial virus infection among hospitalized children in Thammasat University Hospital. F1000Research. 2024;13:231. doi:10.12688/f1000research.146540.2.
6. Aikphaibul P, Theerawit T, Sophonphan J, et al. Risk factors for severe respiratory syncytial virus infection among hospitalized Thai children. Asian Pac J Allergy Immunol. 2022;40(2):150-158.
7. โรงพยาบาลน้ำพอง. ข้อมูลโรงพยาบาลน้ำพอง [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลน้ำพอง; [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2569]. Available from: เว็บไซต์โรงพยาบาลน้ำพอง.
8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2568 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2569].

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร

Developing the potential of community health networks for prevention and resolution of dengue fever problems in high-risk areas of Sakon Nakhon Province.

(Received: August 5,2026 ; Revised: August 30,2026 ; Accepted: September 1,2026)

ตระกูลไทย ฉายแม้น[1]
Trakoonthai Chaimaen[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง โดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน, อสม., ผู้แทน อปท., ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 136 คน 2) ประชาชนที่เป็นตัวแทนหลังคาเรือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 440 คน ดำเนินการในพื้นที่ตำบลเสี่ยงสูงอันดับหนึ่งของแต่ละอำเภอ ได้แก่ 1) ต.หนองปลิง อ.นิคมน้ำอูน 2) ต.สร้างค้อ อ.ภูพาน 3) ต.บึงทวาย อ.เต่างอย และ 4) ต.กุดบาก อ.กุดบาก ทำศึกษาวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึง เมษายน 2569 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t-test

ผลการพัฒนาพบว่า เครือข่ายสุขภาพชุมชน มีระดับความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.42 คะแนน (S.D. = 1.88) ก่อนการพัฒนา เป็น 18.47 คะแนน (S.D. = 1.55) หลังการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) มีระดับการปฏิบัติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 23.80 คะแนน (S.D. = 2.58) ก่อนการพัฒนา เป็น 28.82 คะแนน (S.D. = 1.66) หลังการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) มีระดับ การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น ก่อนการพัฒนา คะแนนเฉลี่ย 47.53 (S.D. = 3.70) เป็นคะแนนเฉลี่ย 57.10 (S.D. = 3.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) และประชาชนที่เป็นตัวแทนหลังคาเรือน มีระดับความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 16.11 คะแนน (S.D. = 2.08) ก่อนการพัฒนา เป็น 17.73 คะแนน (S.D. = 2.03) หลังการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) มีระดับการปฏิบัติเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.75 คะแนน (S.D. = 2.14) ก่อนการพัฒนา เป็น 28.46 คะแนน (S.D. = 1.95) หลังการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, เครือข่ายสุขภาพชุมชน, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aimed to develop the potential of community health networks in dengue fever prevention and control by applying the AIC technique in a participatory planning process. The target population included 136 community health network members and 440 household representatives from four top high-risk sub-districts: Nong Pling, Sang Kho, Bueng Thaway, and Kud Bak. The study was conducted from December 2025 to April 2026. Data was analyzed using descriptive statistics and the Paired Samples t-test.

The development results revealed that the community health networks' average knowledge score significantly increased from 16.42 (S.D. = 1.88) before the intervention to 18.47 (S.D. = 1.55) after the intervention at the 0.05 statistical level (p-value < 0.001). Their average practice score significantly increased from 23.80 (S.D. = 2.58) pre-development to 28.82 (S.D. = 1.66) post-development at the 0.05 level (p-value < 0.001). The level of participation also increased significantly, from a pre-development average score of

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

47.53 (S.D. = 3.70) to 57.10 (S.D.=3.65) at the 0.05 level (p-value < 0.001). Furthermore, the household representatives' average knowledge score significantly increased from 16.11 (S.D. = 2.08) before development to 17.73 (S.D. = 2.03) after development at the 0.05 statistical level (p-value < 0.001). Their average practice score rose significantly from 24.75 (S.D. = 2.14) pre-development to 28.46 (S.D. = 1.95) post-development at the 0.05 level (p-value < 0.001).

Keywords: Developing the potential, Community health networks, Dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับสากล เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue Virus DENV 1-4) โดยมียุงลายตัวเมียเป็นพาหะนำโรค[1] องค์การอนามัยโลก ระบุว่ามีประชากรทั่วโลกเสี่ยงต่อการติดเชื้อถึง 3.9 พันล้านคน และในปี ค.ศ. 2023 มีผู้ป่วยพุ่งสูงกว่า 4.5 ล้านราย เสียชีวิตกว่า 2,300 ราย ซึ่งเป็นสถิติสูงสุดในประวัติศาสตร์ โดยมีสัดส่วนการเกิดโรคในเอเชียสูงถึงร้อยละ 70 ของทั้งหมด[2] ปัจจัยหลักที่กระตุ้นการระบาด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ปรากฏการณ์เอลนีโญ่ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่เพิ่มขึ้น และความเปราะบางของระบบสาธารณสุขหลังการระบาดของโรคโควิด-19[2] สำหรับประเทศไทยสถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสมสูงถึง 105,250 ราย อัตราป่วย 159.09 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 90 ราย[3] เช่นเดียวกับจังหวัดสกลนคร ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วย 219 ราย แม้อัตราป่วยในภาพรวมจังหวัดจะอยู่ที่ 19.30 ต่อประชากรแสนคน[4] แต่เมื่อจำแนกรายพื้นที่กลับพบ พื้นที่เสี่ยงสูง ที่มีอัตราป่วยเกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังของจังหวัด (13.30 ต่อประชากรแสนคน) และสูงเกินเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ให้อัตราป่วยไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร ได้แก่ อำเภอนิคมน้ำอูน (95.18), อำเภอภูพาน (64.51), อำเภอเต่างอย (58.36) และอำเภอกุดบาก (50.37)[4] หากไม่มีมาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด ชุมชนที่หนาแน่นจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของประชาชนในพื้นที่[4] แม้ปัจจุบัน จะมีการพัฒนาวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก แต่การป้องกันโดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านและรอบบ้านยังคงเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุด สะดวก รวดเร็ว และประหยัดงบประมาณมากที่สุด[5] อีกทั้งค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านและสถานที่ต่างๆ ยังมีแนวโน้มแปรผันตรงตามจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอีกด้วย[3] อย่างไรก็ตาม แม้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครจะขับเคลื่อนมาตรการรณรงค์ให้ความรู้พ่นหมอกควัน และควบคุมลูกน้ำยุงลายมาโดยตลอด แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน ข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า ประชาชนยังมีความรู้และการรับรู้ต่ำ พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติประจำทุก 7 วัน เช่น ปิดฝาโอ่งหรือขัดภาชนะ มีอัตราการปฏิบัติไม่ถึงร้อยละ 40 อีกทั้งขาดความตระหนักโดยคิดว่าการกำจัดยุงลายไม่ใช่ธุระของตน[4]แกนนำสุขภาพและเครือข่ายขาดพลังและการมีส่วนร่วมโดยบทบาทหลักยังตกอยู่เพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร ยังก่อให้เกิดช่องว่างในการทำงานขาดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และระบบบัญชาการโรคระบาดขาดความเป็นเอกภาพ[4] จากการดำเนินงานด้วยกระบวนการแบบเดิมที่เผชิญข้อจำกัด จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดการปัญหาใหม่ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC (Appreciation-Influence-Control) ของ อรพินท์ สพโชคชัย (2537) รวมถึงหลักการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบเฝ้าระวังโรค เพื่อพัฒนา

แนวทางการสร้างความร่วมมือและการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพชุมชนทุกภาคส่วนให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนเกิดความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต นำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาการสถานการณ์และศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก

2) เพื่อพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้กระบวนการ AIC

3) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ก่อนและหลังการใช้กระบวนการ AIC

4) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ และพฤติกรรมของประชาชนตัวแทนครัวเรือนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการ AIC

5) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายและอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการ AIC

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร โดยใช้กระบวนการ AIC ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการในพื้นที่เสียงสูง ได้แก่ อำเภอนิคมน้ำอูน อำเภอภูพาน อำเภอเต่างอย อำเภอกุดบาก และคัดเลือกพื้นที่ตำบลเสี่ยงสูงอันดับหนึ่งของแต่ละอำเภอ ได้แก่ 1) ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน 2) ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน 3) ตำบลบึงทวาย อำเภอเต่างอย และ 4) ตำบลกุดบาก อำเภอกุดบาก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ธันวาคม 2568 ถึง เมษายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ 1) เครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 136 คน 2) ประชาชนที่เป็นตัวแทนตามจำนวนหลังคาเรือน จำนวน 1,349 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

1) เป็นเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูงครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 136 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานไข้เลือดออก, มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี, เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ อำนวยความสะดวกประสานการดำเนินงาน ส่งเสริมการดำเนินการวิจัยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์,สมัครใจและสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ลาออกหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน, เปลี่ยนบทบาทในการทำงาน, ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างของประชาชนที่เป็นตัวแทนตามจำนวนหลังคาเรือน คัดเลือกแบบสุ่มอย่าง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน และกระจายในพื้นที่เสี่ยงสูงเท่า ๆ กัน แบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 4 พื้นที่ ๆ ละ 110 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป, อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน, อ่านและเขียนหนังสือได้, ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงมีกิจกรรมและเก็บข้อมูลหลังการดำเนินงาน, ปฏิเสธหรือไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวน แนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถาม ให้สอดคล้องกับตัวแปร แต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.แบบสอบถาม เครือข่ายสุขภาพชุมชน แบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 8 ข้อได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่ง รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบบเลือกคำตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[6] คือ

มีความรู้ระดับต่ำ ได้ 0.00 - 11.59 คะแนน

มีความรู้ระดับปานกลาง ได้ 12.00 - 15.99 คะแนน

มีความรู้ระดับดี ได้ 16.00 - 20.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 10 ข้อ แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับได้แก่ ปฏิบัติประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[6] คือ

มีการปฏิบัติระดับดี ได้ 23.34 - 30.00 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ได้ 16.68 - 23.33 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับต่ำ ได้ 10.00 - 16.67 คะแนน

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 20 ข้อ แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับได้แก่ ดีให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน ต่ำให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[6] คือ

มีส่วนร่วมภาพรวม ระดับดี ได้ 46.68 - 60.00 คะแนน

มีส่วนร่วมภาพรวม ระดับปานกลาง ได้ 33.34 - 46.67 คะแนน

มีส่วนร่วมภาพรวม ระดับต่ำ ได้ 20.00 - 33.33 คะแนน

2. แบบสอบถาม ประชาชนที่เป็นตัวแทนตามจำนวนหลังคาเรือน แบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจาก ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน แบบเลือกคำตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[6] คือ

มีความรู้ระดับต่ำ ได้ 0.00 - 11.99 คะแนน

มีความรู้ระดับปานกลาง ได้ 12.00 - 15.99 คะแนน

มีความรู้ระดับดี ได้ 16.00- 20.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน จำนวน 10 ข้อ แบ่งการปฏิบัติเป็น 3 ระดับได้แก่ ปฏิบัติประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน แปลค่าคะแนนเฉลี่ย[6] คือ

มีการปฏิบัติระดับดี ได้ 23.34 - 30.00 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับปานกลาง ได้ 16.68 - 23.33 คะแนน

มีการปฏิบัติระดับต่ำ ได้ 10.00 - 16.67 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา[7] (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 3 ท่าน ผลการทดสอบความตรงของเครื่องมือเชิงเนื้อหา มีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับ 0.99 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามชุดนี้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try Out) กับแกนนำเครือข่ายสุขภาพชุมชนและประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา(Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา(Alpha Coefficient) แบบสอบถามความรู้ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล[8] ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน สถิติ Paired Sample T Test เพื่อเปรียบเทียบ ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพชุมชน, ของประชาชน ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพชุมชน,ของประชาชน ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาศักยภาพ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบ และการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2568 เลขที่ SKN REC 2025 - 110

ผลการศึกษา

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบทด้านพื้นที่ของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร

1. บริบทของพื้นที่ สภาพภูมิศาสตร์ พื้นที่เสี่ยง จังหวัดสกลนคร ได้แก่ 1) ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน 2) ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน 3) ตำบลบึงทวาย อำเภอเต่างอย และ 4) ตำบลกุดบาก อำเภอกุดบาก เป็นพื้นที่ราบเชิงเขาและลาดเอียงไปจนถึงสันเขาภูพาน มี ลำน้ำพุง เป็นสายหลักที่สำคัญซึ่งไหลลงมาจากเทือกเขาภูพานและพื้นที่ราบติดอ่างเก็บน้ำเขื่อนน้ำอูน อ่างเก็บน้ำเขื่อนนำพุง สภาพดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย สภาพภูมิอากาศทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ฤดู ได้แก่ ฤดูฝน จะเริ่มในเดือนพฤษภาคม ฝนตกชุกในเดือนกรกฎาคม ฤดูหนาว จะเริ่มเดือนพฤศจิกายน อากาศหนาวจัดในช่วงเดือนมกราคม ฤดูร้อนจะเริ่มเดือนมีนาคม อากาศร้อนจัดช่วงเดือนเมษายนของทุกปี ประชาชน ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ปลูกพืชหลักที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว มันสำปะหลัง ยางพารา ประชากรบางส่วนประกอบอาชีพ การประมง รับจ้าง ค้าขาย

นอกจากนี้ประชากรส่วนหนึ่งไปประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัด ทำให้สภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร ประมาณ 22,077 บาท/เดือนครัวเรือน (สำนักงานสถิติจังหวัดสกลนคร, 2568)

2. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ปี 2563 - ปี 2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยต่อแสนประชากรมีแนวโน้มผันผวนอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยจำนวน 338 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 29.36 ต่อแสนประชากร และลดลงอย่างมากในปี พ.ศ. 2564 เหลือ 104 ราย (อัตราป่วย 9.02 ต่อแสนประชากร) ต่อมาในปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 151 ราย (อัตราป่วย 13.19) และเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 413 ราย (อัตราป่วย 36.14) ก่อนจะลดลงในปี พ.ศ. 2567 เหลือ 227 ราย (อัตราป่วย 19.82) ในปี พ.ศ. 2567 ค่ามัธยฐานของอัตราป่วยจังหวัดสกลนคร 5 ปีย้อนหลังเท่ากับ 14.90 ต่อแสนประชากร พบว่า มีจำนวน 4 อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน ได้แก่ นิคมน้ำอูน ภูพาน เต่างอย และกุดบาก

3. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ตามหลักการระบาดวิทยา ซึ่งประกอบด้วย คน (Host) ตัวก่อโรค (Agen) สิ่งแวดล้อม (Environment)

ด้านคน (Host) พื้นที่เสี่ยงสูงได้แก่ อำเภอนิคมน้ำอูน อำเภอภูพาน อำเภอเต่างอย และอำเภอกุดบาก มีประชากร ทั้งหมด 85,917 คน ชาย จำนวน 43,116 คน คิดเป็นร้อยละ 50.18 หญิง จำนวน 42,801 คน คิดเป็นร้อยละ 49.82 จำนวน 1,349 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม พฤติกรรมเสี่ยง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุและเด็กที่อยู่บ้านตอนกลางวัน มักมีพฤติกรรมนอนกลางวัน 1-2 ชั่วโมงโดยไม่กางมุ้ง ทำให้ถูกยุงลายกัด เด็กวัยเรียนเป็นกลุ่มที่พบป่วยมากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 50) เนื่องจากอยู่รวมกันที่โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้ติดต่อกันง่าย

ด้านตัวก่อโรค (Agent) โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี ซึ่งมีพาหะนำโรค คือยุงลาย ซึ่งในเขตจังหวัดสกลนคร พบว่า มีทั้งยุงลายบ้านและยุงลายสวน เนื่องจากลักษณะบ้านเรือนส่วนใหญ่จะมีสวนและป่าละเมาะหลังบ้าน และจากการสำรวจยังพบพบยุงลายสวนที่สวนยางพาราจำนวนมาก

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน มีภาชนะขังน้ำจำนวนมาก เช่น ที่รองขาตู้ กะบะหลังตู้เย็น และตุ่มน้ำ (เนื่องจากผู้สูงอายุนิยมรองน้ำฝนไว้ใช้ และปัญหาน้ำประปาไม่ไหลบ่อย) บ้านมืดทึบ แสงสว่างไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในห้องน้ำ และมีการแขวน/พาดเสื้อผ้าทิ้งไว้ ทำให้เป็นที่เกาะอาศัยของยุงลาย

สิ่งแวดล้อมนอกบ้าน ชุมชนอยู่ติดกันเป็นกลุ่มใหญ่ และมีขยะรอบหมู่บ้านที่ขังน้ำได้ (เศษกระดาษ ถุง/ขวดพลาสติก) มีป่ารก ป่าไผ่ (ตอไม้ไผ่มีน้ำขังหลังถูกตัด) และมีโอ่งขาวขนาดใหญ่ที่ไม่ได้ใช้งานตั้งทิ้งไว้เกือบทุกบ้าน สวนยางพาราอบหมู่บ้าน ในช่วงที่ไม่มีการกรีดยางจะมีน้ำขังในกะลารองน้ำยาง กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายขนาดใหญ่

4) การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

การดำเนินงาน: พื้นที่เสี่ยงสูง 4 ตำบล (หนองปลิง, สร้างค้อ, บึงทวาย, กุดบาก) มีการควบคุมโรคทุกปี เช่น พ่นหมอกควัน แจกทรายอะเบท สุ่มตรวจลูกน้ำยุงลาย และรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ โดยใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ดัชนีลูกน้ำยุงลายย้อนหลัง 6 เดือนยังสูงเกินค่ามาตรฐานมาก พบค่า HI อยู่ที่ 50.00 - 68.60 (มาตรฐาน < 10) และค่า CI อยู่ที่ 24.08 - 36.00 (มาตรฐาน = 0) ทำให้ยังเกิดโรคในพื้นที่ สาเหตุของปัญหาด้านประชาชน ขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ด้านสิ่งแวดล้อม เอื้อต่อการเพาะพันธุ์ยุง เช่น มีขยะ

หญ้ารกและน้ำขังในกะลารองน้ำยางในสวนยางพารา ด้านระบบและอุปกรณ์: ระบบเฝ้าระวังในชุมชนขาดความต่อเนื่อง วัสดุอุปกรณ์ (ทรายอะเบท น้ำยาเคมี เครื่องพ่น) มีไม่เพียงพอ ด้านภาคีเครือข่าย ขาดพลังและการมีส่วนร่วม โดยภาระงานตกอยู่กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และ อปท. เป็นหลัก ส่วนภาคส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะภาคประชาชนยังขาดส่วนร่วมอย่างมาก

ส่วนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แบบมีส่วนร่วม AIC

1.ระยะเตรียมการ (ธันวาคม 2568)

1.1 ศึกษาข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก (HI, BI, CI, อัตราป่วย, อัตราป่วยตาย) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2567

1.2 กำหนดพื้นที่ศึกษา และประสานงานเครือข่ายสุขภาพชุมชน

1.3 จัดเตรียมความพร้อมทีมวิจัยและภาคีเครือข่ายสนับสนุน

1.4 ส่งแบบทดสอบและแบบสอบถามเพื่อประเมินก่อนการวิจัย

1.5 จัดเตรียมสถานที่และทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินการ

2.ระยะการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนด้วยกระบวนการ AIC (22 ธันวาคม 2568)

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ณ ศาลาประชาคม ต.บึงทวาย อ.เต่างอย มีผู้เข้าร่วม 136 คน โดยแบ่งกระบวนการเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้:

2.1 ขั้นเข้าใจสถานการณ์และกำหนดเป้าหมาย (A: Appreciation) วิเคราะห์ปัญหาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านกลุ่มย่อย พบว่าสาเหตุเกิดจาก คน (นอนไม่กางมุ้ง ขาดความรู้/วินัย), ตัวก่อโรค (ยุงลายบ้าน/สวนชุกชุมและดื้อยา), สิ่งแวดล้อม (ป่ารก ขยะขังน้ำ โอ่งไม่ได้ใช้ สวนยางพารามีน้ำขังในกะลา และบ้านมืดทึบ) รวมถึงอุปสรรคด้านงบประมาณและอุปกรณ์จำกัด สร้างเป้าหมายร่วมกัน ที่ประชุมลงมติตั้ง "ภาพฝัน" ร่วมกันคือ “ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก”

2.2 ขั้นค้นหาวิธีการสู่เป้าหมาย (I: Influence) ระดมความคิดเพื่อหามาตรการทางสังคมและนโยบายพื้นที่ เช่น ตั้งทีมควบคุมโรคระดับหมู่บ้าน, พัฒนาศักยภาพ อสม., สำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ทุกสัปดาห์ในชุมชน/โรงเรียน/วัด, พัฒนาระบบเฝ้าระวัง, และกำหนดนโยบายให้ทุกฝ่ายรับผิดชอบร่วมกัน

2.3 ขั้นกำหนดแผนปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบ (C: Control) ร่วมกันเขียนแผนปฏิบัติการและแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน

ผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์สัปดาห์ละครั้ง, จัดทำประชาคม และนำทำความสะอาดรอบหมู่บ้าน

ประชาชน หน่วยงาน/โรงเรียน ปฏิบัติตามมาตรการ "5 ป 1 ข" (ปิด, เปลี่ยน, ปล่อยปลา, ปรับปรุง, ปฏิบัติทุก 7 วัน + ขัดผิวภาชนะ)

อสม. สำรวจและรายงานผลลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์, เคาะประตูบ้านเฝ้าระวังโรค, และแจกทรายอะเบท

รพ.สต./โรงพยาบาล จัดอบรม, กำกับติดตาม อสม., ทำแผนปฏิบัติการและสรุปรายงานผล

3. ขั้นปฏิบัติการและผลการดำเนินงาน (เริ่มธันวาคม 2568) จากการนำแผนไปปฏิบัติผ่าน 6 กิจกรรมหลัก สรุปผลลัพธ์ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดตั้งทีมควบคุมโรคระดับตำบล สามารถตั้งคณะทำงานบูรณาการ ทั้ง 4 ตำบล มีโครงสร้างหน้าที่และแผนปฏิบัติการชัดเจน

กิจกรรมที่ 2 อบรม อสม. และแกนนำ ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะภาคปฏิบัติผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) สามารถคำนวณดัชนีลูกน้ำยุงลายและสื่อสารความเสี่ยงได้

กิจกรรมที่ 3 สร้างความรู้ในชุมชน รณรงค์ผ่านหอกระจายข่าว สื่อประชาสัมพันธ์และอสม. เคาะประตูบ้าน ประชาชนมีความรู้ผ่านเกณฑ์เกินร้อยละ 80 และร่วมมือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์มาก

ขึ้น

กิจกรรมที่ 4 ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม ทำความสะอาดชุมชนทุกสัปดาห์ ส่งผลให้สิ่งแวดล้อมดีขึ้น คุมค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายได้ตามเกณฑ์ คือ HI ไม่เกินร้อยละ 10 และ CI เท่ากับ 0

กิจกรรมที่ 5 สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ประจำสัปดาห์ อสม.สำรวจภาชนะและรายงานผลทุกสัปดาห์ ครอบคลุมพื้นที่เป้าหมาย ช่วยให้ค้นหาและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้อย่างรวดเร็ว

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและรายงานโรค สร้างช่องทางรายงานผ่านไลน์ (Line Group) และแบบฟอร์มชุมชน อสม.แจ้งสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงเวลา สรุปข้อมูลรายเดือน และแจ้งเหตุโรคระบาดได้เร็วภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้ระงับการแพร่กระจายของโรคได้ทันท่วงที

ส่วนที่ 3 ผลการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร

1) ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายสุขภาพชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 44.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.68 ปี (ต่ำสุด 23 ปี, สูงสุด 80 ปี) ส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 27.9 รองลงมาคือประถมศึกษา ร้อยละ 23.5 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 69.1 ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือรับราชการ ร้อยละ 16.1 ตำแหน่งในชุมชนส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 62.5 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 14.7 รายได้ครอบครัว ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีรายได้ช่วง 2,000-18,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ย 12,000 บาท/เดือน (ต่ำสุด 2,000 บาท, สูงสุด 50,000 บาท) ประสบการณ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 83.1 มีประสบการณ์เฉลี่ย 6.49 ปี (S.D. = 4.86) ประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี ประสบการณ์มากที่สุด 28 ปี

ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แยกรายพื้นที่ พบว่า ก่อนการพัฒนา เครือข่ายสุขภาพชุมชน ต.สร้างค้อ อ.ภูพาน มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 15.94, S.D = 1.61) เครือข่ายสุขภาพชุมชน ต.บึงทวาย อ.เต่างอย มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 15.79, S.D = 1.81) เครือข่ายสุขภาพชุมชน ต.หนองปลิง อ.นิคมน้ำอูน มีความรู้ระดับดี ($\bar{x}$ = 16.38, S.D = 1.50) เครือข่ายสุขภาพชุมชน ต.กุดบาก อ.กุดบาก มีความรู้ระดับดี ($\bar{x}$ = 16.79, S.D = 2.03) หลังการพัฒนา เครือข่ายสุขภาพชุมชนมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทุกพื้นที่ และมีความรู้ภาพรวมระดับดี ($\bar{x}$ = 18.47, S.D = 1.55)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา แยกรายพื้นที่

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	136	ดี	16.42	1.88	-18.15	135	<0.001*
หลังการพัฒนา	136	ดี	18.47	1.55			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นมากว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร จำนวน 136 คน พบว่า ภายหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี (23.34 - 30.00 คะแนน) เพิ่มขึ้นจาก 75 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.1 เป็น 134 คน คิดเป็นร้อยละ 98.5 ขณะที่กลุ่มที่มีระดับมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวปานกลางลดลงจาก 61 คน คิดเป็นร้อยละ 44.9 เหลือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 23.80 คะแนน (S.D. = 2.58) ก่อนการพัฒนา เป็น 28.82 คะแนน (S.D. = 1.66) หลังการพัฒนา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	136	ดี	23.80	2.58	-24.37	135	<0.001*
หลังการพัฒนา	136	ดี	28.82	1.66			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมากว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชน(การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา) ในพื้นที่เสี่ยงสูง ก่อนพัฒนา ทุกตำบลมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 47.53, S.D. = 3.70) ตำบลที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยสูงสุดคือ ต.บึงทวาย อ.เต่างอย อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 47.38, S.D. = 3.28) ตำบลที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยต่ำสุดคือ ต.หนองปลิง อ.นิคมน้ำอูน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 46.56, S.D. = 4.03) หลังการพัฒนาทุกตำบล มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 57.10, S.D. = 3.65) ตำบลที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยสูงสุดคือ ต.กุดบาก อ.กุดบาก อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 58.59, S.D. = 1.69) ตำบลที่มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยต่ำสุดคือ ต.หนองปลิง อ.นิคมน้ำอูน อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 56.41, S.D. = 4.07)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	136	ดี	47.53	3.70	-29.63	135	<0.001*
หลังการพัฒนา	136	ดี	57.10	3.65			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้นมากว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

2) ข้อมูลทั่วไปของประชาชนตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.2 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 33.9 รองลงมาคือ 60-69 ปี ร้อยละ 25.0 โดยมีอายุ

เฉลี่ย 52.55 ปี (ต่ำสุด 20 ปี, สูงสุด 85 ปี) ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.6 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ30.0 ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 68.4 ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม ร้อยละ78.0 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 11.5 รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.5 มีรายได้ช่วง 700-22,133.33 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ย 7,613 บาท/เดือน (ต่ำสุด 700 บาท, สูงสุด 65,000 บาท) การรับข้อมูลข่าวสารโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่รับจากวิทยุ โทรทัศน์ และหอกระจายข่าว ร้อยละ 40.5 รองลงมาคือหน่วยงานราชการ ร้อยละ 24.3 และสื่อออนไลน์ ร้อยละ 20.5

ระดับความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตัวแทนครัวเรือนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แยกรายพื้นที่ พบว่า ก่อนการพัฒนา ประชาชนทุกพื้นที่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี ยกเว้น ประชาชนในพื้นที่ ต.หนองปลิง อ.นิคมน้ำอูน มีความรู้ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 14.93, S.D = 1.99) หลังการพัฒนา ประชาชนทุกพื้นที่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีทุกพื้นที่ ประชาชน ต.กุดบาก อ.กุดบาก มีความรู้มากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 18.92, S.D = 1.91) และมีความรู้ภาพรวมระดับดี ($\bar{x}$ = 17.74, S.D = 2.03)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	440	ดี	16.11	2.08	-25.20	439	<0.001*
หลังการพัฒนา	440	ดี	17.73	2.03			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร พบว่าหลังการพัฒนามีความรู้เพิ่มขึ้นมากว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร แยกรายพื้นที่ พบว่า ก่อนการพัฒนา ประชาชนทุกพื้นที่มีระดับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ทุกพื้นที่ ($\bar{x}$ = 24.75, S.D = 2.14) ประชาชน ต.กุดบาก อ.กุดบาก มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 25.28, S.D = 1.99) หลังการพัฒนา ประชาชนทุกพื้นที่มีระดับระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น ประชาชน ต.กุดบาก อ.กุดบาก มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวมากที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 29.47, S.D = 0.85) และมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวภาพรวมระดับดี ($\bar{x}$ = 28.46, S.D = 1.95)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร ก่อนและหลังการพัฒนา

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	n	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-value
ก่อนการพัฒนา	440	ดี	24.75	2.14	-40.38	439	<0.001*
หลังการพัฒนา	440	ดี	28.46	1.95			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร พบว่า หลังการพัฒนามีพฤติกรรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)

ภายหลังการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชน ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI, CI และ BI) ในพื้นที่เสี่ยงสูงทั้ง 4 ตำบลมีอัตราลดลงอย่างชัดเจน โดยค่าเฉลี่ยรวมของดัชนีบ้าน (HI) ลดลงจาก 56.94 เหลือ 5.97 ดัชนีภาชนะ (CI) ลดลงจาก 40.62 เหลือ 17.13 และดัชนีภาชนะต่อบ้าน 100 หลัง (BI) ลดลงจาก 113.62 เหลือ 38.46

ก่อนดำเนินการ (ธันวาคม 2567 - เมษายน 2568) ในพื้นที่เสี่ยงสูงทั้ง 3 ตำบล พบผู้ป่วยตำบลละ 1 ราย ยกเว้น ตำบลบึงทวาย พบผู้ป่วย 2 ราย รวมทั้งหมด 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วยรวม 4.72 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้ป่วยตายโรคไข้เลือดออก หลังดำเนินการ (ธันวาคม 2568 - เมษายน 2569) ผลลัพธ์ประสบความสำเร็จอย่างดีเยี่ยม ในช่วงเวลาเดียวกันของปีถัดมา ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นเลยในทุกพื้นที่ (0 ราย) อัตราป่วยลดลงเหลือ 0.00 ต่อแสนประชากร ไม่พบผู้ป่วยตายโรคไข้เลือดออก

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร โดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC (Appreciation-Influence-Control) ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 1) กลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 136 คน 2) ประชาชนที่เป็นตัวแทนหลังคาเรือน จำนวน 440 คน ดำเนินการในพื้นที่เสี่ยงสูง ได้แก่ อำเภอนิคมน้ำอูน อำเภอภูพาน อำเภอเต่างอย อำเภอกุดบาก และคัดเลือกพื้นที่ตำบลเสี่ยงสูงอันดับหนึ่งของแต่ละอำเภอ ได้แก่ 1) ตำบลหนองปลิง อำเภอนิคมน้ำอูน 2) ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน 3) ตำบล บึงทวาย อำเภอเต่างอย และ 4) ตำบลกุดบาก อำเภอกุดบาก ทำศึกษาวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึง เมษายน 2569 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การดำเนินงานตามกระบวนการ AIC จัดประชุมเครือข่ายสุขภาพชุมชน 136 คน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาตั้งเป้าหมาย "ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก" และจัดทำแผนปฏิบัติการที่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน การปฏิบัติการขับเคลื่อนผ่าน 6 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การจัดตั้งทีมป้องกันและควบคุมโรคระดับตำบล 2) การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำ 3)การสร้างความตระหนักรู้ผ่านหอกระจายข่าวและการเคาะประตูบ้าน 4) การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมทุกสัปดาห์ 5) การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์อย่างต่อเนื่อง (ครอบคลุมเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) 6) การพัฒนาระบบรายงานผ่านกลุ่ม Line แจ้งเหตุได้ภายใน 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังดำเนินการพัฒนาด้วยกระบวนการ AIC เครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 136 คน มีระดับความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้น ความรู้ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.6 เป็นร้อยละ 95.6 มีระดับพฤติกรรมระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.1 เป็นร้อยละ 98.5 และการมีส่วนร่วมระดับมากเพิ่มขึ้น ระดับมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.9 เป็นร้อยละ 96.3 การเพิ่มขึ้นของระดับความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมทั้งหมดนี้ แตกต่างจากก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001)สอดคล้องกับประสิทธิ์ มณีโสม[9] ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมและความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สอดคล้องกับ ทองบน เนาว์แก้ว[10] ได้ศึกษา การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนาสุขภาพประจาครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้ การมีส่วนร่วมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนตัวแทนครัวเรือน (440 คน) ระดับความรู้ดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 64.1 เป็น ร้อยละ 86.8 และพฤติกรรมระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 72.0 เป็น ร้อยละ 95.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001) สอดคล้องกับ กานต์ญาณี เกียรติพนมแพ บุญเทียน อาสารินทร์ และสุภาภรณ์ โคตรมณี[11] ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดดออก พื้นที่เสี่ยงสูง เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้น ก่อนการดำเนินงานมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 64.19 หลังดำเนินงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85.00 ด้านพฤติกรรม ประชาชนมีพฤติกรรมก่อนการดำเนินงานในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 80.59 หลังดำเนินงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 89.21 ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย (HI) ลดลงจากร้อยละ 56.98 เหลือ ร้อยละ 5.97 (ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ไม่เกิน 10) ดัชนีภาชนะที่พบลูกน้ำ (CI) ลดลงจากร้อยละ 40.66 เหลือ ร้อยละ 17.13 ดัชนีจำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำต่อบ้าน 100 หลัง (BI) ลดลงจากร้อยละ 113.72 เหลือ ร้อยละ 38.46 การลดลงของดัชนีลูกน้ำยุงลายนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์ (2563) สอดคล้องกับ ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์[5] ได้ศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ค่า HI CI BI ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐานหลังดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนดำเนินการ (ธ.ค. 2567 - มี.ค. 2568) พบผู้ป่วย 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4.72 ต่อแสนประชากร ภายหลังดำเนินการ (ธ.ค. 2568 - มี.ค. 2569) ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเลยในทุกพื้นที่ (0 ราย) และไม่มีผู้เสียชีวิต ทำให้อัตราป่วยลดลงเหลือ 0.00 ต่อแสนประชากร สอดคล้องกับ ประสิทธิ์ มณีโสม[9] ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผลจากการดำเนินการส่งผลให้อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจาก 342.7 ต่อแสนประชากร (60 ราย) ในปี 2566 เหลือ 97.12 ต่อแสนประชากร (17 ราย) ในปี 2567 คิดเป็นการลดลงร้อยละ 71.7 ยังสอดคล้องกับ กานต์ญาณี เกียรติพนมแพ บุญเทียน อาสารินทร์ และสุภาภรณ์ โคตรมณี[11] ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดดออก พื้นที่เสี่ยงสูง เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่เสี่ยงสูง จังหวัดสกลนคร โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม และระบบเฝ้าระวังโรค พัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ถูกต้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงความยั่งยืนในการแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัยไปปฏิบัติ

1. ควรส่งเสริมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (กลุ่ม Line หมู่บ้าน) เป็นระบบแจ้งเตือนและเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการสื่อสารความเสี่ยง เมื่อพบผู้ป่วยสงสัย ทีมควบคุมโรคระดับพื้นที่ (รพ.สต. และ อปท.) สามารถแจ้งประสานงานไปยังผู้นำชุมชนและ อสม. ทำให้การลงพื้นที่สอบสวน ควบคุมโรคและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายรอบที่พักอาศัยของผู้ป่วยสามารถดำเนินการได้ทันที" (FG16_เจ้าหน้าที่สาธารณสุข_22/12/2568)

2. พัฒนาชุดความรู้เฉพาะทางเพิ่มเติมให้กับภาคประชาชนแม้ความรู้ทั่วไปจะอยู่ในระดับดี แต่ผลวิจัยชี้ว่าประชาชนบางส่วนยังมีข้อจำกัดเรื่อง "การใช้ยาในผู้ป่วยไข้เลือดออก" (เช่น ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 36.4 ขาดความรู้ข้อห้ามการใช้ยาพาราเซตามอล ร้อยละ 31.4 และขาดความรู้เรื่องการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ร้อยละ 16.6) จึงควรเน้นย้ำเรื่องความปลอดภัยของการใช้ยาเมื่อมีไข้สูงเฉียบพลันในสื่อหอกระจายข่าวและการเคาะประตูบ้านของ อสม.

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.ควรผลักดันการดำเนินงานตามกิจกรรม" ชุมชนปลอดลูกน้ำยุงลาย ปลอดโรคไข้เลือดออก" ให้เป็นธรรมนูญชุมชนหรือข้อบัญญัติท้องถิ่น (อบต.หรือเทศบาล) หรือควรกำหนดนโยบายนี้ให้เป็นมาตรการทางสังคมหรือข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้านอย่างเป็นทางการ เพื่อสร้างความรับผิดชอบในชุมชน

2. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลควรบรรจุแผนงานการควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมนี้ไว้ในแผนงบประมาณประจำปี เพื่อจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น (เช่น ทรายอะเบท น้ำยาเคมี สื่อประชาสัมพันธ์) ให้เพียงพอตลอดทั้งปี ไม่เฉพาะช่วงที่มีการระบาด

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป เนื่องจากการวิจัยนี้ดำเนินการในช่วงระยะเวลา 5 เดือน (ธันวาคม 2568 – เมษายน 2569) ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะ 1 - 2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมประชาชนและการคงอยู่ของระบบเฝ้าระวังในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก.(2567). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กและผู้ใหญ่ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2567.
2. World Health Organization.(2024). Dengue and severe dengue [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 7]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe- dengue
3. กรมควบคุมโรค.(2568). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 21 มิ.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2025/06/34359?utm_source=chatgpt.com
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.(2568). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2567. สกลนคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร; 2568.
5. ฉัตรวิไล ลีสาวงษ์.(2563). การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ตำบลไร่ใต้ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563.
6. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1-55.
7. พิสณุ ฟองศรี.(2557). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: บริษัทด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด; 2557.
8. ยุทธ ไกยวรรณ์.(2560). หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
9. ประสิทธิ์ มณีโสม.(2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการโรงพยาบาลหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึง

เมื่อ 4 ส.ค. 2568];7(2):1-15. (หรือระบุเลขปีที่/ฉบับที่ตามจริง). เข้าถึงได้จาก: https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/20241127061033.pdf

10. ทองบน เนาว์แก้ว.(2562). การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบริหารจัดการ POCCC. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2562;7(2):1-15.
11. กานต์ญาณี เกียรติพนมแพ, บุญเทียน อาสารินทร์, สุภาภรณ์ โคตรมณี.(2566). การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกพื้นที่เสี่ยงสูง เขตสุขภาพที่ 8. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2566;30(1):1-12.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

Mental Health Literacy Regarding Depression and Approaches to Depression Prevention in the Village Health Volunteers at Samet Tai Sub-district, Bang Khla District, Chachoengsao Province

(Received: August 5,2026 ; Revised: August 8,2026 ; Accepted: August 10,2026)

สมรทิพย์ วิภาวนิช[1]
Samorntip Vipavanich[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของ อสม. และเพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 113 คน เครื่องมือเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พัฒนาตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา IOC = 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น ด้านความรู้ KR-20 = 0.81 ด้านทัศนคติ Cronbach's alpha = 0.76 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนรวมด้านความรู้อยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.16) ส่วนด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุอยู่ระดับน้อย (ร้อยละ 44.67) คะแนนเฉลี่ยรวมด้านทัศนคติอยู่ระดับมาก (Mean = 3.58, *SD* = 0.54) รายข้อพบทัศนคติเชิงลบต่อการเปิดเผยภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับน้อย (Mean = 2.31, *SD* = 1.15) และแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน มุ่งให้มีการพัฒนาใน 3 ระดับได้แก่ 1) ระดับบุคคล จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ และสัญญาณเตือน ทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และการสื่อสารเชิงบวกให้กับ อสม. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 2) ระดับชุมชน โดยการรณรงค์ปรับทัศนคติที่ทำให้คนกล้าเปิดเผยปัญหาครอบครัว และขอความช่วยเหลือได้โดยไม่ถูกตัดสิน ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้า รวมถึงการสังเกต และสัญญาณเตือน แก่ประชาชนในชุมชน นักเรียนในสถานศึกษา รวมถึงการเผยแพร่ความรู้ผ่านเสียงตามสาย วิทยุชุมชน ป้ายความรู้ขนาดใหญ่ และกลุ่มไลน์หมู่บ้าน 3) ระดับเครือข่าย โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง อสม. รพ.สต. องค์การบริหารส่วนตำบล วัด โรงเรียน โรงเรียนผู้สูงอายุ และหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด โดยกำหนดบทบาทที่ชัดเจนสำหรับแต่ละภาคส่วน มีระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และมีการติดตามดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This survey research aimed to examine the level of mental health literacy on depression among village health volunteers (VHVs) and to develop local guidelines for depression prevention. The studied population consisted of 113 VHVs, who met the specified criteria, from Samet Tai Subdistrict, Bang Khla District, Chachoengsao Province. The quantitative tool was a mental health literacy questionnaire on depression, developed on the basis of Jorm's mental health literacy framework. It had a content validity coefficient (IOC) of 1.00, a reliability coefficient (KR-20) of 0.81 for the knowledge, and Cronbach's alpha of 0.76 for the attitudes. The data were analyzed using descriptive and qualitative statistics. The focus group discussion, in-depth interview, and content analysis were also conducted.

[1] ปร.ด. อาจารย์คณะพยาบาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ email: samorntipvipa@gmail.com

According to study results, the total scores in the aspect of knowledge, and of knowledge and belief on risk factors and causes were at a moderate, and low level (65.16%) (44.67%), respectively. Moreover, the total average score for the attitudes was at a high level (Mean = 3.58, SD = 0.54). The investigation of each aspect indicated a low level of negative attitudes towards disclosing depression (Mean = 2.31, SD = 1.15). The community-based depression prevention guidelines focus on 3 levels of development: 1) individual level: VHVs were provided, at least 3 times a year, with trainings on depression, its causes and warning signs as well as basic counseling, active listening, and positive communication skills; 2) community level: attitude-changing campaigns were organized among community members and students in different educational institutes so that individuals find the courage to disclose family issues and to seek help without fear of judgment. This was to diffuse the knowledge and understanding of depression, observation techniques, and warning signs. Additionally, the knowledge was disseminated through community radio channels, large information boards, and groups of villagers in LINE application; and, lastly, 3) network level: collaborative networks were established among VHVs, Subdistrict Health Promotion Hospitals, Subdistrict Administrative Organizations (SAO), temples, schools, senior schools, and local and provincial public health authorities. The roles for each sector were clearly defined. A rapid and efficient referral system, and ongoing follow-up care in the local area were also available.

Keywords: Mental Health Literacy Regarding Depression, Depression Prevention, Village Health Volunteers

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2025 คาดการณ์ว่ามีประชากรร้อยละ 4.0 ที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้า และราว 332 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคซึมเศร้า[1] ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567[2] ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม รู้สึกเศร้า โดดเดี่ยว การรับประทานอาหาร การนอน หรืออาจมีอาการทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย[3] มีความคิดด้านลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึก หมดแรง อ่อนล้า ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ทันท่วงทีอาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการดำเนินชีวิตและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ครอบคลุม ทั้งความรู้และความเชื่อในการรับรู้ จัดการ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงความสามารถในการระบุอาการภาวะซึมเศร้า เข้าใจแนวทางการรักษา และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการขอความช่วยเหลือ[4] ดังนั้น การป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สามารถตระหนักรู้ เข้าใจ และจัดการกับปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2567–2568 พบมีผู้เสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง 4 ราย[5] ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าเชิงพื้นที่ ดังนั้น ผู้ที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยทำหน้าที่เฝ้าระวัง คัดกรอง และเชื่อมต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพก็คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Community Health Workers (CHWs) ในระดับสากล เช่น ในสหราชอาณาจักรและเนเธอร์แลนด์ที่พัฒนาโครงการ CHWs เพื่อเป็นด่านหน้าในการคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าไปยังผู้เชี่ยวชาญ[6]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในฐานะกลไกสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในพื้นที่ตำบลเสม็ดใต้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นข้อมูลเฉพาะบริบทที่ศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. และพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม 2568 ถึง 15 มีนาคม 2569

การศึกษาที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของ อสม.

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา: ศึกษาจากประชากรที่เป็น อสม. ทั้งหมดของตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 113 คน (จากประชากรทั้งหมด 114 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm[4] โดยปรับเนื้อหา ให้มุ่งเน้นเฉพาะภาวะซึมเศร้า เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยความรู้ 5 ด้าน จำนวน 30 ข้อ และทัศนคติ 1 ด้าน จำนวน 6 ข้อ โดยด้านความรู้ แต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก และ ผิด การให้คะแนน ตอบ ถูก = 1 คะแนน ตอบ ผิด = 0 คะแนน การแปลผลคะแนนร้อยละ ผู้วิจัยอิงแนวคิด Mastery Learning ของ Bloom[7] ที่กำหนดร้อยละ 80 เป็นเกณฑ์ระดับ mastery โดยกำหนดคะแนนร้อยละเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ร้อยละ 80.00–100.00 = มาก ร้อยละ 60.00–79.99 = ปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = น้อย ส่วนด้านทัศนคติวัดด้วยมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ (Likert scale) จำนวน 6 ข้อ แบ่งเป็นข้อเชิงบวกและเชิงลบอย่างละ 3 ข้อ โดยข้อเชิงลบให้คะแนนย้อนกลับ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์แปลผลจากช่วงกว้างอันตรภาคชั้น = (5-1)/5 = 0.80 ได้แก่ 4.21–5.00 = มากที่สุด 3.41–4.20 = มาก 2.61–3.40 = ปานกลาง 1.81–2.60 = น้อย และ 1.00–1.80 = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 (เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ IOC ≥ .50) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น พบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.81 สำหรับแบบวัดทัศนคติ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.76 (เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ≥ .70 ขึ้นไป)

การศึกษาที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้ให้

ข้อมูลสำคัญที่เลือกแบบเจาะจงด้วยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือประกอบด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำเครื่องมือเชิงคุณภาพเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า มีความเห็นพ้องว่าข้อคำถามมีความครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบท อสม. ในพื้นที่ จากนั้นนำไปทดลองใช้ พบว่าเครื่องมือมีความชัดเจนและสื่อความหมายได้ตรงประเด็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ และลงนามยินยอม จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำกับดูแล เพื่อตอบข้อซักถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 8 คน รวม 16 คน ณ รพ.สต. เสม็ดใต้ ใช้เวลา 60–90 นาที/กลุ่ม เพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดรหัสแทนชื่อจริง โดยใช้ G1 แทนกลุ่มที่ 1 และ G2 แทนกลุ่มที่ 2 แล้วตามด้วยหมายเลขลำดับ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ พยาบาลวิชาชีพ รายละ 45–60 นาที ทั้งนี้ มีการบันทึกเสียง และ จดบันทึกประเด็นสำคัญภายใต้ความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาถอดความ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดกลุ่มประเด็นตามหมวดหมู่ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อสังเคราะห์สาระสำคัญ และข้อค้นพบที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ตามเอกสาร RRU-IRB No. 072/2568 ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2568

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถบรรยายตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรที่ศึกษาจำนวน 113 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 79 คน (ร้อยละ 69.91) มีอายุ 58 ปี ขึ้นไป 72 คน (ร้อยละ 63.72) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา 58 คน (ร้อยละ 51.33) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด 48 คน (ร้อยละ 42.48) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี 65 คน (ร้อยละ 57.52) ส่วนใหญ่เคยอบรมด้านสุขภาพจิต 76 คน (ร้อยละ 67.26) และเคยมีประสบการณ์การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า 67 คน (ร้อยละ 59.29)

ผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านความรู้) พบว่า อสม. มีระดับความรอบรู้ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.16) เมื่อพิจารณา

รายข้อ พบว่า ผลอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (ร้อยละ 79.67) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 72.83) ความรู้ในการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 65.00) ความสามารถในการระบุความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 63.50) ส่วนความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง/สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 44.67) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ด้านทัศนคติ) พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติโดยรวมทุกข้ออยู่ในระดับมาก (Mean = 3.58, *SD* = 0.54) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ อสม. มีทัศนคติในระดับมากที่สุด ได้แก่ ความเชื่อว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับความเข้าใจ และการสนับสนุนจากคนรอบข้าง (Mean = 4.54, *SD* = 0.66) การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อรู้สึกเศร้าหรือท้อแท้ช่วยให้เข้าใจตนเองและปัญหาได้ดีขึ้น (Mean = 4.45, *SD* = 0.61) และการเข้ารับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าช่วยให้สามารถฟื้นฟูและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Mean = 4.41, *SD* = 0.79) และข้อที่มีระดับน้อย คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ควรบอกให้คนอื่นรู้เพราะอาจถูกมองไม่ดี (Mean = 2.31, *SD* = 1.15)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญในการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนของตำบลเสม็ดใต้ที่ครอบคลุมระดับบุคคล ชุมชน และเครือข่าย ดังนี้

1. ระดับบุคคล จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นที่สอดคล้องกัน ได้แก่ ด้านความรู้ อสม. ได้รับความรู้ที่กว้างไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถแยกอาการอื่น ๆ ที่มีความคล้ายภาวะซึมเศร้าได้ และการได้รับความรู้เพียง 1-2 ครั้งต่อปี ทำให้ความรู้ลดน้อยลงตามกาลเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าไม่เคยได้รับการฝึกทักษะการสื่อสาร และการให้คำปรึกษา ดังนั้น จึงต้องการพัฒนาตนเองในด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทักษะการสื่อสาร และการให้คำปรึกษา เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

2. ระดับชุมชน จากการสนทนากลุ่มพบประเด็นตราบาปทางสังคมที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการ คือ ครอบครัวปกปิดข้อมูลเนื่องจากไม่อยากให้ใครรู้ กังวลต่อภาพลักษณ์

3. ระดับเครือข่าย ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ได้แก่ อสม. รพ.สต. อบต. วัด โรงเรียน โรงเรียนผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และช่วยลดการตีตรา ทำให้คนที่มีปัญหากล้าขอความช่วยเหลือ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. ด้านความรู้ พบว่า อสม. ตำบลเสม็ดใต้มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.16 สอดคล้องกับ Pruksarungruang และ Rhein[8] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านโรคซึมเศร้า พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 44.67) ซึ่งการที่ อสม. ขาดความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ การเกิดภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงของบุคคลในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

2. ด้านทัศนคติ พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมทุกข้ออยู่ในระดับมาก (Mean = 3.58, *SD* = 0.54) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด คือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าควรได้รับความเข้าใจและการสนับสนุนจากคนรอบข้าง (Mean = 4.54, *SD* = 0.66) การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อรู้สึกเศร้าหรือท้อแท้ช่วยให้เข้าใจตนเองและปัญหาได้ดีขึ้น (Mean = 4.45, *SD* = 0.61) และการเข้ารับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าช่วยให้สามารถฟื้นฟูและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Mean = 4.41, *SD* = 0.79) ซึ่งอาจสะท้อนถึงการที่ อสม. ทำงานใกล้ชิดกับผู้รับบริการในชุมชน อย่างไรก็ตามยังพบทัศนคติที่เป็นอุปสรรค คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ควรบอกให้คนอื่นรู้ เพราะอาจถูกมองไม่ดี (Mean = 2.31, *SD* = 1.15) ซึ่งสะท้อนอิทธิพลของตราบาปทางสังคม และสอดคล้องกับ Alhumaidan et al.[9] ที่ระบุว่า ตราบาปเป็นความกังวลในเรื่องความเป็นส่วนตัว กลัวว่าผู้อื่นจะล่วงรู้ถึงปัญหาของตน และเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางบุคคลในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ที่ 2 แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอ บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับบุคคล

1.1 พัฒนาความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า อสม. ได้รับความรู้ที่กว้างไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถแยกอาการอื่น ๆ ที่มีความคล้ายภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับ Khanthavudh et al.[10] ที่ศึกษาเชิงคุณภาพใน อสม. ประเทศไทย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่รายงานว่าไม่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะ แม้จะมีการประชุมประจำเดือน แต่เนื้อหาการให้ความรู้ส่วนใหญ่เน้นไปที่โรคทางกายเป็นหลัก ผลจากการขาดความรู้เฉพาะทางนี้ทำให้ อสม. ไม่เข้าใจถึงอันตรายของการที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตแยกตัวจากสังคมหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง และการได้รับความรู้เพียง 1-2 ครั้งต่อปี ทำให้ความรู้ลดน้อยลงตามกาลเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oladeji et al.[11] ที่ศึกษาการอบรมแบบถ่ายทอดความรู้ เพื่อขยายผลการดูแลภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยการให้ความรู้แก่ อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า คะแนนความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนอบรมจาก 12.3 เป็น 15.4 ทันทีหลังอบรม และลดลงเล็กน้อยเหลือ 14.7 เมื่อติดตามผลที่ 6 เดือน แสดงให้เห็นว่าความรู้มีแนวโน้มลดน้อยลงเมื่อเวลาผ่านไปหากไม่มีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง แม้จะยังสูงกว่าค่าพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญก็ตาม

จะเห็นได้ว่า ความรู้ของ อสม. เป็นจุดตั้งต้นของแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้า ตำบลเสม็ดใต้ ดังนั้น แนวทางที่เสนอ ได้แก่ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ และสัญญาณเตือน อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง

1.2 พัฒนาทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษา ผลการวิจัย พบว่า อสม. ไม่รู้จะสื่อสารและให้คำปรึกษาอย่างไร รวมถึงไม่มั่นใจที่จะเข้าไปพูดคุยกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ประเด็นนี้สะท้อนถึงความต้องการที่จะพัฒนาทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ สิรีธร ซอเฮ็ง และคณะ[12] ที่ระบุว่าควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร เพื่อให้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งรวมถึงการดูแลผู้เสี่ยงซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาถือว่าเป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนความรู้ให้เป็นการปฏิบัติได้จริง อสม. ที่มีความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่พอ ต้องมีทักษะพูดคุย รับฟัง และให้คำปรึกษาเบื้องต้น จึงจะสามารถเข้าถึงปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัวของคนในชุมชนได้ ดังนั้น แนวทางที่เสนอ ได้แก่ การจัดอบรมทักษะ

การสื่อสาร การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการฟังอย่างตั้งใจ ให้กับ อสม. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง

2. ระดับชุมชน

การลดตราบาปทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ตราบาปทางสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงผู้มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยครอบครัวมักปกปิดภาวะซึมเศร้าของสมาชิกเนื่องจากกังวลต่อภาพลักษณ์ สอดคล้องกับ Prizeman et al.[13] ที่ศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมประสบการณ์ของคนหนุ่มสาวเกี่ยวกับตราบาปของภาวะซึมเศร้า พบว่า การเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอับอาย รู้สึกผิด รู้สึกโดดเดี่ยว และเหงามากขึ้น เพราะปฏิกิริยาเชิงลบที่ไม่ใช้คำพูด (สีหน้า ท่าทาง) ของคนรอบข้าง

การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้เป็นการช่วยให้เข้าถึงคนที่ต้องการความช่วยเหลือได้จริง ดังนั้น แนวทางที่เสนอ ได้แก่ การรณรงค์ปรับทัศนคติที่ทำให้คนกล้าเปิดเผยปัญหาครอบครัวและขอความช่วยเหลือได้โดยไม่ถูกตัดสิน ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การสังเกต และสัญญาณเตือน แก่ประชาชนในชุมชน นักเรียนในสถานศึกษา รวมถึงการให้ความรู้ผ่าน เสียงตามสาย วิทยุชุมชน ป้ายความรู้ขนาดใหญ่ กลุ่มไลน์หมู่บ้าน

3. ระดับเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหลาย ภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[14] ดังแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฯ ฉบับที่ 1 ระยะที่ 2 ระบุว่า การดำเนินงานสุขภาพจิตมีความจำเป็นในการบูรณาการงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ระบบบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. และโรงพยาบาลในพื้นที่) การบูรณาการแบบพหุภาคีในระดับพื้นที่ซึ่งรวมถึง อสม. และ ภาคประชาสังคม เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้านและตำบล

การดำเนินงานการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำเป็นต้องมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เชื่อมโยงการทำงานในระดับบุคคลเข้ากับระบบการทำงานทุกภาคส่วน ดังนั้น แนวทาง ที่เสนอได้แก่ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง อสม. รพ.สต. องค์การบริหารส่วนตำบล วัด โรงเรียน โรงเรียนผู้สูงอายุ และหน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ และระดับจังหวัด โดยกำหนดบทบาทที่ชัดเจนสำหรับแต่ละภาคส่วน มีระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องในพื้นที่

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา คือการดำเนินงานที่เริ่มจากการเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทักษะการสื่อสาร และทักษะการให้คำปรึกษาแก่ อสม. ร่วมกับการลดตราบาปทางสังคม การประสานความร่วมมือกับเครือข่าย และมีการดำเนินการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินการตามแนวปฏิบัติดังกล่าวจะนำไปสู่การป้องกันและลดความชุกของภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลเฉพาะบริบทที่ศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. และพัฒนาการดำเนินงานป้องกันภาวะซึมเศร้าในตำบลเสม็ดใต้ต่อไป และจากผลการวิจัย พบว่า อสม. ยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ ขาดทักษะการสื่อสาร การให้คำปรึกษา นอกจากนี้ยังพบตราบาปทางสังคมในชุมชน และความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรมจากเครือข่าย ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้ ควรจัด

อบรมเนื้อหาเฉพาะเรื่องภาวะซึมเศร้าให้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ควบคู่กับการฝึกทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาเบื้องต้น สร้างทัศนคติเชิงบวก เพื่อลดตราบาปทางสังคม และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันภาวะซึมเศร้าให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรม หรือพัฒนาหลักสูตร เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนสำหรับ อสม. รวมทั้งวางแผนการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ควรศึกษาปัจจัยระดับครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อทำความเข้าใจรากฐานทางวัฒนธรรมและบรรทัดฐานทางสังคม อันนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการลดตราบาปที่สอดคล้องกับบริบทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Depressive disorder (depression).* [cited 2025 August 29]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
2. สำนักวิชาการสุขภาพจิต. ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2565–2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://bmha.dmh.go.th/info_reading.php?infoid=11
3. สมรทิพย์ วิภาวนิช. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(1): 72-88.
4. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry. 2000; 177: 396-401. https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้. รายงานสรุปสถานการณ์สุขภาพจิตและการทำร้ายตนเอง ตำบลเสม็ดใต้ ปีงบประมาณ 2567–2568. เสม็ดใต้: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ดใต้; 2568.
6. Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? A systematic review of definitions. Glob Health Action. 2017; 10(1): 1272223. doi:10.1080/16549716.2017.1272223
7. Bloom BS. Learning for mastery. Eval Comment (UCLA-CSEIP). 1968; 1(2): 1-12.
8. Pruksarungruang J, Rhein D. Depression literacy: an analysis of the stigmatization of depression in Thailand. SAGE Open. 2022; 12(4): 21582440221140376. doi:10.1177/21582440221140376
9. Alhumaidan NI, Alotaibi TA, Aloufi KS, Althobaiti AA, Althobaiti NSA, Althobaiti K, et al. Barriers to seeking mental health help in Saudi Arabia: a systematic review. Cureus. 2024; 16(5): e60363. doi:10.7759/cureus.60363
10. Khanthavudh C, Grealish A, Tzouvara V, Leamy M. Supporting healthcare in rural communities in Thailand: an exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. PLoS One. 2025; 20(3): e0320559. doi:10.1371/journal.pone.0320559
11. Oladeji BD, Ayinde OO, Bello T, Kola L, Faregh N, Abdulmalik J, et al. Cascade training for scaling up care for perinatal depression in primary care in Nigeria. Int J Ment Health Syst. 2023; 17:41. doi:10.1186/s13033-023-00607-5
12. สิรีธร ซอเฮ็ง, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, อัมภาวรรณ นนทมาตย์, ณฐกร นิลเนตร. ความฉลาดองค์รวม

และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2568; 18(3): 59-73.

13. Prizeman K, McCabe C, Weinstein N. Stigma and its impact on disclosure and mental health secrecy in young people with clinical depression symptoms: A qualitative analysis. PLoS ONE. 2024; 19(1): e0296221. doi:10.1371/journal.pone.0296221
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561–2580) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดจันทบุรี

Efficiency of a Health Literacy Enhancement Program for E-cigarette Smoking Prevention among Lower Secondary School Students at a School in Chanthaburi Province.

(Received: August 6,2026 ; Revised: August 8,2026 ; Accepted: August 9,2026)

สิริลักษณ์ บัวเย็น[1] พงศ์ธนัช ขาวกระโทก[1] ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช[1]
Sirilak Buayen[1] Phongthanat Khawkrathok[1] Prapaipis Wiwatwanich[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี กลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมในชั้นเรียน 5 ครั้ง ครอบคลุมทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปใช้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับกิจกรรมสุขศึกษาตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ เจตคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test และ independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p=0.103) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (46.4±3.3 และ 44.3±4.4 คะแนน; p=0.028) มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 86.7 เป็น 92.4 คะแนน และมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (79.3±7.2 และ 71.1±16.1 คะแนน; p=0.011

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น, โปรแกรมสุขศึกษา, พฤติกรรมป้องกัน

Abstract

This two-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to evaluate the efficiency of a health literacy enhancement program for e-cigarette smoking prevention among lower secondary school students. The initial sample comprised 80 Grade 7 students from a school in Chanthaburi Province. Complete data were available for 69 participants: 36 in the experimental group and 33 in the comparison group. The experimental group participated in program consisting of five classroom sessions designed to develop access, understanding, questioning, decision-making, and application skills. The comparison group received usual health education. Data were collected using questionnaires assessing e-cigarette knowledge, preventive attitudes, health literacy, and preventive behaviors. Frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test, and independent t-test were used for analysis, with statistical significance set at 0.05.

After the intervention, the experimental group demonstrated a significant increase in knowledge; however, the posttest knowledge score did not differ significantly between groups (p=0.103). The experimental group had a significantly higher preventive attitude score than the comparison group (46.4±3.3 vs 44.3±4.4; p=0.028). Its overall health literacy score increased from 86.7 to 92.4, and its preventive behavior score was significantly higher than that of the comparison group (79.3±7.2 vs 71.1±16.1; p=0.011).

Keywords: E-cigarette, health literacy, lower secondary school students, health education program, preventive behavior

[1] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ส่งผ่านนิโคตินด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ความร้อนทำให้ของเหลวเกิดเป็นละอองที่ผู้ใช้สูดเข้าสู่ร่างกาย ผลิตภัณฑ์รุ่นใหม่มีขนาดเล็ก พกพาง่าย มีสีสันและรสชาติหลากหลาย จึงดึงดูดเด็กและเยาวชนได้มากขึ้น[1] นิโคตินเป็นสารเสพติดที่มีผลต่อสมองวัยรุ่นซึ่งยังอยู่ระหว่างการพัฒนา รวมทั้งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดอื่นในอนาคต[2] แม้ประเทศไทยมีมาตรการห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า แต่เด็กและเยาวชนยังสามารถพบเห็นข้อมูลโฆษณา รีวิว และช่องทางซื้อขายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ได้ง่าย[3]

สถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลการสำรวจ Global Youth Tobacco Survey (GYTS) ปี พ.ศ. 2565 พบว่า นักเรียนอายุ 13–15 ปี ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 17.6 โดยพบในเพศชายร้อยละ 20.2 และเพศหญิง ร้อยละ 15.0 เพิ่มขึ้นมากกว่า 5 เท่าจากร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2558[4] สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 ซึ่งพบว่า การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 2.8 และสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 15–29 ปี โดยเพิ่มจากร้อยละ 3.6 เป็นร้อยละ 8.4 สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 ข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2568 พบผู้สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 26,695 คน หรือร้อยละ 0.74 ขณะที่จังหวัดจันทบุรีมีความชุกร้อยละ 0.94 หรือประมาณ 3,098 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับเขตในระดับอำเภอ พบว่า อำเภอท่าใหม่ มีความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงอย่างต่อเนื่อง มากถึงร้อยละ 0.62 [5] ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมทางสังคมยังเอื้อต่อการเข้าถึงและการยอมรับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ประกอบกับความเข้าใจว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อย อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน รูปลักษณ์ผลิตภัณฑ์ และข้อมูลที่คลาดเคลื่อนบนสื่อออนไลน์ จึงทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งอยู่ในวัยทดลองและแสวงหาการยอมรับจากเพื่อน เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับมาตรการป้องกันการเป็นนักสูบหน้าใหม่อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น[6]

การให้ความรู้เพียงครั้งเดียวอาจช่วยเพิ่มการจดจำข้อเท็จจริง แต่ยังไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจในสถานการณ์จริง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ได้อย่างเหมาะสม7 แนวคิดดังกล่าวช่วยให้ผู้เรียนไม่ได้เป็นเพียงผู้รับข้อมูล แต่สามารถตรวจสอบข่าวสาร เปรียบเทียบข้อดีข้อเสีย สื่อสารข้อสงสัย และเลือกแนวทางป้องกันตนเอง งานวิจัยในนักเรียนและเยาวชนพบว่าโปรแกรมที่ใช้กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม สถานการณ์จำลอง การเรียนรู้ผ่านเพื่อน และสื่อดิจิทัล สามารถเพิ่มความรู้ เจตคติ ทักษะปฏิเสธ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าได้[7,8,9,10,11]

จากการทบทวนสถานการณ์และบริบทของโรงเรียนในจังหวัดจันทบุรี พบว่านักเรียนได้รับข้อมูลเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อสังคมออนไลน์เป็นสัดส่วนสูง ขณะที่ข้อมูลบนแพลตฟอร์มดังกล่าวมีทั้งข้อมูลถูกต้อง ข้อมูลชวนเชื่อ และการตลาดแฝง การพัฒนาโปรแกรมที่ฝึกให้ผู้เรียนค้นหา กลั่นกรอง ซักถาม ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปใช้ จึงมีความเหมาะสมกับปัญหาและพฤติกรรมการรับสื่อของนักเรียน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการระหว่างวันที่

25 มกราคม 2569 ถึง 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเรียนตามกิจกรรมปกติของโรงเรียนและได้รับการให้ความรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนแห่งหนึ่ง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2569 จำนวน 699 คน อ้างอิงจำนวนประชากรจากทะเบียนนักเรียนของสถานศึกษา[16]

คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันตามวิธีของ Fleiss[17] กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80

สูตร $n = \frac{Z\alpha+Z\beta\ ^2\ 2\sigma^2}{\mu 1-\mu 2\ ^2}$

โดยกำหนดค่า ดังนี้

n คือ จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$Z\alpha$ คือ ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

$Z\beta$ คือ ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80%

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนร่วมของตัวแปรในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนตัวแปรผลลัพธ์หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนตัวแปรผลลัพธ์หลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบคำนวณได้ดังนี้

$$\sigma^2 = \frac{n-1\ sd1^2 +\ n2-1\ sd2^2}{n1+n2\ -2}$$

n_1 คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

n_2 คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบ

sd_1^2 คือ ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

sd_2^2 คือ ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

แทนค่าสูตรจากการศึกษาของ อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์ และคณะ เรื่องการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี[9]

มีตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย ($\overline{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เท่ากับ 35.733 ±7.527 และ 28.233 ±7.899 ตามลำดับ สามารถคำนวณได้จากสูตร

แทนค่า

$$\sigma^2 = \frac{30-1\ \ 7\ 527\ ^2 +\ \ 30-1\ \ 7\ 899\ ^2}{30+30\ -2}$$

σ^2 = 59.525

แทนค่า

$$n = \frac{1\ 96+0\ 84\ ^2\ 2\ \ 59\ 525}{35\ 733-28\ 233\ ^2}$$

n = 15.83$\approx$ 16 คน

จากการคำนวณต้องใช้ตัวอย่าง จำนวน 16 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างขณะดำเนินการวิจัยจากสาเหตุใดๆ จึงเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 30 โดยยึดหลัก Principle of intention to treat [18]

สูตร $n_{ads} = \frac{n}{1-R\ ^2}$

โดยกำหนดค่า ดังนี้

N_{ads} คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ก่อนปรับ

R คือ สัดส่วนผู้ออกจากการศึกษา

แทนค่า $n = \frac{16}{1-0.30^2}$

$n = 32.65 \approx 33$ คน

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า ในการวิจัยครั้งนี้ มีขนาดตัวอย่างที่ใช้จำนวนไม่ต่ำกว่า 33 คนต่อกลุ่ม ประกอบกับโรงเรียนมีจำนวนนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นห้องละ 40 คน ผู้วิจัยจึงใช้ตัวอย่างจากจำนวนนักเรียนทั้งหมด เนื่องจากการวิจัยนี้ จัดในคาบกิจกรรมชมรม การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมในคาบกิจกรรมชมรมโรงเรียนกำหนดให้นักเรียนทุกคนต้องเข้าเรียนในคาบนี้ ทำให้ไม่สามารถคัดแยกนักเรียนในห้องเรียนตัวอย่างให้เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโปรแกรมได้ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงกำหนดให้นักเรียนทั้งหมดของห้องเรียนตัวอย่างที่สุ่มได้ เป็นตัวอย่างของแต่ละกลุ่มตามการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นแรกสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเลือกระดับชั้นจากระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ได้ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จากห้องเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด 6 ห้อง ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจงห้อง ม.1/1 และ ม.1/6 ซึ่งอยู่ห่างกันเพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูล กำหนดห้อง ม.1/1 เป็นกลุ่มทดลองและห้อง ม.1/6 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกิจกรรมจัดในคาบชมรมจึงเชิญนักเรียนทุกคนในห้องที่เลือกเข้าร่วมโดยสมัครใจ ห้องละ 40 คน รวม 80 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วม และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ย้ายหรือลาออกจากโรงเรียน หรือเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาเหลือผู้เข้าร่วมที่มีข้อมูลครบ 69 คน เป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน

เครื่องมือวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา

1. ขั้นเตรียมการ (Preparation Phase)

การพัฒนาโปรแกรม: พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรคและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำเป็นแผนการจัดกิจกรรมในชั้นเรียนจำนวน 5 ครั้ง

การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล: สร้างแบบสอบถามจำนวน 5 ตอน รวม 66 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (4 ข้อ): เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (10 ข้อ): ลักษณะข้อคำถามแบบถูก-ผิด (ตอบถูกให้ 1 คะแนน, ผิดให้ 0 คะแนน) แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom แบ่งเป็นระดับมาก (8–10 คะแนน) ปานกลาง (6–7 คะแนน) และน้อย (0–5 คะแนน)

ตอนที่ 3 เจตคติในการป้องกัน (10 ข้อ): ลักษณะข้อความเชิงบวก ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลเป็นระดับสูง (42.00–50.00 คะแนน) ปานกลาง (34.00–41.99 คะแนน) และต่ำ (10.00–33.99 คะแนน)

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (20 ข้อ): ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ (ด้านละ 4 ข้อ) ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลภาพรวมเป็นระดับดีเยี่ยม (90–100 คะแนน) เพียงพอ (75–89 คะแนน) มีปัญหา (60–74 คะแนน) และไม่เพียงพอ (20–59 คะแนน)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมป้องกัน (23 ข้อ): ข้อคำถามเชิงบวก 21 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ ใช้มาตรความถี่ 4 ระดับ แปลผลเป็นระดับดี (78.20–92.00 คะแนน) พอใช้ (64.40–78.19 คะแนน) และไม่ดี (23.00–63.39 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: นำแบบสอบถามและแผนกิจกรรมให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับนักเรียนที่มีลักษณะ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยกำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

2. ขั้นดำเนินการ (Implementation Phase) ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในชั้นเรียน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1: “เข้าถึงข้อมูลความรู้” (ระยะเวลา: 55 นาที)

รายละเอียดกิจกรรม: มุ่งเน้นการฝึกทักษะการค้นหาข้อมูล และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ผ่านการใช้โทรศัพท์มือถือและการอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 2: “นำสู่การสร้างความเข้าใจ” (ระยะเวลา: 55 นาที)

รายละเอียดกิจกรรม: ส่งเสริมการทำความเข้าใจข้อมูลที่ค้นพบ โดยใช้รูปแบบเกมจับคู่ และการสรุปสาระสำคัญผ่านโปรแกรม Kahoot

กิจกรรมครั้งที่ 3: “ถามให้เป็น เห็นทางป้องกัน” (ระยะเวลา: 55 นาที)

รายละเอียดกิจกรรม: ฝึกทักษะการซักถามข้อสงสัยและประเมินสถานการณ์ความเสี่ยง ผ่านการใช้สถานการณ์จำลอง (Role-play) เพื่อหาแนวทางป้องกันตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4: “คิดก่อนเลือก” (ระยะเวลา: 55 นาที)

รายละเอียดกิจกรรม: ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ เพื่อกำหนดทางเลือก ประเมินผลกระทบของแต่ละทางเลือก และการแสดงจุดยืนของตนเองผ่านกระดานกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 5: “รู้จักการนำไปใช้” (ระยะเวลา: 55 นาที)

รายละเอียดกิจกรรม: ฝึกทักษะการเตือนตนเอง การจัดการอารมณ์และตนเอง รวมถึงทักษะการปฏิเสธ ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการจำลองสถานการณ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Phase)

ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test): ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้ง 5 ตอน เพื่อประเมินระดับความรู้ เจตคติ ความรอบรู้ และพฤติกรรมพื้นฐานก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะระหว่างการทดลอง: ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทั้ง 5 กิจกรรม อย่างครบถ้วนตามแผนและระยะเวลาที่กำหนดไว้

ระยะหลังการทดลอง (Post-test): ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 5 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติและเปรียบเทียบผลลัพธ์ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงการศึกษา ขอความยินยอม และเก็บข้อมูลก่อนทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครั้งละประมาณ 50–60 นาที ในสัปดาห์ที่ 2–6 และสัปดาห์ที่ 7 เว้นช่วงกิจกรรมเพื่อ ให้กลุ่มทดลองได้ประยุกต์ใช้ทักษะในสถานการณ์จริง ลดความคลาดเคลื่อนจากการจดจำเนื้อหาในระยะสั้น ซึ่งช่วยให้ผลถึงความคงทนของการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงทางความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกันที่เกิดขึ้นจริงตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงทดลอง

และสัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลหลังทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดิม กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมระหว่างการศึกษา ทั้งสองกลุ่มอยู่คนละห้องเรียนและลดการแลกเปลี่ยนเอกสารกิจกรรมระหว่างกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานด้วย Chi-square test, Fisher’s exact test หรือ independent t-test ตามชนิดข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังภายในกลุ่มด้วย paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่โครงการวิจัย 026/69 วันที่ 11 พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัย

1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองเป็น เพศหญิงร้อยละ 55.6 และมีอายุเฉลี่ย 12.1±0.5 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงร้อยละ 60.6 และมีอายุเฉลี่ย 12.2±0.4 ปี นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อสังคมออนไลน์ทั้งสองกลุ่ม โดยไม่พบความแตกต่างของเพศ อายุ และการได้รับข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง (p>0.05)

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลอง ( ) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ โดยคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นเป็น ( ) เจตคติในการป้องกันฯ เพิ่มขึ้นเป็น ( ) พฤติกรรมการป้องกันฯ เพิ่มขึ้นเป็น ( ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมเพิ่มขึ้นเป็น ( ) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ทั้งทักษะการเข้าถึง ( ) การเข้าใจ ( ) การไต่ถาม ( ) การตัดสินใจ ( ) และการนำไปใช้ ( )

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มเปรียบเทียบ ( ) มีคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันก่อนและหลังทดลอง ( ) ทั้งมิติเจตคติ ( ) พฤติกรรม ( ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม ( ) รวมถึงรายด้านทุกมิติ มีเพียงคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเท่านั้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( ) ผลการวิจัยแสดงเห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจนรายละเอียดดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง (n = 36)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$ diff	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	8.4	1.1	9.2	0.8	0.8	3.924	<0.001*
เจตคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	44.9	3.4	46.4	3.3	1.5	2.706	0.010*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	86.7	10.2	92.4	6.3	5.7	3.341	0.002*
ทักษะการเข้าถึง	17.9	2.5	18.9	1.7	1.0	2.272	0.029*
ทักษะการเข้าใจ	17.2	2.7	18.1	1.5	0.9	2.089	0.044*
ทักษะการไต่ถาม	16.8	2.6	18.4	1.6	1.6	3.299	0.002*
ทักษะการตัดสินใจ	17.3	2.2	18.4	1.6	1.1	2.835	0.008*
ทักษะการนำไปใช้	17.6	1.8	18.6	1.4	1.0	3.214	0.003*
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	75.4	7.9	79.3	7.2	3.9	3.29	0.002*

* paired t-test; *p<0.05ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 33)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบก่อน-หลังการทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$ diff	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	8.0	1.7	8.6	1.3	0.6	2.885	0.007*
เจตคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	45.3	3.8	44.3	4.4	-1.0	-1.992	0.055
ความรอบรู้ด้านสุขภาพการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	81	16.2	84	11.0	3.0	1.391	0.174
ทักษะการเข้าถึง	16.7	3.1	17.1	2.7	0.4	0.779	0.442
ทักษะการเข้าใจ	15.8	4.1	17.0	2.8	1.2	1.773	0.086
ทักษะการไต่ถาม	15.6	4.0	16.0	3.4	0.4	0.747	0.461
ทักษะการตัดสินใจ	16	3.7	16.4	3.7	0.4	0.779	0.442
ทักษะการนำไปใช้	16.8	3.6	17.5	2.1	0.7	0.885	0.383
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	70.2	16.3	71.1	16.1	0.9	0.349	0.729

* paired t-test; *p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายในกลุ่ม ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เข้าถึงข้อมูลความรู้ ที่ฝึกทักษะการค้นหาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือ ผสานกับกิจกรรมครั้งที่ 2 นำสู่การสร้างความเข้าใจ ที่ประยุกต์ใช้เกมจับคู่และการสรุปสาระสำคัญผ่านโปรแกรม Kahoot ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและจดจำข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สุรังษี และคณะ ซึ่งพบว่ากระบวนการเรียนรู้ผ่านสื่อและกิจกรรมเชิงรุกช่วยเพิ่มระดับความรู้ด้านบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ [10] อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง กลับพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.103) ซึ่งอธิบายได้ว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งสองกลุ่มต่างได้รับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อสังคมออนไลน์ ครู และผู้ปกครองอยู่ก่อนแล้ว โดยพบว่านักเรียนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์สูงถึงร้อยละ 94.4 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 87.9 ในกลุ่มเปรียบเทียบ จึงเกิดข้อจำกัดจากช่วงคะแนนเริ่มต้นที่อยู่ในระดับสูง (Ceiling Effect) ประกอบกับเครื่องมือวัดความรู้มีจำนวน 10 ข้อ จึงอาจไม่ไวพอในการสะท้อนความแตกต่างเชิงลึก แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการขับเคลื่อนไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน

ในด้านเจตคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (46.4±3.3 และ 44.3±4.4 คะแนน p=0.028) ผลลัพธ์เชิงบวกดังกล่าวเป็นผลมาจากกิจกรรมครั้งที่ 4 คิดก่อนเลือก ที่มุ่งฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ ประเมินผลกระทบของทางเลือก และการแสดงจุดยืนต้านบุหรี่ไฟฟ้าผ่านกระดานกิจกรรม ร่วมกับกิจกรรมครั้งที่ 3 ถามให้เป็น เห็นทางป้องกัน ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนได้อภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์เสี่ยง กระบวนการนี้ช่วยให้นักเรียนได้ทบทวนความเชื่อเดิม ตระหนักถึงอันตรายใกล้ตัว และปรับเปลี่ยนเจตคติไปในทิศทางต้านการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา สุรังษี และคณะ ที่รายงานว่าโปรแกรมสุขศึกษาช่วยพัฒนาทัศนคติในการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น [10] และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์ และคณะ ที่ประยุกต์ทฤษฎีปัญญาทางสังคมและพบว่าการเสริมสร้างความตระหนักรู้และความเชื่อมั่นในตนเองช่วย

ปรับเปลี่ยนเจตคติและลดความเสี่ยงต่อการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 86.7 เป็น 92.4 คะแนน p=0.002) โดยมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในทุกมิติรายด้านอย่างชัดเจน ซึ่งสอดรับกับองค์ประกอบของโปรแกรมในแต่ละกิจกรรมอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ทักษะการเข้าถึงที่เพิ่มขึ้น (p=0.029) เป็นผลมาจากกิจกรรมครั้งที่ 1 ที่ฝึกการค้นหาและกลั่นกรองข่าวจริง–ข่าวเท็จบนสื่อดิจิทัล ทักษะการเข้าใจที่เพิ่มขึ้น (p=0.044) เป็นผลมาจากกิจกรรมครั้งที่ 2 ที่ใช้เกมและการสรุปสาระช่วยย่อยข้อมูลให้อ่านเข้าใจง่าย ทักษะการไต่ถามที่มีพัฒนาการอย่างโดดเด่น (p=0.002) เป็นผลมาจากกิจกรรมครั้งที่ 3 ที่เปิดโอกาสให้ฝึกกล้าซักถามและตอบโต้ในสถานการณ์เสี่ยงผ่านบทบาทสมมติ (Role-play) ทักษะการตัดสินใจที่เพิ่มขึ้น (p=0.008) เป็นผลมาจากกิจกรรมครั้งที่ 4 ที่เน้นการวิเคราะห์ทางเลือกและผลกระทบ และทักษะการนำไปใช้ที่เพิ่มขึ้น (p=0.003) เป็นผลมาจากกิจกรรมครั้งที่ 5 ที่ฝึกการวางแผนเตือนตนเองและการจัดการตนเอง ผลการศึกษานี้ช่วยยืนยันแนวคิดของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง ที่มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะปฏิบัติจริงมิใช่เพียงระดับความรู้[7] อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์[8], ยุรนันท์ เทพา[11] และทัศนียา ฟุ้งเฟื่อง และคณะ[12] ที่ระบุว่าโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีประสิทธิภาพสูงเมื่อจัดกิจกรรมครอบคลุมทั้งทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง

ในด้านพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (79.3±7.2 และ 71.1±16.1 คะแนน p=0.011) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญมาจากกิจกรรมครั้งที่ 5 รู้จักการนำไปใช้ ที่เน้นการฝึกทักษะการปฏิเสธและการจัดการตนเองเมื่อถูกเพื่อนชวนผ่านสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงชีวิตจริง กอปรกับการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่เว้นช่วงกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนได้นำทักษะที่ได้รับการฝึกฝนไปประยุกต์ใช้จริงนอกห้องเรียน การได้ทดลองปฏิเสธและรับฟังข้อเสนอแนะจากเพื่อนช่วยลดช่องว่างระหว่างการเรียนรู้กับการลงมือปฏิบัติจริง ทำให้นักเรียนเกิดความมั่นใจและแสดงพฤติกรรมป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จุไรรัตน์ ช่วงไชยยะ และคณะ[8] รวมถึงงานวิจัยของ ยุรนันท์ เทพา[11] ซึ่งยืนยันตรงกันว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการฝึกทักษะปฏิเสธสามารถพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันและลดโอกาสการกลายเป็นนักสูบหน้าใหม่ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สถานศึกษาควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ ไปบูรณาการเข้ากับรายวิชาสุขศึกษา กิจกรรมแนะแนว หรือชั่วโมงกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน โดยมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่ฝึกทักษะปฏิบัติจริง ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การสร้างความเข้าใจ การฝึกซักถามในสถานการณ์เสี่ยง การคิดวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจ และการนำไปใช้ปฏิเสธ

1.2 ควรเน้นกิจกรรมสถานการณ์จำลอง (Role-play) ที่ใกล้เคียงชีวิตจริงของนักเรียน เช่น การเผชิญหน้ากับแรงชักชวนของกลุ่มเพื่อน หรือการตอบสนองต่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าในโลกออนไลน์ เพื่อช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้และการนำไปปฏิบัติจริงในการป้องกันตนเอง

1.3 สถานศึกษาควรพัฒนาศักยภาพครูประจำชั้น ครูสุขศึกษา หรือครูที่ปรึกษาให้สามารถเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำคู่มือกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ และตัวอย่าง

สถานการณ์ที่สอดคล้องกับรูปแบบการสื่อสารและการตลาดบุหรี่ไฟฟ้าที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับผู้ปกครองติดตามพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียน เพื่อให้การป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าดำเนินไปอย่างเป็นระบบทั้งในโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างโรงเรียน 2 แห่งที่มีบริบทแตกต่างกัน หรือขยายขอบเขตการวิจัยไปยังโรงเรียนแห่งอื่นๆ ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม หรือขนาดของสถานศึกษาที่ต่างออกไป เพื่อทดสอบความยั่งยืนของโปรแกรม

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล อิทธิพลของเพื่อน ครอบครัว โรงเรียน และการรับข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่สัมพันธ์กับการเริ่มทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง และนักเรียนของโรงเรียนที่เป็นพื้นที่ศึกษาจังหวัดจันทบุรี ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือ และบุคลากรที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ.(2567). ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569]. เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/otpc/journal_detail.php?deptcode=otpc&publish=15890
2. มหาวิทยาลัยมหิดล.(2565). บุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า: ภัยคุกคามเยาวชน ทำลายสุขภาพ ทำร้ายคนรอบข้าง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569]. เข้าถึงจาก: https://mahidol.ac.th/th/electronic-cigarette/

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.(2566). ผลสำรวจ 75 ประเทศทั่วโลก พบ “Ban บุหรี่ไฟฟ้า” มาตรการดีสุดปกป้องเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569]. เข้าถึงจาก: https://www.trc.or.th/download/เผยผลสำรวจ-75-ประเทศทั่วโ/

3. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.(2566). ผลสำรวจ 75 ประเทศทั่วโลก พบ “Ban บุหรี่ไฟฟ้า” มาตรการดีสุดปกป้องเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.trc.or.th/
4. World Health Organization.(2022). 2022 GYTS fact sheet Thailand [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Aug 6]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/2022-gyts-fact-sheet-thailand
5. คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ข้อมูลความชุกของผู้สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th
6.กนกวรรณ เสนาเพ็ง.(2566). พฤติกรรมวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน: กรณีนักศึกษาจังหวัดมหาสารคาม. Journal of Sustainable Social Development [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569];1(2):15-28. เข้าถึงจาก: https://so16.tci-thaijo.org/index.php/J_SSD/article/view/563
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง.(2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์; 2561.
8. ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์.(2564). โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้นโดยประยุกต์การจัดการเรียนรู้แบบปรากฏการณ์เป็นฐาน [ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569]. เข้าถึงจาก: https://ir.swu.ac.th/entities/publication/85d1f9b0-d37b-4882-b6bc-bce5a4b4a91f/full

9. อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, พัชรินทร์ อัจนากิตติ, รัชยา รัตนะถาวร.(2566). การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการป้องกันการใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569];24(2):269-278. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/259868
10. สุกัญญา สุรังษี, บุศยรินทร์ เอกมั่นเศรษฐ์, ปิยธิดา โพธิ์ดง.(2567). ผลของโปรแกรมให้ความรู้อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพต่อความรู้และทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569];7(2):55-66. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/article/view/270210
11. ยุรนันท์ เทพา.(2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569];34(2):12-26. เข้าถึงจาก: https://www.thaidj.org/index.php/NRTC/article/view/15625
12. ทัศนียา ฟุ้งเฟื่อง, สงกรานต์ กลั่นด้วง.(2567). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ นักเรียนชั้น ป.6 ของโรงเรียนในเขตเทศบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569];9(2):644-653. เข้าถึงจาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/278726
13. วัชราพร เชยสุวรรณ.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทย์นาวี [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569];44(3):183-197. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/115970
14. จีรภัทร์ รัตนชมภู.(2565). รูปแบบการป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้ารายใหม่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย [ปริญญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม2569]. เข้าถึงจาก: https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5857
15. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2569];134(39 ก):27-47. เข้าถึงจาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/039/27.PDF
16. โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี.(2569). ทะเบียนนักเรียน ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2569 [เอกสารภายใน].จันทบุรี: โรงเรียน; 2569.
17. Fleiss JL.(1981). Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1981.
18. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2551). ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2551.
19. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF.(1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้าน อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

The Effect of Empowerment Program for Caregivers of End-of-life Patients in Phichai District, Uttaradit province.

(Received: September 21,2026 ; Revised: September 23,2026 ; Accepted: September 25,2026)

รัดเกล้า วงษ์กาวิน[1] **เจษฎาภรณ์ อิกำเหนิด**[2]
Radklao Wongkawin[1] **Jetsadaporn I-gumnerd**[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีระดับคะแนน PPS ร้อยละ 40-60 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ในเดือนเมษายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย และคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะสุดท้าย เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล (POS-C) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองโดยใช้สถิติพรรณา และเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed – rank test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเสริมสร้างความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the palliative care outcomes of primary caregivers of end-of-life palliative patients before and after receiving an empowerment program. The sample consisted of 30 primary caregivers of end-of-life palliative patients with Palliative Performance Scale (PPS) scores between 40-60% who were admitted to Pichai Hospital, Uttaradit Province, between April and July 2024. Purposive sampling was utilized for sample selection. The experimental instruments included an empowerment program for primary caregivers of end-of-life palliative patients and a palliative care manual. Data collection tools comprised a caregiver demographic questionnaire and the Palliative Care Outcome Scale-Caregiver version (POS-C). Demographic characteristics and palliative care outcome scores were analyzed using descriptive statistics, while the differences in palliative care outcomes were compared using the Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that after providing knowledge and skills enhancement to the primary caregivers from hospital admission through 4 weeks of continuous home care, the mean palliative care outcome score perceived by the caregivers was statistically significantly lower than the baseline score ($p < 0.05$).

Keywords: Empowerment, End-of-life caregiver, Palliative care

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวิชัย
[2] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author E-mail: jetsadaporn@bcnph.ac.th

บทนำ

ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า สภาวะของโรคอยู่ในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และจะมีชีวิตเหลืออยู่ในระยะเวลาที่จำกัด ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงภาวะคุกคามต่อชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่มุ่งเน้นการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางใจ สังคมและจิตวิญญาณอย่างองค์รวม ตั้งแต่แรกเริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย[1,2] โดยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองสามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเฉพาะโรคได้ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายที่มีการเปลี่ยนแปลงของโรคและอาการรบกวนที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลนั้น สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่จะมาทำหน้าที่ในการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการดูแลที่บ้านนั้นผู้ดูแลจะต้องใช้ทั้งเวลา ความอดทน ความเสียสละ พลังกายและพลังใจ หากผู้ดูแลขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความรู้สึกเครียด สับสน รับรู้ว่าบทบาทที่ได้รับเป็นภาระ และรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านสังคม การช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ[3] อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถจัดสรรการดูแลได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดความเครียดได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ก็เป็นอีกกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความรับผิดชอบ และเกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในตนเองในการจัดการกับปัญหาและหาทางออกในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังและศักยภาพของตนเอง และนำสามารถมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้[4] จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลที่ผ่ามาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น[5,6] และยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน[7] ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและเป็นกลวิธีที่สำคัญในการเสริมศักยภาพความสามารถ การตัดสินใจ การจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ของผู้ดูแลมาใช้ในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพได้อย่างเหมาะสม[8]

โรงพยาบาลพิชัย ได้ให้ความสำคะญกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย และจากข้อมูลตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2563-2566 พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 62, 79, 91, และ 108 ราย ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายเหล่านี้ ยังขาดความเชื่อมั่นในการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การจัดการอาการรบกวน และแหล่งสนับสนุนในภาวะฉุกเฉิน รวมถึงจากการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ได้มีการประเมินผลลัพธ์การดูแลที่เป็นระบบ ส่วนใหญ่จะเป็นการสอบถามอาการภายหลังการดูแลว่าทุเลาความรุนแรงหรือไม่ ซึ่งไม่สามารถรายงานผลการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจ เข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้ป่วย ดำเนินการแก้ไขโดยให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแล รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติให้ปัญหาที่เกิดขึ้นลุล่วงไป ส่งผลให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ เกิดการคงไว้

ซึ่งการปฏิบัติที่ดีและเกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งให้เกิดผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest – posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ และเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีระดับคะแนน PPS ร้อยละ 40 – 60 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis[9] กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง[10] ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropout) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 30 ราย และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายเลือดกับผู้ป่วย หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยตรงและสม่ำเสมอทั้งขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. รับทราบจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและให้การรักษาแบบประคับประคอง
4. สามารถสื่อสารฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล
5. สามารถใช้โทรศัพท์หรือโปรแกรมสนทนาออนไลน์เพื่อเยี่ยมติดตามที่บ้านได้
6. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
2. สิ้นสุดบทบาทการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายเนื่องจากผู้ป่วยที่ดูแลเสียชีวิตระหว่างการวิจัย
3. ขอถอนตัวออกจากโครงการ
4. ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[11] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้านอาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยระยะท้าย และการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายในช่วงท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล (POS-C) ฉบับภาษาไทย โดยฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่[12] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ โดยสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็นของผู้ป่วยมากที่สุด เกี่ยวกับอาการรบกวน ความวิตกกังวล รวมถึงการปฏิบัติในการดูแล การได้รับข้อมูล ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย การสิ้นเปลืองเวลาในการรอคอยการดูแลรักษา ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ เป็นคะแนน 0 - 4 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการหรือได้ข้อมูลเต็มที่ 1 คะแนน หมายถึง เล็กน้อยหรือนานๆ ครั้ง 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง 3 คะแนน หมายถึง รุนแรงหรือเป็นส่วนใหญ่ 4 คะแนน หมายถึง มากมายท่วมท้นหรือไม่รู้สึกดีกับตัวเองหรือเสียเวลามากกว่าครึ่งวันหรือปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามเรื่องปัญหาหลักที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมาตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามที่ถามว่าใครเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนข้อนี้มาคิดเป็นคะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 40 คะแนน ผลรวมคะแนนที่สูง แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยยังไม่ได้รับการตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการ ผลรวมคะแนนที่ต่ำ แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย และคู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรม และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.93 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองฉบับใช้ถามผู้ดูแล (POS-C) ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแล สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ และดำเนินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ดูแลทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบัน ตั้งแต่การดำเนินโรค การรักษา ความคาดหวังต่อการรักษา ปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและระบุปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งนำไปสู่การวางแผนเพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหาในขั้นตอนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง และนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อพบกันในครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 (วันที่ 3 ของสัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยดำเนินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุปปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจากการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 พิจารณาถึงความรุนแรงและเร่งด่วนของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันวางแผนการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค วิธีการจัดการอาการและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่านการสาธิต สาธิตย้อนกลับ และให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจในการปฏิบัติทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่คิดว่าดีและเหมาะสมกับผู้ดูแลและผู้ป่วยนั้น จะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง และนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อพบกันในครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 (วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ผู้วิจัยดำเนินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการเรียนรู้และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการติดตามผลการแก้ไขปัญหาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งที่ 2 และการค้นหาปัญหาใหม่ เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งการที่ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการที่เลือกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถและศักยภาพ รับรู้ถึงพลังอำนาจของตนเอง อันจะนำไปสู่การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง และนัดหมายผู้ดูแลเกี่ยวกับการติดตามทาง Line application หรือทางโทรศัพท์ทุกวันภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในระหว่างการติดตามจะมีการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลได้ทบทวนตนเองและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติในแต่ละวัน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้วิธีการที่เป็นประโยชน์และนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) เป็นการประเมินพฤติกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี และประเมินผลการวิจัย ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยการสอบถามและสะท้อนคิดเกี่ยวกับวิธีการปฏิยัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมถึงวิธีการใดที่ช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีและมีประสิทธิภาพ จากนั้นผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแล ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed – rank test เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ เลขที่ UPHO REC No. 003/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้าย ร้อยละ 76.70 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 47.80 ปี (S.D. = 13.82, range = 22 – 65) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.70 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.30 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 43.30 ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร/หลาน รองลงมาเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย (ร้อยละ 46.70) โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 8 เดือน ทั้งนี้ ร้อยละ 50 เห็นว่าอาการหายใจเหนื่อยเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยและมีความต้องการความช่วยเหลือมากที่สุด รองลงมา คือ ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 26.70 และ 23.30 ตามลำดับ)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก เมื่อพิจารณาตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลรายข้อพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ปัญหาและความต้องการด้านการได้รับการช่วยเหลือเรื่องปัญหาการเงิน/ปัญหาอื่นๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 3.47, S.D. = 1.17) รองลงมา คือ การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา ($\bar{x}$ = 3.13, S.D. = 1.25) และความรู้สึกดีกับตัวเอง ($\bar{x}$ = 2.97, S.D. = 0.67) ตามลำดับ ส่วนภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ปัญหาและความต้องการทุกข้อมีคะแนนลดลง ทั้งนี้ ภาพรวมของค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}$ = 5.80, S.D. = 1.97) ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}$ = 25.30, S.D. = 3.93) แสดงให้เห็นถึงภาพรวมของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลักหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 5.80 (S.D. = 1.97) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง เท่ากับ 25.30 (S.D. = 3.93) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ จึงทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้รับการบรรเทา ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลัก (n = 30)

ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง	$\bar{x}$	S.D.	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	25.30	3.93	-4.788	.000***
หลังได้รับโปรแกรม	5.80	1.97		

****p-value < .001*

สรุปและอภิปรายผล

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักสามารถเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้ดูแลมีคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่บ้านและในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการจัดการอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และได้รับการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลัก ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แสดงให้เห็นว่า การใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย ร่วมกับการให้ความรู้ผ่านคู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผ่านกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และยังสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson[4] ที่กล่าวว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเฉพาะบุคคลในการพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจ โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีที่นำไปสู่การเปิดเผยปัญหาร่วมกันค้นหาปัญหา การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และแสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีทักษะ เข้าใจปัญหา และวางแผนจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม[1]

นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยได้มีการติดตามผู้ดูแลหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้คำปรึกษา ชี้แนะ สนับสนุนด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยประกอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย การให้อำนาจในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามที่เลือกไว้แล้วเกิดประสิทธิภาพ[13] ร่วมกับมีการกระตุ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น โดยการเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ ผู้ดูแลจึงรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ลดลงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงตามปัญหาและความต้องการ ทำให้ความทุกข์ทรมานต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้รับการบรรเทา ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นค่าที่บ่งบอกทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและมีความสุขสบายมากขึ้น ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายที่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในระดับโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการสนับสนุนด้านข้อมูลและทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย (สำหรับบุคลกรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
2. World Health Organization. Definition of palliative care [Internet]. 2002 [cited 2023 January 12]. Available from http:// who.int/cancer/palliative/definition/en/
3. อรพรรณ ฟูมณีโชติ. เยี่ยมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2560; 25(4): 399-406.
4. Gibson CH. A study of empowerment in mother of chronically ill children [unpublished doctoral dissertation]. Boston: Boston College; 1993.
5. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม, ยุวดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560; 24(2): 46-58.
6. ปภาวรินทร์ มีชนะ, กนกรัชต์ สุดลาภา, พรทิพย์ ปุกหุต, จันทร์จิรา อินจีน, สุภารัตน์ ลัทธ์ธรรม, ฐพัชร์ คันศร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2567; 39(3): 543-553.
7. พัชราภรณ์ ทะเกียง, อรอุมา อินทนงลักษณ์, ภาคิน บุญพิชาชาญ, อรัญญา นามวงศ์, จรรยา แก้วใจบุญ. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567; 30(3): 1-20.
8. กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณี แสงสาย, บรรเทิง พลสวัสดิ์. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2564; 5(2): 12-24.

9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2): 175-191.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995;21(6):1201-1210.
12. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฉบับภาษาไทย (Palliative care Outcome Scale : POS). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
13. สุวคนธ์ กุรัตน์, พัชรี ภาระโข, สุวิริยา สุวรรณโคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทพยาบาล. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2556.

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

Development of Lifestyle Medicine Learning Process in Diabetic Patients in Mueang Nakhon Pathom District.

(Received: September 21,2026 ; Revised: September 23,2026 ; Accepted: September 25,2026)

ยศสรัล พิมพา[1]
Yosaral Pimpa

บทคัดย่อ

การศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มีวัตถุประสงค์ศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพและศึกษาการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 6,207 ราย ระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึงเดือน กรกฎาคม 2569 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย (มีนาคม 2568 – ตุลาคม 2568) ได้แก่ การศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน การกำหนดกระบวนการเรียนรู้ การดำเนินการตามกระบวนการเรียนรู้และการสรุปผลการดำเนินงานตามกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา (ตุลาคม 2568 – กรกฎาคม 2569) ได้แก่ การทบทวน และปรับปรุง กิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ การ เสริมสร้างทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้อง การดำเนินการตามกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากการทบทวน และปรับปรุง การติดตามประเมินผลและการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพ การกำหนดกิจกรรมในกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย โภชนาการ (เน้น low Carbohydrate) กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนที่มีคุณภาพ งดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค และการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคมและครอบครัว การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

ผลการวิจัย: พบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม หลังการพัฒนากระบวนการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ การงด (ลดละเลิก) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและด้านการกินยาและพบแพทย์ อยู่ในระดับเหมาะสม ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม พบว่า โดยรวม น้อยกว่าร้อยละ 7 คิด เพิ่มขึ้นจากหลังกระบวนการ ที่ร้อยละ 61.0 เป็นร้อยละ 68.71 นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม หลังกระบวนการและหลังการพัฒนากระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการพัฒนากระบวนการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าหลังการดำเนินการ และระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม หลังกระบวนการและหลังการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการพัฒนากระบวนการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ลดลงจากหลังกระบวนการ

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การวิจัยและพัฒนา

[1] สาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

Abstract

Development of a Lifestyle Medicine Learning Process for Diabetes Patients in Mueang Nakhon Pathom District This study was a Research and Development (R&D) study aiming to examine the context and health status of diabetes patients and to develop a lifestyle medicine learning process for diabetes patients in Mueang Nakhon Pathom District. The sample comprised 6,207 eligible type 2 diabetes patients from 28 Health Promoting Hospitals. The study was conducted from March 2026 to July 2027 (B.E. 2568–2569), divided into two phases: Phase 1 (Research Phase, March–October 2568) involving context and health status assessment, learning process design and implementation, and outcome summary; and Phase 2 (Development Phase, October 2568–July 2569) involving review and refinement of activities, capacity building for relevant personnel, network stakeholder role assignment, and monitoring and evaluation. Data were collected using both quantitative and qualitative methods and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

Research Findings: Following the development of a lifestyle medicine learning process for diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District, the overall and individual aspects of lifestyle medicine literacy among diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District were at the highest level. Health behaviors of type 2 diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District, after the process development, were overall and individual aspects were at a very appropriate level, except for quality sleep, avoiding (reducing) risky behaviors, and medication adherence and doctor visits, which were at an appropriate level. The overall HbA1c (glycated hemoglobin) level of diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District was less than 7%, an increase from 61.0% after the process to 68.71%. Furthermore, there was a statistically significant difference ($p < 0.05$) in lifestyle medicine literacy and health behaviors of type 2 diabetic patients in Mueang Nakhon Pathom District before and after the process development. The average score for lifestyle medicine literacy after the process development was higher than after the process development. Similarly, there was a statistically significant difference ($p < 0.05$) in HbA1c scores after the process development decreased from after the process.

Keywords: Lifestyle Medicine, Health Literacy, Health Behavior, Type 2 Diabetes, Research and Development

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลกและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุเกิดจากจากความสามารถในการจัดการน้ำตาลในกระแสเลือดโดยฮอร์โมนอินซูลินลดลง ซึ่งอาจเกิดได้จากความผิดปกติของตับอ่อนที่ไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เรียกว่า ภาวะขาดอินซูลิน หรือเกิดจากความสามารถในการตอบสนองของร่างกายต่อฤทธิ์ของอินซูลินลดลง เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน ส่งผลให้ร่างกายมีการเผาผลาญที่ผิดปกติทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ทำให้ร่างกายใช้น้ำตาลกลูโคสไม่ได้ตามปกติและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง[1] ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย สำหรับประเทศไทยพบว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในประเทศไทยเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม[2]

โรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต้องเผชิญกับความท้าทายในการดูแลตนเองเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม และจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานขึ้นตา (จอตาเสื่อม) เกิดแผลเบาหวานที่เท้า จากการเสื่อมของระบบประสาทรับความรู้สึกและการไหลเวียนโลหิตส่วนปลาย เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและอาจร้ายแรงถึงขั้นตัดเท้า ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องดูแลและจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งกุญแจสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน การเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ เช่น ผักและผลไม้น้ำตาลต่ำ การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ และการลดความเครียดสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2] เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางการแพทย์ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตเพื่อป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมีหลักการสำคัญคือการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การตัดสินใจร่วมกัน และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง. มี หกเสาหลัก ประกอบด้วย โภชนาการ การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การลด ละ เลิกสารเสพติด และการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคมและครอบครัว การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นรากฐานในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการปรับเปลี่ยนเหล่านี้สามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาระการพึ่งพิงในระบบสุขภาพ[3]

กระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นกระบวนการที่สำคัญในการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ กระบวนการนี้สามารถเริ่มต้นด้วยการประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยและชุมชน รวมถึงการวิเคราะห์ความต้องการและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากนั้น การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ โดยอาจรวมถึงการอบรมแพทย์และบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับหลักการและแนวทางของเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น การจัดการโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการสร้างเสริมสุขภาพจิต การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชนเป็นกุญแจสำคัญในการทำให้กระบวนการเรียนรู้นี้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน[4]

ในจังหวัดนครปฐม มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวนมากที่ต้องการการสนับสนุนและความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคของตนเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยหลายคนขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุขและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

2. ศึกษากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

3. ศึกษาการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

4. ศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดย มีระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึงเดือน กรกฎาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 6,207 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน การกำหนดกระบวนการเรียนรู้ การดำเนินการตามกระบวนการเรียนรู้และการสรุปผลการดำเนินงานตามกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การทบทวนและปรับปรุง กิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ การเสริมสร้างทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้อง การดำเนินการตามกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากการทบทวน และปรับปรุง การติดตามประเมินผลและการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

1.2 กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มีกิจกรรม/ขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโภชนาการ (เน้น low Carbohydrate) กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนที่มีคุณภาพ งดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคมและครอบครัว และกิจกรรมด้านการกินยาและพบแพทย์

1.3 กิจกรรมการเสริมสร้างทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ซึ่งเป็นกิจกรรมในการเสริมสร้างบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโภชนาการ (เน้น low Carbohydrate) กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนที่มีคุณภาพ งดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคมและครอบครัว และกิจกรรมด้านการกินยาและพบแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอ

เมืองนครปฐม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต เกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [5]

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาก

2.61 – 3.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตปานกลาง

1.81 – 2.60 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตน้อย

1.00 - 1.80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (4 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[5]

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00มีพฤติกรรม 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

2.4 แบบประเมินความเข้าใจบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจ อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [5]

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 (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ดังนี้ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มีค่าเท่ากับ .939 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม เป็นแบบ มีค่าเท่ากับ .939 แบบประเมินความเข้าใจบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มีค่าเท่ากับ .954

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

2. ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

3. ดำเนินการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย (มีนาคม 2568 – ตุลาคม 2568)

1. ศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (มีนาคม 2568 – เมษายน 2568)

2. กำหนดกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม โดยเน้นการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เมษายน 2568)

3. ดำเนินการตามกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (เมษายน – กันยายน 2568)

4. สรุปผลการดำเนินงานตามกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (กันยายน – ตุลาคม 2568)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา (ตุลาคม 2568 – กรกฎาคม 2569)

5. การทบทวน และปรับปรุง กิจกรรมกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (ตุลาคม 2568)

6. เสริมสร้างทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม โดยเฉพาะวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2568)

7. กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายเกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2568)

8. การดำเนินการตามกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ที่ได้จากการทบทวน และปรับปรุง (ธันวาคม 2568 – พฤษภาคม 2569)

9. ติดตามประเมินผลกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (มิถุนายน 2569)

10. การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (กรกฎาคม 2569)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การศึกษาบริบทและสภาวะสุขภาพ การกำหนดกิจกรรมในกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย โภชนาการ (เน้น low Carbohydrate) กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนที่มีคุณภาพ งดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค และการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคมและครอบครัว การกำหนดบทบาทต่อกิจกรรม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 1 / 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้น การงด (ลดละเลิก) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการกินยาและพบแพทย์ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

1.3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐมก่อนดำเนินการ ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

1.4 ระดับน้ำตาลสะสมผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการ พบว่าโดยรวม น้อยกว่า ร้อยละ 7 คิดเป็นร้อยละ 55.4

2. กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (เมษายน – กันยายน 2568) มีเนื้อหาและรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1 เวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ โภชนาการ (เน้น low Carbohydrate) กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนที่มีคุณภาพ การงดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคมและครอบครัว กิจกรรมด้านการกินยาและพบแพทย์

2.2 กิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ

การปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

3. ผลของกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

3.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการและหลังกระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังกระบวนการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าก่อนดำเนินการ

3.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้

3.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการและหลังกระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าก่อนดำเนินการ

3.5 ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม พบว่า โดยรวมน้อยกว่า ร้อยละ 7 เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินงาน ร้อยละ 55.4 เป็นหลังกระบวนการ ร้อยละ 61.0

3.6 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการและหลังกระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ลดลงจากก่อนดำเนินการ ยกเว้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองดินแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระกระเทียม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนยายหอม ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ

3. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

3.1 การทบทวนกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม การกำหนดโครงสร้างชุมชน/ตำบล/อำเภอ การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม และกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือมีภาวะ หรือโรคที่เสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน การส่งต่อ รพช. หรือ รพท. เพื่อตรวจยืนยันวินิจฉัย การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปี โดยใช้แบบ ประเมิน Diabetes risk score การประเมินความเสี่ยง CVD risk (ใช้เกณฑ์ Thai CVD risk scoring) การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดทำพันธะสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดกิจกรรมกลุ่ม

3.2 ผลของกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

3.2.1 ระดับความของเข้าใจบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

ก่อนการดำเนินการ ระดับความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย

หลังดำเนินการ ระดับความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม อยู่ในระดับมากที่สุด

3.3.2 การเปรียบเทียบระดับความของเข้าใจบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความของเข้าใจบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าก่อนดำเนินการ

4. ผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

4.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม หลังกระบวนการและหลังการพัฒนากระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนากระบวนการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าหลังกระบวนการ

4.3 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม หลังการพัฒนากระบวนการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ การงด (ลดละเลิก) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และด้านการกินยาและพบแพทย์ อยู่ในระดับเหมาะสม

4.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม หลังกระบวนการและหลังการพัฒนากระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าหลังกระบวนการ

4.5 ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม พบว่า โดยรวมน้อยกว่า ร้อยละ 7 คิด เพิ่มขึ้นจากหลังกระบวนการ ที่ร้อยละ 61.0 เป็นร้อยละ 68.71

4.6 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม หลังกระบวนการและหลังการพัฒนากระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการพัฒนากระบวนการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ลดลงจากหลังกระบวนการ ยกเว้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองดินแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระกระเทียม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนยายหอม ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากหลังกระบวนการ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม 3 อ. 2 ส. สอดคล้องกันกับ การศึกษาของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566 เป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย โดยครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การวินิจฉัย การรักษา การติดตาม และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

ผู้ป่วย พบว่า ยังขาดความรู้ ทักษะเฉพาะด้าน และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับ[6] ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

บุคลากร พบว่าเวลาของบุคลากร และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง (นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา) สอดคล้องกับ[7] คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน) และสอดคล้องกับ[8] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี

ระบบ การติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นมาตรฐานและขาดการเชื่อมโยงข้อมูลพฤติกรรมกับผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA1c, FBS, BMI, รอบเอว) สอดคล้องกับ[9] แนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ที่กำหนดตัวชี้วัดติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระบบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้น การงด (ลดละเลิก) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการกินยาและพบแพทย์ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง และระดับน้ำตาลสะสมผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวม น้อยกว่าร้อยละ 7 คิดเป็นร้อยละ 55.4 สอดคล้องกันกับ[10] การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี สอดคล้องกับ[11] ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 [12] ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม (เมษายน – กันยายน 2568) มีเนื้อหาและรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

เวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ โภชนาการ (เน้น low Carbohydrate) กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนที่มีคุณภาพ การงดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคมและครอบครัว กิจกรรมด้านการกินยาและพบแพทย์ ตามแนวคิดของ American College of Lifestyle Medicine (ACLM) ได้ทำการศึกษา Lifestyle Medicine Core Competencies Program

กิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความ

เข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มีขั้นตอนในการจัดกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามแนวคิดของ Kolb, D. A. ได้ทำการศึกษา Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs และทิศนา แขมมณี องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผลของกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ก่อนดำเนินการและหลังกระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังกระบวนการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ[13] ของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สอดคล้องกับ[14] ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และธณารัตน์ พลับพลาไชยและคณะ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ก่อนดำเนินการและหลังกระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับ[15] รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ และ[16] ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม พบว่า โดยรวม น้อยกว่า ร้อยละ 7 เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินงาน ร้อยละ 55.4 เป็นหลังกระบวนการ ร้อยละ 61.0 ก่อนดำเนินการและหลังกระบวนการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ลดลงจากก่อนดำเนินการ ยกเว้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองดินแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระกระเทียม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนยายหอม ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับ[17] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฮี อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

จึงได้ทบทวนและพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอ

เมืองนครปฐม การทบทวนกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐมการกำหนดโครงสร้างชุมชน/ตำบล/อำเภอ การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม และกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือมีภาวะ หรือโรคที่เสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน การส่งต่อ รพช. หรือ รพท. เพื่อตรวจยืนยันวินิจฉัย การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานใน 10 ปี โดยใช้แบบ ประเมิน Diabetes risk score การประเมินความเสี่ยง CVD risk (ใช้เกณฑ์ Thai CVD risk scoring) การประเมินระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การจัดทำพันธะสัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดกิจกรรมกลุ่ม ตามแนวคิดของ Deming หลักการ PDCA และ Batalden & Davidoffแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) และกระทรวงสาธารณสุขระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS)

ผลของกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม พบว่า ระดับความของเข้าใจบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ก่อนการดำเนินการ ระดับความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อย หลังดำเนินการ อยู่ในระดับมากที่สุด ก่อนและหลังกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความของเข้าใจบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับ[18] ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหินตำบลวัดพริก อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก

ผลของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐมความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ตารางความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม หลังการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม หลังการพัฒนากระบวนการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ยกเว้นด้านการนอนหลับที่มีคุณภาพ การงด (ลดละเลิก) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคและด้านการกินยาและพบแพทย์ อยู่ในระดับเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม หลังกระบวนการและหลังการพัฒนากระบวนการพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการพัฒนากระบวนการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเมืองนครปฐม มากกว่าหลังกระบวนการ ระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม พบว่า โดยรวม น้อยกว่า ร้อยละ 7 คิด เพิ่มขึ้นจากหลังกระบวนการ ที่ร้อยละ 61.0 เป็นร้อยละ 68.71 หลังกระบวนการและหลังการพัฒนา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู โดยที่ หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ลดลงจากหลังกระบวนการ สอดคล้องกันกับ[18] ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ และสอดคล้องกับ[20] ได้ทำการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ควรมีกิจกรรม/ขั้นตอนในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

2. กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ควรมีกิจกรรม/ขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

3. การทบทวนกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐมการกำหนดโครงสร้างชุมชน/ตำบล/อำเภอ การกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม และกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม

4. กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจของบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือมีภาวะ หรือโรคที่เสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน การส่งต่อ รพช. หรือ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวา อำเภอเมืองนครปฐม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่นอกเหนือจากเกณฑ์ดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.(2566). 14 พฤศจิกายน วันเบาหวานโลก WORLD DIABETES DAY. [ออนไลน์] https://www.cmu.ac.th/th/article/1516e9d1-9cb9-40fa-ba98-9285046ddfe6
2. กรมควบคุมโรค.(2567). กรมควบคุมโรค รณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน. [ออนไลน์]https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=
3. สุรชัย โชคครรชิตไชย.(2567). เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) กลยุทธ์ไปสู่การแก้ไขปัญหา NCDs ในประเทศไทย. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
4. กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์ และธนิสา อนุญาหงษ์.(2567). เวชศาสตร์วิถีชีวิต. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 1, ฉบับที่ 4 เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567. 1-12
5. Best, J.W. (1991). Research in education (8th ed.). New Delhi: V. k. Batra at Peart officer Prees.
6. ภูเบตร พัฒนากร. (2565).ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาล ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ยโสธรเวชสาร. วารสารยโสธรเวชสาร.24(1) 106-115.

7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน).
8. กรกนก นาเครือ.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 47 ฉบับเพิ่มเติม กรกฎาคม - กันยายน 2567. S84-S100.
9. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ.
10. มยุรี คนยัง.(2567). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. ปีที่ 9 ฉบับที่ 6 335-45.
11. สนทยา สิงห์นิกร.(2567). ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน . 9(24) 134 – 141.
12. มนตรี นรสิงห์, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์.(2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 10(1). 35-50.
13. วารีย์ นงนุช. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c). วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 2(1), 29-36.
14. อารยา เชียงของ. (2561). ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
15. พัชรินทร์ ทัพวิเศษ.(2566). รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตโรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 893-99
16. เกสราวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์.(2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์.8(5).148-161.
17. อภิชาติ กตะศิลา , สกุญญา ลีทองดี และประเสริฐ ประสมรักษ์. ผลของโปรแกรมการใช้สมุดบันทึกทางคลินิกร่วมกับแรงสนับสนุนจาก เพื่อนเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอมหาชนะชัย จงัหวดัยโสธร. วารสารวทิยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2560; 233-43.
18. สุชาดา สวนนุ่ม, วิภาพร สิทธิสาตร์ และและธิติรัตน์ ราศิริ. (2567) ได้ทำการศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก.7(1).51-67.
19. บุญญธิดา ยาอินทร์.(2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมแสง อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์. 18(1) 35-46.
20. จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2564) ได้ทำการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.18(2).142-155.

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท

Development of a Nutrition Promotion Program Using Carbohydrate Counting and Local Food Menus for Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus at the Antenatal Care Clinic, Prasat Hospital.

(Received: August 9,2026 ; Revised: August 12,2026 ; Accepted: August 15,2026)

ไพโรจน์ พุดลา[1]
Pairot Putla[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตร่วมกับเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นต่อความรู้ด้านโภชนาการและการนับคาร์โบไฮเดรต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมง และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท การศึกษาการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การฝึกนับคาร์โบไฮเดรต การใช้คู่มือเมนูวัตถุดิบท้องถิ่น การฝึกอ่านฉลากและวางแผนอาหาร และการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.9 ± 5.2 ปี ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความรู้ด้านโภชนาการและการนับคาร์โบไฮเดรตเพิ่มจาก 8.85 ± 2.41 เป็น 12.93 ± 1.56 คะแนน ($t = 13.72$, $p < .001$) คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มจาก 52.43 ± 6.82 เป็น 68.75 ± 5.94 คะแนน ($t = 15.84$, $p < .001$) และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมงลดจาก 148.62 ± 18.54 เป็น 129.45 ± 14.27 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ($t = -8.96$, $p < .001$) สัดส่วนผู้ที่มีระดับน้ำตาลหลังอาหารอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของสถานบริการเพิ่มจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 77.5 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.73 ± 0.44 คะแนน)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ, การนับคาร์โบไฮเดรต, หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน, เมนูวัตถุดิบท้องถิ่น, ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร

Abstract

This research aimed to develop and evaluate a nutrition promotion program integrating carbohydrate counting and local food menus and to examine changes in nutrition and carbohydrate-counting knowledge, dietary behaviors, 1-hour postprandial blood glucose levels, and program satisfaction among pregnant women at risk of gestational diabetes mellitus attending the Antenatal Care Clinic at Prasat Hospital. The study was one-group pretest-posttest quasi-experimental design was employed during the evaluation phase. Forty pregnant women at risk of gestational diabetes were purposively selected and participated in an 8-week program consisting of nutrition education, carbohydrate-counting training, the use of a local food menu guide, nutrition-label reading and meal-planning activities, and telephone follow-up counseling. Data were collected using a demographic questionnaire, a knowledge test, a dietary behavior questionnaire, a 1-hour

[1] นักโภชนาการชำนาญการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

postprandial blood glucose record form, and a program satisfaction questionnaire. Descriptive statistics and paired-sample t-tests were used for data analysis, with statistical significance set at .05.

The participants had a mean age of 28.9 ± 5.2 years. Following the program, the mean nutrition and carbohydrate-counting knowledge score increased from 8.85 ± 2.41 to 12.93 ± 1.56 ($t = 13.72$, $p < .001$), and the mean dietary behavior score increased from 52.43 ± 6.82 to 68.75 ± 5.94 ($t = 15.84$, $p < .001$). The mean 1-hour postprandial blood glucose level decreased from 148.62 ± 18.54 to 129.45 ± 14.27 mg/dL ($t = -8.96$, $p < .001$). The proportion of participants achieving the service-defined target for 1-hour postprandial blood glucose increased from 30.0% to 77.5%. Overall satisfaction with the program was at the highest level, with a mean score of 4.73 ± 0.44.

Keywords: Nutrition promotion program, Carbohydrate counting, Pregnant women at risk of gestational diabetes, Local food menus, Postprandial blood glucose

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นความผิดปกติของการควบคุมระดับน้ำตาลที่ตรวจพบระหว่างการตั้งครรภ์ และเป็นภาวะที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารก ระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงของผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยการศึกษา Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) แสดงความสัมพันธ์ต่อเนื่องระหว่างระดับน้ำตาลของมารดากับผลลัพธ์ เช่น ทารกน้ำหนักมากกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 90 การผ่าตัดคลอด และภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกเกิด[1] ภาวะเบาหวานในระหว่างตั้งครรภ์ยังสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของทารกหลายประการ โดยเฉพาะทารกตัวโตและความผิดปกติทางเมแทบอลิซึมหลังคลอด[2] การคัดกรอง การติดตาม และการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเหมาะสมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง[3]

ในประเทศไทย การศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ก่อน 24 สัปดาห์พบความชุกของ GDM โดยรวมร้อยละ 20.0 และสามารถตรวจพบภาวะดังกล่าวก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ได้ร้อยละ 14.4 โดยประวัติ GDM ในครรภ์ก่อนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก[4] แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงและการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมตามปัจจัยเสี่ยงและบริบทของผู้รับบริการ [5]

สำหรับคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566 พบหญิงตั้งครรภ์รายใหม่จำนวน 652 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่พบได้อย่างต่อเนื่องและควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ระยะแรกของการฝากครรภ์[6]

การจัดการด้านโภชนาการเป็นองค์ประกอบสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลระหว่างตั้งครรภ์ แนวทาง Standards of Care in Diabetes—2026 ให้ความสำคัญกับการจัดการด้านโภชนาการ การติดตามระดับน้ำตาล และการกำหนดเป้าหมายระดับน้ำตาลหลังอาหารอย่างเหมาะสม[7] แนวทางโภชนาการสำหรับ GDM ยังเน้นการจัดแผนอาหารเฉพาะบุคคลให้ได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอต่อมารดาและทารกควบคู่กับการควบคุมระดับน้ำตาล[8] ดังนั้น การดูแลด้านอาหารจึงไม่ควรมุ่งงดอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต แต่ควรช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจชนิด ปริมาณ และการกระจายคาร์โบไฮเดรตระหว่างมื้ออย่างเหมาะสม[7,8,9]

การนับคาร์โบไฮเดรตเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับ

ระดับน้ำตาลและสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับชนิดและปริมาณอาหารได้ดีขึ้น การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมของ Allehdan และคณะพบว่าการจัดอาหารโดยประยุกต์การนับคาร์โบไฮเดรตมีผลในทิศทางที่เป็นประโยชน์ต่อระดับน้ำตาลหลังอาหาร 1 ชั่วโมงในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น GDM[10] ขณะเดียวกัน การนำคำแนะนำด้านอาหารไปใช้จริงควรสอดคล้องกับอาหารที่หาได้ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ[11]

ในบริบทอำเภอปราสาท อาหารที่บริโภคในชีวิตประจำวันประกอบด้วยแหล่งคาร์โบไฮเดรตหลายชนิด เช่น ข้าวสวย ข้าวเหนียว ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ผลไม้ตามฤดูกาล ขนมหวาน และเครื่องดื่มรสหวาน การให้คำแนะนำเพียงว่า “ลดหวาน ลดแป้ง” อาจไม่เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติ หากผู้รับบริการยังไม่สามารถประเมินปริมาณคาร์โบไฮเดรต เลือกอาหาร หรือปรับเมนูที่ครอบครัวรับประทานอยู่เป็นประจำได้ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยทั้งความสามารถในการปฏิบัติ โอกาส แรงจูงใจ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง[12]

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการที่ผสมผสานการให้ความรู้ การฝึกนับคาร์โบไฮเดรต การอ่านฉลาก การใช้เมนูจากวัตถุดิบท้องถิ่น และการติดตามให้คำปรึกษา เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสามารถประยุกต์หลักโภชนาการกับอาหารที่รับประทานจริง

วัตถุประสงค์

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท และประเมินผลต่อความรู้ด้านโภชนาการและการนับคาร์โบไฮเดรต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมง และความพึงพอใจต่อโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยระยะประเมินผลใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีอายุครรภ์ 12–28 สัปดาห์ มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ข้อ สามารถสื่อสารภาษาไทยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ไม่รวมหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่ต้องได้รับอาหารเฉพาะโรค หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามผลได้ครบตามแผน

โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการพัฒนาจากการทบทวนเอกสาร แนวทางเวชปฏิบัติ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และบริบทด้านอาหารของพื้นที่ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และหลักโภชนาการ การฝึกนับและกะปริมาณคาร์โบไฮเดรต การใช้คู่มือเมนูวัตถุดิบท้องถิ่น การอ่านฉลากโภชนาการและวางแผนมื้ออาหาร ตลอดจนการติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 โดยประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพและการตั้งครรภ์ 2) แบบทดสอบความรู้ด้านโภชนาการและการนับคาร์โบไฮเดรต 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน 3) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 15 ข้อ คะแนนรวม 15–75 คะแนน 4) แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมงจากผลตรวจหรือเวชระเบียน และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โปรแกรมและเครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 แบบทดสอบความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.82 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ

เก็บข้อมูลความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินความพึงพอใจเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วย Paired Sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การวิจัยดำเนินการภายหลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงรายละเอียดและลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อและนำเสนอผลในภาพรวมเพื่อรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน มีอายุเฉลี่ย 28.9 ± 5.2 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี และสูงสุด 39 ปี ส่วนใหญ่อายุ 25–29 ปี จำนวน 14 คน ร้อยละ 35.0 สมรสหรืออยู่ร่วมกันจำนวน 36 คน ร้อยละ 90.0 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลายหรือ ปวช. จำนวน 24 คน ร้อยละ 60.0 และประกอบอาชีพเกษตรกรหรือรับจ้างทั่วไป จำนวน 20 คน ร้อยละ 50.0

ด้านการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 25 คน ร้อยละ 62.5 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือมีบุคคลในครอบครัวสายตรงเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 22 คน ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 14 คน ร้อยละ 35.0 มีประวัติ GDM ในครรภ์ก่อน จำนวน 6 คน ร้อยละ 15.0 และเคยคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม จำนวน 5 คน ร้อยละ 12.5

ความรู้ด้านโภชนาการและการนับคาร์โบไฮเดรต

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.85 ± 2.41 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มเป็น 12.93 ± 1.56 คะแนน มีผลต่างเฉลี่ย 4.08 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังพบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.72$, $p < .001$)

เมื่อจำแนกระดับความรู้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 24 คน ร้อยละ 60.0 ระดับต่ำจำนวน 10 คน ร้อยละ 25.0 และระดับสูงจำนวน 6 คน ร้อยละ 15.0 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มเป็น 34 คน ร้อยละ 85.0 และไม่พบผู้มีความรู้ระดับต่ำ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ย 52.43 ± 6.82 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มเป็น 68.75 ± 5.94 คะแนน มีผลต่างเฉลี่ย 16.32 คะแนน โดยคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.84$, $p < .001$)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง จำนวน 26 คน ร้อยละ 65.0 มีพฤติกรรมระดับดีและระดับที่ต้องปรับปรุงจำนวนเท่ากันคือกลุ่มละ 7 คน ร้อยละ 17.5 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้มีพฤติกรรมระดับดีเพิ่มเป็น 30 คน ร้อยละ 75.0 และไม่พบผู้มีพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมงเฉลี่ยเท่ากับ 148.62 ± 18.54 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเหลือ 129.45 ± 14.27 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีผลต่างเฉลี่ย -19.17 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -8.96, p < .001)

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์เป้าหมายที่สถานบริการใช้ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีผู้ที่มีระดับน้ำตาลหลังอาหาร 1 ชั่วโมงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายจำนวน 12 คน ร้อยละ 30.0 และสูงกว่าเกณฑ์จำนวน 28 คน ร้อยละ 70.0 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ที่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเพิ่มเป็น 31 คน ร้อยละ 77.5 ขณะที่ผู้ที่สูงกว่าเกณฑ์ลดลงเหลือ 9 คน ร้อยละ 22.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

ผลลัพธ์	ก่อนโปรแกรม Mean ± SD	หลังโปรแกรม Mean ± SD	ผลต่างเฉลี่ย	t	p-value
ความรู้ด้านโภชนาการและการนับคาร์โบไฮเดรต	8.85 ± 2.41	12.93 ± 1.56	4.08	13.72	<.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	52.43 ± 6.82	68.75 ± 5.94	16.32	15.84	<.001
ระดับน้ำตาลหลังอาหาร 1 ชั่วโมง (mg/dL)	148.62 ± 18.54	129.45 ± 14.27	-19.17	-8.96	<.001

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.73 ± 0.44 คะแนน รายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ตัวอย่างเมนูอาหารจากวัตถุดิบท้องถิ่นสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง ค่าเฉลี่ย 4.83 ± 0.38 คะแนน รองลงมาคือความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวม 4.80 ± 0.41 คะแนน และความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมเป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง 4.78 ± 0.42 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนความรู้ด้านโภชนาการและการนับคาร์โบไฮเดรตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากเฉลี่ย 8.85 เป็น 12.93 คะแนน และสัดส่วนของผู้มีความรู้ระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 85.0 ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการออกแบบโปรแกรมที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะการให้ข้อมูล แต่ประกอบด้วยการฝึกจำแนกอาหาร การกะปริมาณคาร์โบไฮเดรต การอ่านฉลาก และการใช้ตัวอย่างอาหารที่ผู้เข้าร่วมพบในชีวิตประจำวัน ทำให้ความรู้เชิงนามธรรมสามารถเชื่อมโยงกับการตัดสินใจเกี่ยวกับอาหารจริงได้

แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลัก medical nutrition therapy ซึ่งให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำด้านอาหารที่เหมาะกับแต่ละบุคคลและให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจเกี่ยวกับชนิด ปริมาณ และการกระจายคาร์โบไฮเดรตโดยยังคงได้รับพลังงานและสารอาหารที่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ [7–9] จุดสำคัญของโปรแกรมจึงไม่ใช่การส่งเสริมให้ลดหรืองดคาร์โบไฮเดรตอย่างมาก แต่เป็นการสร้างทักษะในการบริหารคาร์โบไฮเดรตให้เหมาะสมกับอาหารและวิถีชีวิตของแต่ละราย

ผลด้านพฤติกรรมพบว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มจากเฉลี่ย 52.43 เป็น 68.75 คะแนน และสัดส่วนผู้มีพฤติกรรมระดับดีเพิ่มจากร้อยละ 17.5 เป็นร้อยละ 75.0 หลังโปรแกรมไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นสามารถเชื่อมโยงกับการปฏิบัติได้ในระดับหนึ่ง โดยกิจกรรมที่อาจมีส่วนสนับสนุนการเปลี่ยนพฤติกรรม

ได้แก่ การฝึกปฏิบัติจริง การใช้แบบบันทึกอาหาร การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล และการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6

ลักษณะของโปรแกรมสอดคล้องกับแนวคิด Behaviour Change Wheel ซึ่งอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของบุคคล โอกาสในการปฏิบัติ และแรงจูงใจ[12] โปรแกรมนี้ส่งเสริมความสามารถผ่านการให้ความรู้และฝึกทักษะ เพิ่มโอกาสในการนำไปใช้ผ่านคู่มือและเมนูที่สอดคล้องกับอาหารในพื้นที่ และสนับสนุนแรงจูงใจด้วยการติดตาม ให้ข้อมูลย้อนกลับ และเสริมแรงระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

การใช้เมนูวัตถุดิบท้องถิ่นเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากทำให้คำแนะนำด้านโภชนาการสามารถนำไปประยุกต์กับอาหารของครอบครัวได้โดยไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็นอาหารเฉพาะที่มีราคาแพงหรือหาได้ยาก หลักการนี้สอดคล้องกับแนวคิด sustainable healthy diets ที่ให้ความสำคัญกับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการควบคู่กับความเหมาะสมทางสังคม วัฒนธรรม และการเข้าถึงอาหารในบริบทของแต่ละพื้นที่[11] ผลความพึงพอใจยังสนับสนุนประเด็นดังกล่าว โดยรายการ “ตัวอย่างเมนูอาหารจากวัตถุดิบท้องถิ่นสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง” ได้คะแนนสูงที่สุดที่ 4.83 คะแนน

ผลลัพธ์ทางชีวภาพพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชั่วโมงลดจากเฉลี่ย 148.62 เป็น 129.45 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือลดลงเฉลี่ย 19.17 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และสัดส่วนผู้ที่มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของสถานบริการเพิ่มจากร้อยละ 30.0 เป็นร้อยละ 77.5 การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการเพิ่มขึ้นของความรู้และพฤติกรรม จึงอาจสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมสามารถควบคุมชนิดและปริมาณอาหารที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลหลังอาหารได้ดีขึ้น

ผลดังกล่าวมีทิศทางสอดคล้องกับการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมของ Allehdan และคณะ ซึ่งพบว่าการจัดอาหารโดยประยุกต์การนับคาร์โบไฮเดรตมีประโยชน์ต่อระดับน้ำตาลหลังอาหาร 1 ชั่วโมงในหญิงตั้งครรภ์ที่มี GDM[10] และสอดคล้องกับแนวทาง ADA ที่ให้ความสำคัญกับ medical nutrition therapy และการติดตามระดับน้ำตาลหลังอาหารในการจัดการภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์[7] อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยง และไม่ได้หมายความว่าทุกรายได้รับการวินิจฉัยเป็น GDM จึงควรตีความผลในฐานะการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดในกลุ่มเสี่ยง มากกว่าการนำผลไปเทียบโดยตรงกับการรักษาผู้ป่วย GDM ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.73 คะแนน โดยเฉพาะความสามารถในการนำเมนูท้องถิ่นไปใช้จริง ประโยชน์ของความรู้ที่ได้รับ และการนำความรู้และทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน ผลดังกล่าวสนับสนุนความเป็นไปได้ในการนำองค์ประกอบของโปรแกรมไปใช้ในระบบบริการจริง เนื่องจากการยอมรับของผู้รับบริการเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความต่อเนื่องของการปรับพฤติกรรม

โดยภาพรวม ผลการศึกษาพบการเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกันทั้งระดับความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลหลังอาหาร ซึ่งสนับสนุนศักยภาพของแนวทางที่บูรณาการการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การใช้เมนูที่สอดคล้องกับบริบท และการติดตามต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม รูปแบบการวิจัยเป็นการวัดก่อนและหลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเกิดจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว ปัจจัยอื่น เช่น การดำเนินไปของอายุครรภ์ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรอื่น การเปลี่ยนพฤติกรรมจากการรับรู้ว่าตนอยู่ระหว่างการศึกษา หรือการดูแลตามระบบปกติ อาจมีส่วนต่อผลลัพธ์ที่พบได้

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเหมาะที่จะตีความว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม ได้รับการยอมรับ และมีศักยภาพในการส่งเสริม

ผลลัพธ์ด้านโภชนาการและระดับน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง และเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมด้วยการออกแบบการศึกษาที่เข้มแข็งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

คลินิกฝากครรภ์สามารถนำองค์ประกอบของโปรแกรมไปประยุกต์ในการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับคาร์โบไฮเดรตด้วยตัวอย่างอาหารจริง การฝึกกะปริมาณอาหาร การอ่านฉลาก การใช้คู่มือเมนูวัตถุดิบท้องถิ่น และการติดตามหลังให้คำปรึกษา ควรพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สามารถให้คำแนะนำด้านการนับคาร์โบไฮเดรตอย่างง่ายในแนวทางเดียวกัน และอาจส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนอาหารเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการปฏิบัติ

การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้การออกแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มหรือการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม เพิ่มขนาดตัวอย่างและจำนวนสถานบริการ รวมทั้งติดตามผลตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอด ควรประเมินผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น การได้รับการวินิจฉัย GDM การใช้ยา น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ตลอดจนศึกษาความเป็นไปได้ของการติดตามผ่านช่องทางดิจิทัลและความคุ้มค่าของการนำโปรแกรมไปใช้ในระบบบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลปราสาท หัวหน้ากลุ่มงานโภชนศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกฝากครรภ์ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือวิจัย ตลอดจนหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่สมัครใจเข้าร่วมและให้ความร่วมมือตลอดการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med. 2008;358(19):1991–2002. doi:10.1056/NEJMoa0707943.
2. Mitanchez D, Yzydorczyk C, Simeoni U. What neonatal complications should the pediatrician be aware of in case of maternal gestational diabetes? World J Diabetes. 2015;6(5):734–743. doi:10.4239/wjd.v6.i5.734.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin No. 190. Obstet Gynecol. 2018;131(2):e49–e64. doi:10.1097/AOG.0000000000002501.
4. Prasit K, Boriboonhirunsarn D. Prevalence of gestational diabetes diagnosed before 24 weeks of gestation. Thai J Obstet Gynaecol. 2022;30(6):423–431. doi:10.14456/tjog.2022.49.
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลสตรีตั้งครรภ์ (Prenatal Care): แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เอกสารหมายเลข OB 66-029. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566.
6. กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลปราสาท. รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2566. สุรินทร์: โรงพยาบาลปราสาท; 2566. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
7. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S321–S338. doi:10.2337/dc26-S015.

8. Duarte-Gardea MO, Gonzales-Pacheco DM, Reader DM, Thomas AM, Wang SR, Gregory RP, et al. Academy of Nutrition and Dietetics gestational diabetes evidence-based nutrition practice guideline. J Acad Nutr Diet. 2018;118(9):1719–1742. doi:10.1016/j.jand.2018.03.014.
9. Vasile FC, Preda A, Ștefan AG, Vladu MI, Forțofoiu MC, Clenciu D, et al. An update of medical nutrition therapy in gestational diabetes mellitus. J Diabetes Res. 2021;2021:5266919. doi:10.1155/2021/5266919.
10. Allehdan S, Basha A, Hyassat D, Nabhan M, Qasrawi H, Tayyem R. Effectiveness of carbohydrate counting and Dietary Approach to Stop Hypertension dietary intervention on managing gestational diabetes mellitus among pregnant women who used metformin: a randomized controlled clinical trial. Clin Nutr. 2022;41(2):384–395. doi:10.1016/j.clnu.2021.11.039.
11. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. Sustainable healthy diets: guiding principles. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2019.
12. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011;6:42. doi:10.1186/1748-5908-6-42.

ผลของการพัฒนาสื่อเว็บเบสแอพพลิเคชั่น เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานสำหรับนิสิตพยาบาลต่อความมั่นใจ และทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐานในห้องปฏิบัติการพยาบาล

The Effects of web-based application media for enhancing fundamental nursing practice skills on confidence and fundamental nursing practice skills among nursing students practicing in nursing laboratory.

(Received: August 10,2026 ; Revised: August 12,2026 ; Accepted: August 16,2026)

อรพิญ บัวงาม[1] พรเทพ โรจนวสุ[2] วิชานีย์ ใจมาลัย[3]
Orapin Buangarm[1] Pornthep Rojanavasu[2] Wichanee Jaimalai[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และศึกษาความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลต่อการใช้สื่อดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 จำนวน 109 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน 2) แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีแบบไม่อิสระ (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.7 มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 75.2 และส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นและไม่เคยใช้อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 75.2 และ 91.7 ตามลำดับ ภายหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชัน นิสิตพยาบาลมีคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนใช้สื่อ $\bar{x}$ = 29.33, SD = 9.35; หลังใช้สื่อ $\bar{x}$ = 42.00, SD = 4.73; t = -12.23, p < .001) นอกจากนี้ นิสิตพยาบาลมีความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้อยู่ในระดับสูง โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ สื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ($\bar{x}$ = 4.71) รองลงมาคือ สื่อช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในบทเรียน ($\bar{x}$ = 4.66) และความรู้จากสื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเรียนภาคปฏิบัติได้ ($\bar{x}$ = 4.65)

คำสำคัญ: เว็บเบสแอปพลิเคชัน, นิสิตพยาบาล, ความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติการพยาบาล, ความพึงพอใจ

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to examine the effects of a web-based learning application developed to enhance basic nursing skills on nursing students' confidence in nursing practice and their satisfaction with the learning media. The participants consisted of 109 second-year nursing students enrolled in the Fundamental Nursing Concepts and Principles II course at the School of Nursing, University of Phayao. Purposive sampling was used. The research instruments included: (1) a web-based learning application for developing basic nursing skills, (2) a confidence assessment questionnaire for basic nursing practice with a content validity index (CVI) of .80 and a reliability coefficient of .70, and (3) a satisfaction

[1] เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สาขาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยพะเยา

questionnaire with a CVI of .89 and a reliability coefficient of .82. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that most participants were female (92.7%) and 19 years of age (75.2%). The majority had never previously seen and used nursing laboratory equipment, accounting for 75.2% and 91.7%, respectively. After using the web-based learning application, nursing students demonstrated significantly higher confidence in performing basic nursing skills compared with their pre-intervention scores (pretest: $\bar{x}$ = 29.33, SD = 9.35; posttest: $\bar{x}$ = 42.00, SD = 4.73; t = -12.23, p < .001). Furthermore, students reported a high level of satisfaction with the learning application. The highest-rated items were the usefulness of the application in developing nursing skills ($\bar{x}$ = 4.71), enhancement of learning comprehension ($\bar{x}$ = 4.66), and applicability of knowledge gained from the application to practical nursing training ($\bar{x}$ = 4.65).

Keywords: web-based learning application, nursing students, confidence in nursing practice, basic nursing skills, learning satisfaction.

บทนำ

การพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานเป็นรากฐานสำคัญของการศึกษาพยาบาล เนื่องจากนิสิตพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพียงพอก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงการจัดการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Laboratory) จึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้นิสิตพยาบาลได้ฝึกฝนทักษะพื้นฐานก่อนนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริง[1,2]

รายวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 เป็นรายวิชาสำคัญที่นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับหลักการและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐาน รวมถึงการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับหัตถการต่าง ๆ ในห้องปฏิบัติการพยาบาล การเรียนรู้ดังกล่าวนับเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการปฏิบัติงานทางคลินิกในอนาคต อย่างไรก็ตาม นิสิตจำนวนมากยังขาดประสบการณ์ในการพบเห็นและใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาล

ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) หรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ โดยความมั่นใจถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ ความพยายามในการฝึกฝน และผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน ในบริบทของการศึกษาพยาบาล ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการปฏิบัติทางคลินิก ความสามารถในการตัดสินใจและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน เช่น การฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาล การใช้สถานการณ์จำลอง และกิจกรรมการเรียนรู้แบบโต้ตอบ สามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจและพัฒนาทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการใช้สถานการณ์จำลองทางคลินิกช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เรียนได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสม[4,5]

ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยเฉพาะสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชัน (Web-based Application) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา ผ่านสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์ ช่วยส่งเสริมการ

เรียนรู้ด้วยตนเอง ลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ และสนับสนุนการทบทวนเนื้อหาได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสามารถออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ให้มีความน่าสนใจด้วยภาพประกอบ แบบฝึกหัด และสถานการณ์จำลองที่สอดคล้องกับบริบทจริงทางการพยาบาล[6,7,8]

สำหรับรายวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ได้มีการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาลผ่านคิวอาร์โค้ดและแบบฝึกหัดประกอบการเรียนรู้ อย่างไรก็ตาม สื่อดังกล่าวยังมีข้อจำกัดด้านความน่าสนใจ การโต้ตอบกับผู้เรียน และการเชื่อมโยงความรู้กับสถานการณ์ทางคลินิก ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการพยาบาล ภาพประกอบจากอุปกรณ์จริง และแบบฝึกหัดในลักษณะสถานการณ์จำลอง เพื่อช่วยให้นิสิตสามารถเรียนรู้และทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

แม้ว่าจะมีหลักฐานสนับสนุนว่าการใช้เทคโนโลยีและสถานการณ์จำลองทางการศึกษาสามารถส่งเสริมความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลได้ แต่ยังมีการศึกษาจำนวนจำกัดที่มุ่งประเมินผลของสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันที่เน้นการเรียนรู้อุปกรณ์และการเตรียมอุปกรณ์สำหรับหัตถการพื้นฐานทางการพยาบาลโดยเฉพาะในบริบทของสถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และศึกษาความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลต่อการใช้สื่อดังกล่าว ทั้งนี้ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลและเป็นแนวทางในการส่งเสริมความพร้อมของนิสิตก่อนการฝึกปฏิบัติทางคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชัน
2. เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล
3. ศึกษาความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลต่อการใช้สื่อ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบวิจัยกึ่งทดลอง 1 กลุ่มวัดก่อนหลัง (Quasi- experimental one group pre-posttest designs) เก็บรวบรวมข้อมูล ณ ห้องปฏิบัติการพยาบาล 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา 301212 แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 ในภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2567 จำนวน 125 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา 301212 แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 ในภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2567 ซึ่ง ผู้วิจัยเชิญประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมดเข้าร่วมการวิจัย (Total Population Sampling) และมีผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลครบถ้วนจำนวน 109 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2567 2) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ 3) มีโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) พักการศึกษาหรือไม่สามารถศึกษาในรายวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 ได้ 2) มีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือทำแบบฝึกหัดในเว็บเบสแอปพลิเคชันได้ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต หรือได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการพยาบาลและการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน โดยประกอบด้วยภาพอุปกรณ์จริง แบบฝึกหัด และสถานการณ์จำลองที่สามารถเข้าถึงได้ผ่านสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์

2. แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดัดแปลงจากเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สื่อเว็บเบสแอปพลิเคชัน จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมด้านเนื้อหา รูปแบบการนำไปใช้ และประโยชน์ของสื่อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมจากนิสิตพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

2. ก่อนเริ่มการทดลอง กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Pretest)

3. กลุ่มตัวอย่างเข้าใช้งานสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ควบคู่กับการเรียนในรายวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 ตลอดภาคการศึกษา โดยสามารถทบทวนและทำแบบฝึกหัดได้ด้วยตนเองตามความต้องการ

4. เมื่อสิ้นสุดภาคการศึกษา กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานอีกครั้ง (Posttest)

5. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชัน

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การเห็นและการใช้อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานด้วยสถิติ Kolmogorov–Smirnov test ก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน

3. เปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการใช้สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชัน โดยใช้

สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. วิเคราะห์ความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลต่อการใช้สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชัน โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา (HREC-UP-HSST 1.2/102/67)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.7 และเพศชาย ร้อยละ 7.3 โดยมีอายุ 19 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.2 รองลงมาอายุ 20 ปี ร้อยละ 19.3 และอายุ 18 ปี ร้อยละ 5.5 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นอุปกรณ์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 75.2 และไม่เคยใช้อุปกรณ์ที่ใช้ในห้องปฏิบัติการพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 91.7

2. การเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการใช้สื่อเว็บเบสแอปพลิเคชัน

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov–Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความมั่นใจก่อนและหลังการใช้สื่อด้วยสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้สื่อเว็บเบสแอปพลิเคชัน นิสิตพยาบาลมีคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.23$, $p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจเพิ่มขึ้นจาก 29.33 คะแนน (SD = 9.35) เป็น 42.00 คะแนน (SD = 4.73) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในตนเองของนิสิตพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาลวิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล 2 ก่อนและหลังการใช้สื่อเว็บเบสแอปพลิเคชันพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

ประเด็น	ความมั่นใจในตนเองของนิสิตพยาบาล					
	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้สื่อ	10	48	29.33	9.35	-12.23	.000
หลังใช้สื่อ	23	50	42.00	4.73		

3. ความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลต่อการใช้สื่อเว็บเบสแอปพลิเคชัน พบว่า นิสิตพยาบาลมีความพึงพอใจต่อสื่อเว็บเบสแอปพลิเคชันในระดับสูง โดยรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ สื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ($\bar{x}$ = 4.71) สื่อช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในบทเรียน ($\bar{x}$ = 4.66) ความรู้จากสื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเรียนภาคปฏิบัติได้ ($\bar{x}$ = 4.65) สื่อช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์แก่ผู้เรียน ($\bar{x}$ = 4.62) สื่อมีการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม ($\bar{x}$ = 4.58)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

ต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และความพึงพอใจของนิสิตพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จำนวน 109 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้สื่อเว็บเบสแอปพลิเคชัน นิสิตพยาบาลมีคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านประโยชน์ของสื่อในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลและการเสริมสร้างความเข้าใจในบทเรียน

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการใช้สื่อเว็บเบสแอปพลิเคชัน นิสิตพยาบาลมีคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการใช้สื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการพยาบาล ภาพประกอบจากอุปกรณ์จริง และแบบฝึกหัดสถานการณ์จำลองได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์ และการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนลดความวิตกกังวลก่อนการฝึกปฏิบัติจริงในห้องปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura ซึ่งอธิบายว่าประสบการณ์แห่งความสำเร็จจากการฝึกปฏิบัติและการเรียนรู้ซ้ำ ๆ จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง[3] ส่งผลให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการปฏิบัติงานมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Choi, Tak และ Lee[9] ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านระบบจำลองเสมือนช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Alrashidi et al.[10] ที่รายงานว่าการใช้สถานการณ์จำลองและเทคโนโลยีทางการศึกษาในการฝึกทักษะทางการพยาบาลสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Toqan et al.[11] ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยเพิ่มทั้งความพึงพอใจและความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลเมื่อเทียบกับการเรียนรู้แบบปกติ

สำหรับความพึงพอใจของนิสิตต่อสื่อเว็บเบสแอปพลิเคชันที่อยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ของสื่อในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล การเสริมสร้างความเข้าใจในบทเรียน และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนภาคปฏิบัติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสื่อได้รับการออกแบบให้สามารถใช้งานได้ง่าย เข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา และมีการนำเสนอเนื้อหาในรูปแบบที่น่าสนใจผ่านภาพอุปกรณ์จริงและสถานการณ์จำลอง ซึ่งช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ El-Gazar et al.[12] ที่พบว่าความพร้อมด้านการเรียนรู้แบบออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเชื่อมั่นในตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kleib et al.[13]ซึ่งรายงานว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ช่วยส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ ความยืดหยุ่นในการเข้าถึงองค์ความรู้ และประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสื่อเว็บเบสแอปพลิเคชันสามารถใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยให้นิสิตสามารถทบทวนความรู้และฝึกฝนทักษะได้ด้วยตนเองก่อนเข้าห้องปฏิบัติการ ส่งผลให้ผู้เรียนมีความพร้อมและมีความมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับผลการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Park et al.[14]ที่พบว่าเทคโนโลยีเสมือนจริงและสื่อ

ดิจิทัลทางการพยาบาลช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ ความพึงพอใจ และสมรรถนะทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Alsharari Salihu และ Alshammari[15]ยังพบว่าการเรียนรู้ทางคลินิกแบบเสมือน (virtual clinical learning) สามารถส่งเสริมสมรรถนะวิชาชีพ การแก้ปัญหา และทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิผล โดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่า สื่อการเรียนรู้ในรูปแบบเว็บเบสแอปพลิเคชันเป็นนวัตกรรมการเรียนการสอนที่สามารถส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานและสร้างความพึงพอใจแก่ผู้เรียนได้ในระดับสูง จึงควรสนับสนุนและขยายการนำไปใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมของนิสิตก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน ผลวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอน โดยบูรณาการสื่อเว็บเบสแอปพลิเคชันเข้ากับการเรียนการสอนทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

2. ด้านการเตรียมความพร้อมนิสิตพยาบาล สื่อสามารถใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการเตรียมความพร้อมของนิสิตพยาบาลก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการ

3. ด้านการสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed learning) สื่อเว็บเบสแอปพลิเคชันสามารถใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองของนิสิตพยาบาล ช่วยให้สามารถทบทวนเนื้อหาและฝึกทักษะได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาสื่อเว็บเบสแอปพลิเคชันให้ครอบคลุมทักษะการพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเฉพาะ หรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความพร้อมของนิสิตพยาบาลก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติจริง

2. ควรนำสื่อไปใช้ควบคู่กับการเรียนการสอนในห้องเรียนและห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบผสมผสาน ที่ช่วยเสริมสร้างทั้งความรู้เชิงทฤษฎีและทักษะเชิงปฏิบัติ

3. ควรมีการติดตามผลการใช้สื่อในระยะยาว เพื่อประเมินผลต่อความมั่นใจและสมรรถนะทางคลินิกของนิสิตพยาบาลเมื่อเข้าสู่การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ จนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเผยแพร่ผลการศึกษาได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. วรลักษณ์ จงเลิศมนตรี. การประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการประเมินเพื่อการเรียนรู้. วารสารกรมแพทย์ทหารเรือ 2560; 44(3): 107-16.

2. มาลินี บุญเกิด, พัชรี สังข์สี, เสาวลักษณ์ ตันติสุวิชวงษ์, สุกัญญา กระเบียด, ขวัญชนก ยศคำลือ และ พรทิพย์ สำริดเปี่ยม.การพัฒนาแนวปฏิบัติการใช้ห้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะการพยาบาลด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2563; 13(2): 1-16.
3. 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.
4. ปิยะพร พรหมแก้ว, ธมลวรรณ แก้วกระจก และดาลิมา สำแดงสาร. ผลของการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจในการฝึกภาคปฏิบัติ รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์. 2566; 7(3) :1-15.
5. นงลักษณ์ คำสวาสดิ์ และวิไลลักษณ์ เผือกพันธ์. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาล: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2566;9(1): 1-17.
6. Park HJ, Kim S. Relationship between super-leadership and self-directed learning ability in online nursing education: The mediating effects of self-leadership and self-efficacy perceptions. Heliyon. 2023 Jun 19;9(6): e17416. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e17416
7. Sim JJM, Rusli KDB, Seah B, Levett-Jones T, Lau Y, Liaw SY. Virtual Simulation to Enhance Clinical Reasoning in Nursing: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Simul Nurs. 2022 Aug;69:26-39. doi: 10.1016/j.ecns.2022.05.006
8. Yeo JY, Jang MS. Nursing students' self-directed learning experiences in web-based virtual simulation: a qualitative study. Jpn J Nurs Sci. 2023; 20(2): e12514.
9. Choi H, Tak SH, Lee D. Nursing students' learning flow, self-efficacy and satisfaction in virtual clinical simulation and clinical case seminar. BMC Nurs. 2023; 22(1): 454. doi: 10.1186/s12912-023-01621-1.
10. Alrashidi, N., Pasay an, E., Alrashedi, M.S. *et al.* Effects of simulation in improving the self-confidence of student nurses in clinical practice: a systematic review. *BMC Med Educ* **23**, 815 (2023). https://doi.org/10.1186/s12909-023-04793-1
11. Toqan D, Alhalaiqa F, Tawalbeh LI, Abu Tubar A, Alkhawaldeh A, Al Yeti S. Effect of virtual simulation on nursing students' satisfaction, self-confidence, competency and stress in clinical practice: a randomized controlled trial. Int J Nurs Pract. 2023; 29(4): e13196.
12. El-Gazar HE, Zoromba MA, Fayed SM, Loutfy A, Elzieny AA, Elzeiny A, Alkubati SA, Shahin MAH, Altheeb M, El-Monshed AH. Nurturing Success: E-Learning readiness and academic self-efficacy in nursing students. BMC Nurs. 2024 Jul 19; 23(1):495. doi: 10.1186/s12912-024-02125-2
13. Kleib M, Arnaert A, Nagle L, Ali S, Idrees S, Costa D, Kennedy M, Darko E. Digital Health Education and Training for Undergraduate and Graduate Nursing Students: Scoping Review JMIR Nursing 2024; 7:e58170 URL: https://nursing.jmir.org/2024/1/e58170 DOI: 10.2196/58170
14. Park S, Shin H, Kwak H, Lee H.Effects of Immersive Technology–Based Education for Undergraduate Nursing Students: Systematic Review and Meta-Analysis Using the Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) Approach J Med Internet Res 2024;26:e57566 URL: https://www.jmir.org/2024/1/e57566 DOI: 10.2196/57566
15. Alsharari, A.F., Salihu, D. & Alshammari, F.F. Effectiveness of virtual clinical learning in nursing education: a systematic review. *BMC Nurs* **24**, 432 (2025). https://doi.org/10.1186/s12912-025-03076-y

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความเชื่อมั่นกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถี ของนักท่องเที่ยวต่างชาติในกรุงเทพมหานคร

The Relationship between Perception and Trust with Street Food Consumption Behavior among International Tourists in Bangkok.

(Received: August 10,2026 ; Revised: August 12,2026 ; Accepted: August 16,2026)

กมลทิพย์ ดวงจันทร์[1]
Kamonthip Doungjan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ ความเชื่อมั่น และการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติในกรุงเทพมหานคร โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักท่องเที่ยวต่างชาติ จำนวน 150 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.70 (Mean = 46.59, SD = 2.31) ความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.00 (Mean = 45.34, SD = 2.33) และการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.70 (Mean = 48.45, SD = 1.94) การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนพบว่า ความเชื่อมั่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = 0.308, *p-value* < 0.001) ขณะที่การรับรู้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภค (ρ = 0.137, *p-value* = 0.095) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี (B = 0.149, β = 0.179, *p-value* = 0.033) อายุ (B = 0.027, β = 0.203, *p-value* = 0.034) และภูมิภาคตะวันออกกลาง (B = -1.826, β = -0.246, *p-value* = 0.009) มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเลือกบริโภคได้ร้อยละ 17.4 (R^2 = 0.174; Adjusted R^2 = 0.088)

คำสำคัญ : การรับรู้ ความเชื่อมั่น การเลือกบริโภค อาหารริมบาทวิถี นักท่องเที่ยวต่างชาติ

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to assess the levels of perception, confidence, and street food consumption choice, and to examine the relationships between perception and confidence in food sanitation and street food consumption choice among foreign tourists in Bangkok. The participants were 150 foreign tourists. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results showed that 98.70% of the participants had a high level of perception of street food sanitation, with a mean score of 46.59 (SD = 2.31). Regarding confidence in street food sanitation, 98.00% of the participants had a high level, with a mean score of 45.34 (SD = 2.33). In addition, 98.70% of the participants had a high level of street food consumption choice, with a mean score of 48.45 (SD = 1.94). Spearman's rank correlation analysis revealed that confidence in street food sanitation was positively associated with street food consumption choice (ρ = 0.308, p < 0.001), whereas perception was not significantly associated with street food

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย

consumption choice (ρ = 0.137, p = 0.095). Multiple linear regression analysis showed that confidence in street food sanitation (B = 0.149, β = 0.179, p = 0.033), age (B = 0.027, β = 0.203, p = 0.034), and the Middle Eastern region (B = −1.826, β = −0.246, p = 0.009) were significantly associated with street food consumption choice. The model explained 17.4% of the variance in street food consumption choice (R^2 = 0.174; Adjusted R^2 = 0.088).
Keywords : Perception, Trust, Consumption Behavior, Street Food, International Tourists

บทนำ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในจุดหมายปลายทางด้านการท่องเที่ยวที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะอาหารริมบาทวิถี (Street food) ซึ่งแสดงถึงเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทยได้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านรสชาติ ความหลากหลาย และความเข้าถึงง่ายของอาหารริมบาทวิถี[1] อาหารริมบาทวิถีจึงกลายเป็นจุดดึงดูดนักท่องเที่ยวต่างชาติ และเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากของชุมชนเมืองและท้องถิ่น[2]

กรุงเทพมหานคร (กทม.) เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศไทย และเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรมอาหาร โดยเฉพาะอาหารริมบาทวิถีซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของประสบการณ์การท่องเที่ยวเชิงอาหาร (Food tourism) และสะท้อนอัตลักษณ์ วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของประเทศไทยต่อนักท่องเที่ยวจากทั่วโลก[3] ด้วยลักษณะของกรุงเทพมหานครที่เป็นเมืองท่องเที่ยวระดับนานาชาติและมีแหล่งจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีจำนวนมาก จึงทำให้บริบทของอาหารริมบาทวิถีในกรุงเทพมหานครมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประสบการณ์และการตัดสินใจบริโภคของนักท่องเที่ยวต่างชาติ[4] โดยเฉพาะปัจจัยด้านการรับรู้คุณภาพ ความปลอดภัย และความเชื่อมั่นต่ออาหารและผู้จำหน่าย[5]

แม้ว่าอาหารไทยจะมีชื่อเสียงไปทั่วโลกในด้านรสชาติ ความหลากหลาย และเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม[1] แต่อาหารริมบาทวิถีของไทยยังคงสร้างความกังวลในหมู่นักท่องเที่ยวต่างชาติ โดยเฉพาะในประเด็นด้านสุขอนามัยและความสะอาดของอาหาร[2] การศึกษาขององค์การอนามัยโลกชี้ให้เห็นว่าโรคที่เกิดจากอาหารปนเปื้อนยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีตลาดอาหารริมทางจำนวนมาก[6] ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลต่อระดับความเชื่อมั่นของนักท่องเที่ยวต่อระบบสุขาภิบาลอาหารของประเทศไทย[5]

อย่างไรก็ตาม ประเด็นด้านสุขาภิบาลอาหารยังคงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารมีผลโดยตรงต่อความเชื่อมั่นของผู้บริโภค[5] โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ให้ความสำคัญกับความสะอาดของอาหารและสภาพแวดล้อมในการจำหน่าย[7] การบริโภคอาหารริมบาทวิถีที่ไม่ผ่านการควบคุมด้านสุขาภิบาลอาจก่อให้เกิดโรคติดต่อทางอาหาร ซึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์ของประเทศในฐานะแหล่งท่องเที่ยวที่ปลอดภัย[8]

แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาความพึงพอใจ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภค แต่ตัวแปรดังกล่าวมักบ่งชี้ผลลัพธ์ปลายทางของผู้บริโภค ขณะที่มุมมอง (perceptions) ความคาดหวัง (expectations) และความเชื่อมั่น (confidence/trust) เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีบทบาทสำคัญในการอธิบายกระบวนการตัดสินใจของผู้บริโภค โดยงานวิจัยด้านพฤติกรรมผู้บริโภคและการท่องเที่ยวในช่วงหลังพบว่า การรับรู้และความคาดหวังมีอิทธิพลโดยตรงต่อความเชื่อมั่นและส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกบริโภคอย่างมีนัยสำคัญ[9-10] อีกทั้งความเชื่อมั่นยังเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงที่ผู้บริโภครับรู้ โดยเฉพาะในบริบทของอาหาร

และการท่องเที่ยว ซึ่งมีความไม่แน่นอนด้านสุขอนามัย[11]

นอกจากนี้ นักท่องเที่ยวต่างชาติให้ความสำคัญกับความปลอดภัย ความสะอาด และความน่าเชื่อถือของผู้จำหน่าย ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจบริโภคและภาพลักษณ์ของแหล่งท่องเที่ยว[12] อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าการศึกษาที่มุ่งเน้นตัวแปรด้านมุมมอง ความคาดหวัง และความเชื่อมั่นต่ออาหารริมบาทวิถี โดยเฉพาะในประเทศไทย ยังมีจำนวนจำกัด และยังไม่สามารถอธิบายกลไกเชิงสาเหตุที่นำไปสู่การสร้างความเชื่อมั่นของนักท่องเที่ยวได้อย่างชัดเจน[13-14]

ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความเชื่อมั่นกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติในกทม. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคของนักท่องเที่ยวต่างชาติในบริบทของอาหารริมบาทวิถี และนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการเพื่อยกระดับมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร เสริมสร้างความเชื่อมั่นของนักท่องเที่ยว และพัฒนาภาพลักษณ์ของประเทศไทยในฐานะแหล่งท่องเที่ยวด้านอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยในระดับสากล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และความเชื่อมั่นกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติในกทม.
2. เพื่อศึกษาระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติในพื้นที่กทม.
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความเชื่อมั่นกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติในกทม.

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ดำเนินการเก็บข้อมูลกับชาวต่างชาติในแหล่งท่องเที่ยวของพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ กลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางและพำนักอยู่พื้นที่กทม.

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 กำหนดค่า Test family เป็น F tests และเลือก Statistical test เป็น Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size; f^2) เท่ากับ 0.10 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลางตามแนวคิดของ Cohen[15] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α error probability) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power; $1-\beta$) เท่ากับ 0.80 ผลการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 134 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็น 148 คน และปรับให้เป็นจำนวนเต็มที่เหมาะสม จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 150 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (Convenience sampling) โดยเก็บข้อมูลจากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เดินทางมาท่องเที่ยวและบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) มีอายุระหว่าง 18ปี ขึ้นไป 2) เป็นชาวต่างชาติ ที่พำนักหรือเดินทางท่องเที่ยวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 3) มีประสบการณ์ในการบริโภคอาหารริมบาทวิถี 4) สื่อสารและเข้าใจภาษาอังกฤษ 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือสติปัญญา ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลได้ 2) ไม่สามารถสื่อสารหรือเข้าใจภาษา อังกฤษอย่างเพียงพอสำหรับการตอบแบบสอบถ3) ผู้ที่ปฏิเสธหรือถอนความยินยอมในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สัญชาติ จำนวนครั้งที่เดินทางมาประเทศไทย และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี เป็นแบบมาตรวัดคะแนน 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ โดยใช้การแปลผลจากค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยคำนวณช่วงคะแนนจากสูตร ช่วงคะแนน = 5-1/5 = 0.80

กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best[16] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4.21 – 5.00	เห็นด้วยมากที่สุด
3.41 – 4.20	เห็นด้วยมาก
2.61 – 3.40	เห็นด้วยปานกลาง
1.81 – 2.60	เห็นด้วยน้อย
1.00– 1.80	เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี เป็นแบบมาตรวัดคะแนน 5 ระดับ ได้แก่ ความเชื่อมั่นมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best[16] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับความเชื่อมั่น
4.21 – 5.00	มีความเชื่อมั่นมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเชื่อมั่นมาก
2.61 – 3.40	มีความเชื่อมั่นปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเชื่อมั่นน้อย
1.00– 1.80	มีความเชื่อมั่นน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถี เป็นแบบมาตรวัดคะแนน 5 ระดับ ความคิดเห็นต่อการเลือกบริโภค ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ โดยใช้การแปลผลจากค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best[16] ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการเลือกบริโภค
4.21 – 5.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3.41 – 4.20	เห็นด้วย
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	ไม่เห็นด้วย
1.00– 1.80	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การทดสอบเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลในหลักสูตรภาษาอังกฤษจากมหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน และผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร 1 ท่าน

2. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา โดยการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าดัชนีตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

3. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ 30 คน การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) ณ บริเวณแหล่งจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีในกทม. ได้แก่ ถนนข้าวสาร เยาวราช และย่านสุขุมวิท เป็นต้น

2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการเข้าร่วม สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

3) เก็บรวบรวมข้อมูลจุดจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีโดยตรง ในพื้นที่เป้าหมาย โดยแจกแบบสอบถามหรือแบบสอบถามออนไลน์ ตามความสะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัย

4) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 10–15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี ความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี และการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติดังนี้

3.1 การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test of independence) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.

3.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี ความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี และการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน(Spearman's rank correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โครงการวิจัยเลขที่ 948/2569

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.00 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี ร้อยละ 34.00 เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคตามสัญชาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากทวีปยุโรป ร้อยละ 38.00 รองลงมา ได้แก่ ทวีปเอเชีย ร้อยละ 24.67 ทวีปอเมริกาเหนือ ร้อยละ 15.33 และทวีปอเมริกาใต้ ร้อยละ 7.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เดินทางมายังกทม. เป็นครั้งแรก ร้อยละ 67.33 และมีระยะเวลาการพำนักอยู่ระหว่าง 3–7 วัน ร้อยละ 64.00 โดยมีระยะเวลาการพำนักเฉลี่ยเท่ากับ 6.78 วัน (SD = 3.66)

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์การรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี

การรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำแนกระดับตามเกณฑ์ของ Best[16] ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยพิจารณาจากคะแนนรวมของแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 50 คะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้เฉลี่ยเท่ากับ 46.59 คะแนน (SD = 2.31) โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.70 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.30 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี

ความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยพิจารณาจากคะแนนรวมของแบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อมั่นเฉลี่ยเท่ากับ 45.34 คะแนน (SD = 2.33) โดยส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.00 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 2.00 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์การเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.

การเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.ของกลุ่มตัวอย่าง ได้จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. เฉลี่ยเท่ากับ 48.45 คะแนน (SD = 1.94) โดยส่วนใหญ่มีการเลือกบริโภคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.70 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.30 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีการเลือกบริโภคอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี และระดับความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีกับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.

5.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ตรวจสอบเงื่อนไขการใช้งาน พบว่าข้อมูลมีจำนวนค่าคาดหมาย (Expected frequency) ในแต่ละช่องน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนช่องทั้งหมด ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของการใช้สถิติไคสแควร์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้การทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) พบว่า เพศ อายุ ภูมิภาคตามสัญชาติ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในกทม. ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. ในขณะที่จำนวนครั้งที่เดินทางมาประเทศไทย มีความสัมพันธ์กับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (*p-value* = 0.049)

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีกับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีกับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. พบว่า ระดับการรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. (*p-value* = 0.973) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีกับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเชื่อมั่นต่ออาหารริมบาทวิถีกับระดับการเลือก

บริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. พบว่า ระดับความเชื่อมั่นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. (*p-value* = 0.960) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ความเชื่อมั่นและการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

จากการทดสอบการแจกแจงปกติด้วยShapiro-Wilk พบว่าตัวแปรทั้งหมดมีค่านัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. (ρ = 0.137, *p-value* = 0.095) และไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี (ρ = -0.103, *p-value* = 0.208) ขณะที่ความเชื่อมั่นต่ออาหารริมบาทวิถีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = 0.308, *p-value* < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี ความเชื่อมั่น และการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม.

ตัวแปร	*r*	*p-value*
การรับรู้–ความเชื่อมั่น	-0.103	0.208
การรับรู้–การเลือกบริโภค	0.137	0.095
ความเชื่อมั่น–การเลือกบริโภค	0.308	<0.001

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 7 การวิเคราะห์ความสามารถของปัจจัยในการทำนายการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในกทม. พบว่า แบบจำลองโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 2.031, *p* = 0.020) โดยตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีได้ร้อยละ 17.4 (R^2 = 0.174) และเมื่อปรับด้วยจำนวนตัวแปรในแบบจำลองแล้ว สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.8 (Adjusted R^2 = 0.088)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระรายตัว พบว่า ความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B = 0.149, β = 0.179, *p-value* = 0.033) โดยเมื่อคะแนนความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 0.149 คะแนน

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B = 0.027, β = 0.203, *p-value* = 0.034) กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปี คะแนนการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 0.027 คะแนน สำหรับปัจจัยด้านภูมภาคของนักท่องเที่ยว พบว่า ภูมิภาคตะวันออกกลางมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B = -1.826, β = -0.246, *p-value* = 0.009)
เมื่อเปรียบเทียบกับนักท่องเที่ยวจากภูมิภาคเอเชียซึ่งกำหนดเป็นกลุ่มอ้างอิง โดยนักท่องเที่ยวจากภูมิภาคตะวันออกกลางมีคะแนนการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงโดยเฉลี่ย 1.826 คะแนน ส่วนด้านการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี

เพศ ระยะเวลาพำนักในกทม. จำนวนครั้งที่เดินทางมาประเทศไทย และภูมิภาคอื่นๆ ทีนักท่องเที่ยวถือสัญชาติ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

1.ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 31–40 ปี มีสัญชาติจากภูมิภาคยุโรป เดินทางมาประเทศไทยเป็นครั้งแรก และพำนักในกรุงเทพมหานคร 3–7 วัน โดยสัดส่วนของนักท่องเที่ยวจากยุโรปที่พบในงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Suphaphon และ Agmapisarn[17] ซึ่งพบว่านักท่องเที่ยวส่วนใหญ่มาจากภูมิภาคยุโรป คิดเป็นร้อยละ 63.60 และเป็นเพศชายร้อยละ 50.30 ความสอดคล้องดังกล่าวอาจสะท้อนลักษณะของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีในแหล่งท่องเที่ยวสำคัญของกรุงเทพมหานคร

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินทางมาประเทศไทยเป็นครั้งแรก อาจเป็นลักษณะของกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เข้ามาแสวงหาประสบการณ์ด้านอาหารและวัฒนธรรมท้องถิ่น เนื่องจากอาหารริมบาทวิถีเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการท่องเที่ยวเชิงอาหารและสามารถแสดงออกถึงวิถีชีวิตและวัฒนธรรมได้ [18]

2.การรับรู้และความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี

ผลการศึกษาพบว่า นักท่องเที่ยวต่างชาติส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 46.59 คะแนน (SD = 2.31) ขณะเดียวกันมีความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.00 ซึ่งปัจจัยด้านคุณภาพอาหารและทัศนคติต่อความปลอดภัยอาหารมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปลอดภัยของอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยว[17] นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ Wuttipan และคณะ[19] พบว่า การรับรู้คุณค่าของอาหารริมบาทวิถีประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ คุณค่าด้านประโยชน์ใช้สอย ภาพลักษณ์ อารมณ์ และความเชื่อมั่น (trust value) แสดงให้เห็นว่าความเชื่อมั่นเป็นองค์ประกอบสำคัญของประสบการณ์การบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติ

อย่างไรก็ตาม ความเชื่อมั่นแม้จะอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน แต่เมื่อพิจารณาจากคะแนนต่อเนื่องกลับพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถี ($\rho = 0.308$, $p < 0.001$) และยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกบริโภคในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Ratasuk [20] ที่พบว่าการรับรู้สุขอนามัยอาหารมีความสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นและความตั้งใจซื้ออาหารริมบาทวิถีในกทม. และความเชื่อมั่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจซื้อ รวมทั้งการรับรู้ความปลอดภัยอาหารมีบทบาทต่อการสร้างความเชื่อมั่นของผู้บริโภค[21]

3. การเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีเฉลี่ย 48.45 คะแนน (SD = 1.94) โดยร้อยละ 98.70 อยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าอาหารริมบาทวิถียังคงเป็นทางเลือกที่ได้รับการยอมรับจากนักท่องเที่ยวต่างชาติในกทม. แม้ผู้บริโภคจะต้องพิจารณาประเด็นด้านสุขาภิบาลและความปลอดภัยอาหารก็ตาม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Agmapisarn และคณะ [22] ซึ่งพบว่าอาหารริมบาทวิถีเป็นส่วนหนึ่งของการท่องเที่ยวเชิงอาหารในกรุงเทพมหานคร และปัจจัยด้านความชอบอาหาร ทัศนคติ และการรับรู้มีความเกี่ยวข้องกับความตั้งใจบริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติ นอกจากนี้ นักท่องเที่ยว

ต่างชาติรับรู้คุณค่าของอาหารริมบาทวิถีในหลายมิติ รวมถึงคุณค่าด้านอารมณ์และความเชื่อมั่น[19] ดังนั้น การเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวอาจมิได้เกิดจากการประเมินความปลอดภัยอาหารเพียงด้านเดียว แต่เป็นผลจากการประเมินคุณค่าของประสบการณ์โดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของอาหารริมบาทวิถีในฐานะองค์ประกอบหนึ่งของประสบการณ์การท่องเที่ยวในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ผู้บริโภคจำนวนมากใช้กลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยเมื่อเลือกซื้ออาหารริมบาทวิถี และระดับความเชื่อมั่นต่อความปลอดภัยของอาหาร [23]

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องว่าความรู้ด้านความปลอดภัยอาหารเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม และควรพิจารณาปัจจัยด้านทัศนคติ รสนิยมส่วนตัวและความตั้งใจร่วมด้วย [24] สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า แม้นักท่องเที่ยวต่างชาติจะมีการรับรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีอยู่ในระดับสูง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการเลือกบริโภค ขณะที่ความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีกลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกบริโภค ดังนั้น การส่งเสริมการบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติในกทม. ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลและความปลอดภัยของอาหารริมบาทวิถีควบคู่กับการให้ข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร ตลอดจนสื่อสารมาตรการด้านความปลอดภัยอาหาร เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้บริโภคและนักท่องเที่ยว

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านการเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางและใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างการรับรู้ ความเชื่อมั่น และการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีได้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างจากบางภูมิภาคมีจำนวนค่อนข้างน้อย จึงควรระมัดระวังในการตีความผลการเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคและการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับนักท่องเที่ยวต่างชาติในบริบทอื่น

สรุปผลการศึกษา

การรับรู้และความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถี คือ จำนวนครั้งที่เดินทางมาประเทศไทย ส่วนความเชื่อมั่นต่อสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถี อายุ และภูมิภาคตะวันออกกลาง มีอิทธิพลต่อการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรออกแบบการสื่อสารและการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารให้คำนึงถึงความแตกต่างของนักท่องเที่ยวตามช่วงอายุและภูมิภาคของสัญชาติ โดยเฉพาะการจัดทำข้อมูลหรือสื่อที่เหมาะสมกับนักท่องเที่ยว

2. ควรพัฒนากลไกการจัดการสุขาภิบาลอาหารริมบาทวิถีที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ประกอบการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และแหล่งท่องเที่ยว เพื่อให้การจัดการสุขาภิบาลอาหารมีมาตรฐานและสร้างความมั่นใจแก่นักท่องเที่ยวต่างชาติ

3. ควรพัฒนาระบบหรือสัญลักษณ์แสดงมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสำหรับจุดจำหน่ายอาหารริมบาทวิถีให้มีความชัดเจน สังเกตได้ง่าย และเป็นที่เข้าใจของนักท่องเที่ยวต่างชาติ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกบริโภค

4. ควรศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกบริโภคอาหารริมบาทวิถีของนักท่องเที่ยวต่างชาติได้อย่างครอบคลุม ทั้งในด้านระดับความเชื่อมั่นและการเลือกบริโภค ตลอดจนเหตุผล ประสบการณ์ และความคิดเห็นที่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจเลือกบริโภค

เอกสารอ้างอิง

1. การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย.(2562). อาหารท้องถิ่น: Amazing Thailand [Internet]. 2562 [cited 2025 Nov 28]. Available from: https://shorturl.at/Sc4U1
2. นพรัตน์ บุญเพียรผล.(2560). อาหารริมทาง: เสน่ห์เมืองไทย เปิดประสบการณ์ใหม่ในเอเชีย. Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2560;10(1):49–58.
3. Terason S, Zheng H, Sangsrijan J.(2024). Flavors of fusion: The role of Thai street food in shaping culinary experiences for Chinese tourists. Evol Stud Imagin Cult. 2024;:1700–1720. https://doi.org/10.70082/esiculture.vi.1688
4. Chompupor P, Ghuangpeng S, Oğuz UK, Zerman S.(2026). Thai street food as authentic tourism experience: The theory of consumption perspective. J Foodserv Bus Res. 2026;29(4):764–791. doi:10.1080/15378020.2024.2365010.
5. Jeaheng Y, Al-Ansi A, Chua BL, Ngah AH, Ryu HB, Ariza-Montes A, et al.(2023). Influence of Thai street food quality, price, and involvement on traveler behavioral intention: Exploring cultural difference (Eastern versus Western). Psychol Res Behav Manag. 2023;16:223–240. doi:10.2147/PRBM.S371806.
6. World Health Organization.(2021). Food safety: A guide to World Food Safety Day 2021 [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 28]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-world-food-safety-day-2021
7. World Health Organization.(2022). Food safety [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 28]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/food-safety
8. Promsivapallop P, Kannaovakun P.(2020). Factors influencing tourists' destination food consumption and satisfaction: A cross-cultural analysis. Asia Pac Soc Sci Rev. 2020;20(2):Article 9. DOI: https://doi.org/10.59588/2350-8329.1304
9. Sánchez-Cañizares SM, López-Guzmán T.(2017). Gastronomy as a tourism resource: Profile of the culinary tourist. Curr Issues Tour. 2017;20(3):229–245. doi:10.1080/13683500.2015.1009597.
10. Konuk FA.(2019). The influence of perceived food quality, price fairness, perceived value and satisfaction on customers' revisit and word-of-mouth intentions towards organic food restaurants. J Retail Consum Serv. 2019;50:103–110. doi:10.1016/j.jretconser.2019.05.005.
11. Nardi VAM, Jardim WC, Ladeira WJ, Santini FO.(2020). A meta-analysis of food safety risk perception and its antecedents and consequences. Food Control. 2020;112:107089. doi:10.1016/j.foodcont.2020.107089.
12. Chavarria LCT, Phakdee-auksorn P.(2017). Understanding international tourists' attitudes towards street food in Phuket, Thailand. Tour Manag Perspect. 2017;21:66–73. doi:10.1016/j.tmp.2016.11.005.
13. Lee S, Park H, Ahn Y.(2019). The influence of tourists' experience of quality of street foods on destination's image, life satisfaction, and word of mouth: The moderating impact of food neophobia. Int J Environ Res Public Health. 2019;17(1):163. doi:10.3390/ijerph17010163.
14. Teangsompong T, Yamapewan P, Sawangproh W.(2024). Consumer trust in Thai street food vendors: Implications for the post-pandemic era. Int J Sociol Soc Policy. 2024;44(13–14):16–48. doi:10.1108/IJSSP-09-2023-0220.

15. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
17. Suphaphon W, Agmapisarn C.(2019). Food-quality factors and attitudes that influence inbound tourist's perception of street food safety: Case study Khao San Road, Bangkok. WMS J Manag. 2019;8(1):10–23.
18. Stone MJ, Migacz S, Wolf E.(2019). Beyond the journey: The lasting impact of culinary tourism activities. Curr Issues Tour. 2019;22(2):147–152. doi:10.1080/13683500.2018.1427705.
19. ชีวานันท์ วุฒิพันธุ์, กนกกานต์ แก้วนุช, วัชรีภรณ์ ไชยมงคล.(2562). การรับรู้คุณค่าของการบริการการท่องเที่ยวเชิงอาหารของนักท่องเที่ยวต่างชาติ: อาหารริมทางในกรุงเทพฯ ประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี. 2562;13(3):109–126. Available from: https://so01.tci-thaijo.org/index.php/journaldtc/article/view/241100
20. Ratasuk A.(2023). Impact of food hygiene on purchase intentions and its mechanism in Bangkok street food under the influence of COVID-19. Med Res Arch. 2023;11(8). https://doi.org/10.18103/mra.v11i8.4263.
21. Ratasuk A, Gajesanand S.(2022). Does food safety build customer trust? The mediating role of perceived risk in food delivery service in Bangkok during the COVID-19 pandemic. Asia Soc Issues [Internet]. 2022 [cited 2026 Aug 1];16(2):e253719. Available from: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/asi/article/view/253719
22. Agmapisarn C, Khetjenkarn S, Tachochalalai S.(2020). A study of Bangkok street food consumption and its effects on consumer attitude and behavioral intention. Chulalongkorn Bus Rev. 2020;42(1):21–42.
23. Soon-Sinclair JM, Limon MR, Vanany I, Ongkunaruk P, Voe P, Boulom S, et al.(2026). Street-vended food safety in Southeast Asia: Consumers' strategies to ensure food safety and vendors' hygiene practices. Int J Environ Health Res. 2026;:1–13. doi:10.1080/09603123.2026.2659935.
24. Lin N, Roberts KR.(2020). Using the theory of planned behavior to predict food safety behavioral intention: A systematic review and meta-analysis. Int J Hosp Manag. 2020;90:102612.

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

Development of a Behavioral Promotion Model for Rational Antibiotic Use among Residents of Sisaket Province, Thailand.

(Received: August 11,2026 ; Revised: August 15,2026 ; Accepted: August 17,2026)

ทิวาวรรณ สกุลจันทร์[1]อารีย์ บุตรสอน[2] นพดล พิมพ์จันทร์[3]
Tivavun Skulchan[1] Aree Butsorn[2] Noppadol Pimchan[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ประกอบการร้านชำ ประชาชน รวมเป้าหมายที่ใช้พัฒนากระบวนการทั้งสิ้น 30 คน ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระหว่างวันที่ 6 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวมจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ คือ HASCR Model ประกอบด้วย 1) Health Knowledge and Literacy RDU รูปแบบการดำเนินงานที่มุ่งเสริมสร้างความรู้ความรอบรู้ ทักษะ 2) Awareness การสร้างความตระหนักรู้ 3) Sharing Experience การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ 4) Community Participation การมีส่วนร่วมของชุมชน 5) RDU Coaching หมายถึง เป็นกระบวนการเสริมพลังและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยควรนำรูปแบบ HASCR Model ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในระดับชุมชน โดยบูรณาการการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ควบคู่กับกระบวนการ RDU Coaching อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมพลังและติดตามพฤติกรรม อันจะช่วยลดการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: รูปแบบ ยาปฏิชีวนะ การใช้ยาสมเหตุผล

Abstract

This action research aimed to examine a model for promoting rational antibiotic use behaviors among the population of Sisaket Province. The participants involved in developing the process comprised physicians, hospital pharmacists, registered nurses, directors of subdistrict health promoting hospitals, public health officers, Thai traditional medicine practitioners, community leaders, village health volunteers, local grocery store operators, and community members, totaling 30 participants. A community participation approach was employed to develop a long-term care model for individuals with dependency, applying the action research framework of Kemmis and McTaggart over two cycles. Data were collected using researcher-developed questionnaires between September 6, 2025, and December 31, 2025. Data analysis involved data

[1] Pharmaceutical and Consumer Protection Department Yangchumnoi Hospital
[2] College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, Thailand Corresponding Author: aree.b@ubu.ac.th
[3] Sanom District Public Health Office, Surin Province, Thailand

compilation, categorization, content analysis, and comparison of mean differences between pre- and post-intervention scores using paired t-tests.

The findings revealed that the rational antibiotic use promotion model for Sisaket Province was the HASCR Model, comprising: (1) Health Knowledge and Literacy for RDU, focusing on enhancing knowledge, health literacy, and skills; (2) Awareness, promoting risk awareness; (3) Sharing Experience, facilitating experiential learning; (4) Community Participation, encouraging active community involvement; and (5) RDU Coaching, representing continuous empowerment and support. After implementation, After the intervention, the participants showed significantly higher mean scores in both knowledge and rational antibiotic use behavior compared to before the intervention ($p < 0.05$). The study recommends implementing the HASCR Model to promote rational antibiotic use at the community level. This should be achieved through the integration of knowledge provision, awareness-raising, experience sharing, and community participation, combined with ongoing RDU Coaching. Such an approach will empower individuals and enable continuous behavioral monitoring, thereby contributing to the sustainable reduction of inappropriate antibiotic use.

Keyword: Model, Antibiotic, Rational drug use

บทนำ

ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตเช่นเดียวกับอาหาร ที่อยู่อาศัย และเครื่องนุ่งห่ม การใช้ยาอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างมาก องค์การอนามัยโลกนิยามการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลว่า ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับอาการ ขนาด ระยะเวลา และค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมทั้งต่อผู้ป่วยและสังคม อย่างไรก็ตาม ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลเป็นปัญหาระดับโลก โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของยาที่ถูกสั่งจ่ายไม่เหมาะสม ปัญหาที่พบ ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น (Polypharmacy) การใช้ยาปฏิชีวนะขนาดไม่เพียงพอ ใช้ในโรคที่ไม่ใช่เชื้อแบคทีเรีย ใช้ยาฉีดเกินจำเป็น และการใช้ยาด้วยตนเอง ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยา ผลข้างเคียง และปัญหาเชื้อดื้อยาที่ทวีความรุนแรง สถานการณ์เชื้อดื้อยาทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตราว 700,000 คนต่อปี และคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มเป็น 10 ล้านคน โดยเอเชียมีผู้เสียชีวิตมากที่สุดถึง 4.7 ล้านคน ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจกว่า 3.5 พันล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทย พบผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 38,000 คนต่อปี สูญเสียทางเศรษฐกิจราว 4.2 หมื่นล้านบาท และมีผู้ติดเชื้อดื้อยากว่า 100,000 คนต่อปี เสียชีวิตกว่า 30,000 คน หรือเฉลี่ย 100 คนต่อวัน อุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลช่วงปี 2565–2567 อยู่ที่ 1.46–1.51 ครั้งต่อพันวันนอน อัตราการติดเชื้อดื้อยาเฉลี่ยร้อยละ 60 และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขกว่า 17.6 พันล้านบาท หรือ 0.12% ของ GDP ประเทศไทย สะท้อนถึงวิกฤติสุขภาพที่ต้องเร่งควบคุมและป้องกันอย่างจริงจัง

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และปัจจัยทางสังคม โดย ความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยา หากประชาชนเข้าใจข้อบ่งใช้และผลกระทบจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม จะช่วยลดการใช้ยาที่ผิด ขณะเดียวกัน ทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงก็มีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจใช้ยา โดยผู้ที่ตระหนักถึงอันตรายของเชื้อดื้อยามีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอายุและประสบการณ์ พบว่าผู้สูงอายุมีความระมัดระวังในการใช้ยามากกว่าวัยรุ่นที่มักซื้อยาปฏิชีวนะโดยไม่มีใบสั่งแพทย์[1] ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลด้านยา ก็มีบทบาทสำคัญ หากประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ จะลดโอกาสของการใช้ยาโดยไม่จำเป็น ขณะเดียวกัน ระบบสุขภาพและนโยบายควบคุมยา ส่งผลต่อพฤติกรรม

การใช้ยาผ่านการกำกับร้านขายยาและการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ รวมถึง ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ที่กำหนดความเชื่อและทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาในแต่ละชุมชน ดังนั้น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจึงต้องอาศัยมาตรการแบบบูรณาการ ทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชน การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และนโยบายสาธารณะที่เข้มแข็งเพื่อควบคุมและป้องกันการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

ประชาชนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เสี่ยงต่อการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล เช่น การซื้อยารับประทานเอง การขาดความรู้ความเข้าใจและการเข้าถึงร้านค้าที่จำหน่ายยาได้ง่าย โดยจากสถานการณ์การกระจายยาในร้านชำ ปี 2560–2561 พบว่ามีร้านชำจำนวนมากในหลายจังหวัดจำหน่ายยาปฏิชีวนะและยาอันตราย โดยสัดส่วนร้านที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะสูงถึงร้อยละ 55.6 และมีผู้ป่วยที่แพ้ยาร้อยละ 40.3 ซื้อยาจากร้านชำมารับประทานเอง[2] แนวทางแก้ไขปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะในต่างประเทศเน้นการบูรณาการ เช่น การพัฒนาระบบสั่งจ่ายยามาตรฐานโดยใช้เทคโนโลยีช่วยตัดสินใจทางคลินิก (CDSS) การอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ การรณรงค์สร้างความตระหนักรู้แก่ประชาชน การจัดกิจกรรมในชุมชนและโรงเรียน รวมถึงการควบคุมการโฆษณายาอย่างเข้มงวด เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง[3] สำหรับประเทศไทย ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ใช้ยา ผู้สั่งยา ผู้ผลิต และระบบกำกับดูแล กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนด แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านยา พ.ศ. 2566–2570 ที่มุ่งสร้างระบบยาที่มั่นคง ประชาชนเข้าถึงยาคุณภาพ และมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด (RDU Province) สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ ปี 2567 ที่บูรณาการการดำเนินงานทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (RDU Hospital) ร้านขายยา (RDU in private sector) หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน (RDU Community) รวมถึงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีความแตกต่างระหว่างระดับโรงพยาบาลและระดับชุมชน โดย RDU Hospital มีกลไกที่ชัดเจนผ่านกุญแจสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) และมีตัวชี้วัดจากกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การดำเนินงานมีความเป็นระบบและรูปธรรม แต่ยังขาดการเชื่อมโยงกับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่ RDU Community เผชิญปัญหาหลายด้าน เช่น ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา การขาดการตระหนักถึงปัญหาเชื้อดื้อยา รวมถึงการจำหน่ายยาโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อแก้ไขปัญหานี้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU Community ผ่าน 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการ การเฝ้าระวังด้านยาเชิงรุกในชุมชน การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน การสร้างความรอบรู้ด้านยาแก่ประชาชน และการส่งเสริมการใช้ยาในภาคเอกชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับการใช้ยาสมเหตุผลในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ในจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการผ่านคณะทำงาน RDU โดยมี RDU Coordinator ระดับจังหวัดและอำเภอร่วมกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านการบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ มีการกำหนดเป้าหมาย ติดตามผล และจัดประชุมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งเพื่อถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมาย โดยใช้อำเภอต้นแบบและโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยงในแต่ละโซน พร้อมทั้งใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและเชื่อมโยงข้อมูล นอกจากนี้ยังบรรจุนโยบาย RDU ในการปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน มีการทบทวนรหัสวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้อง และจัดทำแนว

ทางการรักษา (CPG) สำหรับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและอุจจาระร่วงเฉียบพลัน รวมถึงการส่งเสริมการใช้ยาในชุมชนโดยบูรณาการร่วมกับงานคุ้มครองผู้บริโภคและงานเภสัชกรรมปฐมภูมิภายใต้การดำเนินงานของ RDU Coordinator ในทั้ง 22 อำเภอ อย่างไรก็ตาม จังหวัดศรีสะเกษยังพบการใช้ยาปฏิชีวนะเกินเกณฑ์ เช่น การใช้ในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุร้อยละ 47.77 การติดเชื้อระบบหายใจร้อยละ 20.96 อุจจาระร่วงเฉียบพลันร้อยละ 17.74 และในหญิงหลังคลอดร้อยละ 5.52 อีกทั้งยังพบปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลกันทรลักษ์และโรงพยาบาลศรีสะเกษ รวมถึงข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADRs) ที่แม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ส่วนใหญ่ยังคงเกิดจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ประชาชนได้รับจากโรงพยาบาล คลินิก และร้านชำ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลไกการแก้ไขในชุมชนยังไม่ชัดเจน และขาดรูปแบบที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้ประชาชนยังมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาปฏิชีวนะที่ต่ำและคงพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อความปลอดภัยและการยกระดับคุณภาพระบบสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน นโยบายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ปัญหาอุปสรรค และผลการดำเนินงานย้อนหลัง จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงาน

2.3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษในการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)[4] ประกอบด้วยการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติการ (Action: A) การสังเกตการณ์ (Observation: O) และการสะท้อนกลับ (Reflection: R) ดำเนินการวิจัยในเขตอำเภอยางชุมน้อย ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 20 สัปดาห์ ตั้งแต่ระหว่างวันที่ 6 กันยายน 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ และ 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ด้านข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้าน

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ (6-30 กันยายน 2568)

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษโดยนำข้อมูลบริบท และนโยบายรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

2.1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์

2.1.1 ข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

2.1.2 ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษโดยใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่มี การแบบสัมภาษณ์ การสำรวจข้อมูลพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ จากการสำรวจและข้อมูลหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัด ศรีสะเกษ และข้อมูล Secondary Data จากหน่วยบริการสาธารณสุข ข้อมูลการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสะท้อนปัญหาคืนสู่ชุมชนผ่านการประชาคม

2.2 การสนทนากลุ่ม และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) เพื่อทราบถึงบริบท สถานการณ์พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค รวมถึงนโยบายด้านการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรเอกชน นำผลการศึกษาและผลการประชุมกลุ่มย่อยมาสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนารูปแบบพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 วงรอบ (ครั้งที่ 1 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2568 ครั้งที่ 2 วันที่ 26 ธันวาคม 2568)

3. ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบที่เกิดจากการระดมสมองเพื่อหารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ โดยประเมินประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลอง จำนวน 96 คน จำนวน 96 คน ในคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ (1 มกราคม 2569 – 31 มีนาคม 2569)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พื้นที่ทำการศึกษา คือ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดเนื่องจากเป็นอำเภอที่มีผลการดำเนินงานการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล RDU Hospital ขั้นที่ 2 และ RDU Community ผ่านเกณฑ์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอารูปแบบการการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

2. กลุ่มเป้าหมาย การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการมีการศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพงานตามวงล้อ PAOR และใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมโดยเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.1 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ ครั้งที่ 1 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2568 และครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ประกอบการร้านชำ ประชาชน รวมเป้าหมายที่ใช้พัฒนากระบวนการทั้งสิ้น 30 คน

2.2 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้เข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 96 คน

2.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ตั้งแต่เดือน1 มกราคม 2569 – 31 มีนาคม 2569

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ 2) ประสบการณ์การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ 3) แนวทางการพัฒนารูปแบบพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

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 วีดีทัศน์การอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ด้วยสื่อวิดีทัศน์ “เรื่องการใช้ยามากเกินความจำเป็น” สื่อวิดีทัศน์ “ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้อักเสบ”
สื่อวิดีทัศน์ “การดื้อยา” และ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ และแบบสนทนากลุ่มการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลและแบบสอบถามประเมินการส่งเสริมพฤติกรรมการแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรอบรู้การใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จำนวน 15 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสถานการณ์และบริบททั่วไปของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากการพัฒนากระบวนการเพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ การบันทึกเสียง และ

เก็บข้อมูลผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการแบบสอบถามการสัมภาษณ์ และแบบสอบสอบถาม
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในลักษณะส่วนบุคล และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Mean) เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกรโรงพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ประกอบการร้านชำ ประชาชน รวมเป้าหมายที่ใช้พัฒนากระบวนการทั้งสิ้น 30 คน จากแนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ประกอบด้วย เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-112/2568 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2568

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. บริบทและสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ในจังหวัดศรีสะเกษมีการสั่งยาปฏิชีวนะเกินเกณฑ์ ข้อมูล ณ 30 กรกฎาคม 2567 ได้แก่ 1) การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ระดับโรงพยาบาล (Fresh trauma wound) ร้อยละ 47.77 2) การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ 20.96 และ 3) การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอกระดับโรงพยาบาล ร้อยละ 17.74 และการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงหลังคลอด ร้อยละ 5.52 และเกิดปัญหาเชื้อดื้อยา ของโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ปี 2565 ร้อยละ 38.8 ปี 2566 ร้อยละ 40.5 โรงพยาบาลศรีสะเกษ ปี 2565 ร้อยละ 24.1 ปี 2566 ร้อยละ 21.42 และข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADRs) ในจังหวัดศรีสะเกษ ในระบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย (Health Product Vigilance Center) จากTrigger 3 กลุ่มยา ได้แก่ Antibiotics, NSAIDs และ Steroids มีจำนวนรายงานลดลงเมื่อเทียบจากปีงบประมาณ 2564 ถึงปี 2567 คือ จำนวนรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาทั้ง 3 ดังกล่าว ตามลำดับ คือ 605, 517, 338 และ 274 ครั้ง (ข้อมูลจาก HPVC 30 ก.ย. 67) และส่วนใหญ่เกิดจากยาปฏิชีวนะและรับยาจากโรงพยาบาลคลินิกและร้านชำ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ประชาชนศรีสะเกษ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกแทกการ์ดร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ได้การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ดังภาพที่ 1

3. สรุปผลการการดำเนินงานเป็นขั้นตอนสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลจังหวัดศรีสะเกษที่มีคุณภาพ เข้าถึงง่าย และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ยุทธศาสตร์หลักประกอบด้วย 1) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความรู้และความรอบรู้ ปัญหา และสถานการณ์ของการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ผลกระทบใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล 2) ยุทธศาสตร์สร้างความตระหนัก ของการเลือกซื้อยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องและสมเหตุผล ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและสื่อสารสุขภาพวิดีทัศน์ที่เข้าใจง่ายแก่ประชาชน 3) ยุทธศาสตร์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล 4) ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการออกแบบวิธีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล โดยส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคเพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและสร้างพลังชุมชนในการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล 5) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ เชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ เป็น RDU Coaching ในชุมชน การสร้างรูปแบบที่มีคุณภาพและยั่งยืนในชุมชนทั้งหมดนี้มุ่งสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนในระยะยาว เป้าหมายการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ในระบบสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ เข้าถึงง่าย และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนโดยเฉพาะทุกกลุ่มวัยให้มีความรู้ ความรู้และความรอบรู้ ปัญหา และสถานการณ์ของการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ผลกระทบใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล สามารถตระหนักถึงประโยชน์และความสำคัญของการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลที่ถูกต้องและยั่งยืน นอกจากนี้ ยังมีเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการและชุมชน เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและเป็นต้นแบบของการพัฒนา

กิจกรรมเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพผ่านการทักทาย เพื่อเสริมบรรยากาศที่ผ่อนคลายและส่งเสริมความคุ้นเคย จากนั้นดำเนินกิจกรรม “แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ” โดยให้ผู้เข้าร่วมแต่ละกลุ่มร่วมกันระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ในการซื้อและรับประทานยาปฏิชีวนะ แหล่งที่ได้มาของยาปฏิชีวนะ อาการข้างเคียงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ และความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะ ประชาชนควรรู้ว่า ยาปฏิชีวนะใช้รักษาเฉพาะการติดเชื้อแบคทีเรีย ไม่ช่วยอาการหวัดหรือโรคจากไวรัส ต้องใช้ตามแพทย์สั่งในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม ห้ามหยุดยาเองหรือซื้อกินเองเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา และควรปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อความปลอดภัยและลดปัญหาเชื้อดื้อยาในชุมชน **ในช่วงต่อมา** ผู้เข้าร่วมได้ร่วมกันระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหาในการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชน ซึ่งจากงานวิจัยในระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ของประชาชน เช่น ขาดความรู้ และความรอบรู้การใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล และประวัติการรับประทาน

ยาปฏิชีวนะ รายได้ และการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์ ต้นเหตุของปัญหา ด้วยวิธี “ผังก้างปลา (Fishbone Diagram)” เพื่อหาสาเหตุในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ การบริหารจัดการ และความร่วมมือของประชาชน ท้ายที่สุด ที่ประชุมได้ร่วมกันเสนอ แนวทางการพัฒนารูปแบบพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษที่เหมาะสมในบริบทของพื้นที่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น การให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล แก่ประชาชนโดยเภสัชกร หรือนักวิชาการสาธารณสุข การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในชุมชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน และได้ออกแบบการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ

1)**Health Knowledge and Literacy RDU** หมายถึง รูปแบบการดำเนินงานที่มุ่งเสริมสร้างความรู้ ความรอบรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ถูกต้องให้แก่บุคลากร อสม. และประชาชน เป็นรูปแบบการดำเนินงานที่มุ่งเสริมสร้าง ความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) รวมถึงทักษะและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ แก่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนทั่วไป กิจกรรมในองค์ประกอบนี้มุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมาย เข้าใจข้อบ่งใช้ ข้อจำกัด และอันตรายของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม สามารถเข้าถึง วิเคราะห์ และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านยาได้อย่างถูกต้อง ปรับเปลี่ยนทัศนคติจากความเชื่อเดิม เช่น “ป่วยต้องได้ยาปฏิชีวนะ” ไปสู่การใช้ยาอย่างมีเหตุผล องค์ประกอบนี้ถือเป็นฐานสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาในระยะยาว

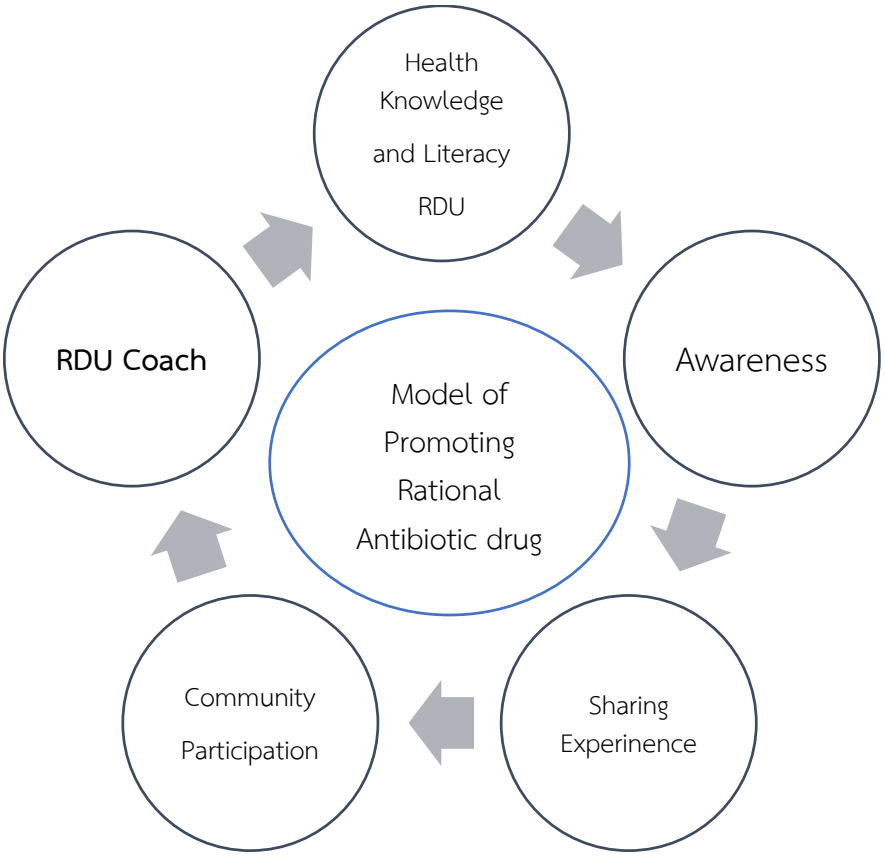
2)การสร้างความตระหนักรู้ **Awareness** หมายถึง เป็นกระบวนการสร้างความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การดำเนินงานมุ่งเน้น การสื่อสารความเสี่ยงเรื่องเชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance) การเชื่อมโยงปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะกับผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพ การกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของบทบาทตนเองในการลดปัญหาเชื้อดื้อยา การสร้าง Awareness ช่วยให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจภายใน (Internal Motivation) และเปิดใจพร้อมรับการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ **Sharing Experience** หมายถึง เป็นการเปิดพื้นที่ให้กลุ่มเป้าหมาย โดยใช้วัฒนธรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลเป็นพื้นฐาน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชน ได้แลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์จริงเกี่ยวกับการใช้ยา การเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพ เชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน สร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เสริมพลังทางสังคม โดยใช้ประสบการณ์ของคนในชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยให้การสื่อสารเรื่อง RDU เข้าใจง่าย เกิดความใกล้ชิด และนำไปปรับใช้ได้จริงในบริบทของชุมชน

4) การมีส่วนร่วมของชุมชน **Community Participation** หมายถึง รูปแบบการดำเนินงานที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตามประเมินผล และการพัฒนาต่อยอด โดยเน้นการใช้พลังของชุมชนเป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อนกิจกรรม เช่น การมีผู้นำ การมี อสม. และผู้นำชุมชนร่วมรณรงค์และเผยแพร่ความรู้เรื่องการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล และ

กำหนดนโยบายชุมชนในการป้องกันร้านชำ จำหน่ายยาปฏิชีวนะ และรถเร่ ตลอดจนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประชาชน หน่วยบริการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ (Sense of Ownership) เสริมความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพตนเอง และช่วยให้รูปแบบเหมาะสมกับบริบทจริงของพื้นที่มากที่สุด

5) **RDU Coaching** หมายถึง เป็นกระบวนการเสริมพลังและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำความรู้และทักษะด้าน RDU ไปใช้ได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน ลักษณะสำคัญของ RDU Coaching ได้แก่ การให้คำแนะนำเชิงปฏิบัติแบบใกล้ชิด (On-the-job / On-site coaching) การติดตามผลและสะท้อนกลับ (Feedback) โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการติดตาม เช่น การรายงานผลตรวจร้านชำ ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนผ่าน Website ,Line Application เพื่อแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน การเสริมแรงเชิงบวกและสร้างความมั่นใจให้ อสม. และผู้นำชุมชนในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน RDU Coaching ทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงทั้ง 4 องค์ประกอบข้างต้นเข้าด้วยกัน ช่วยขยายผลและรักษาคุณภาพของรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลในประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ (The Model Components)

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

3.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยค่ามัธยฐานเปลี่ยนจาก 8.00 คะแนน (IQR = 7.00–9.00) เป็น 10.00 คะแนน (IQR = 10.00–10.00) ซึ่งเป็นคะแนนเต็ม โดยผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 (24 คน) มีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง (Positive Ranks) เพียงร้อยละ 3.3 (1 คน) มีคะแนนลดลง (Negative Ranks) และร้อยละ 16.7 (5 คน) มีคะแนนเท่าเดิม (Ties) ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -3.789$, $p < 0.001$) แสดงว่าความรู้ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากได้รับโปรแกรม/สิ่งแทรกแซง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mdn (IQR)	หลังทดลอง Mdn (IQR)	Negative Ranks n (%)	Positive Ranks n (%)	Ties n (%)	Z	p-value
คะแนนความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	8.00 (7.00–9.00)	10.00 (10.00–10.00)	1 (3.3%)	24 (80.0%)	5 (16.7%)	−3.789	< 0.001

Median = มัธยฐาน, IQR = Interquartile Range, Negative Ranks = คะแนนหลังน้อยกว่าก่อนทดลอง, Positive Ranks = คะแนนหลังมากกว่าก่อนทดลอง, Ties = คะแนนเท่าเดิม

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและมาก โดยค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 15.00 คะแนน (IQR = 15.00–18.50) เป็น 43.00 คะแนน (IQR = 43.00–44.00) โดยผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 93.3 (28 คน) มีคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง (Positive Ranks) มีเพียงร้อยละ 3.3 (1 คน) ที่คะแนนลดลง (Negative Ranks) และร้อยละ 3.3 (1 คน) มีคะแนนเท่าเดิม (Ties) ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($W = 8.000$, $p < 0.001$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก ($r = 0.830$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mdn (IQR)	หลังทดลอง Mdn (IQR)	Negative Ranks n (%)	Positive Ranks n (%)	Ties n (%)	W	p-value
คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	15.00 (15.00–18.50)	43.00 (43.00–44.00)	1 (3.3%)	28 (93.3%)	1 (3.3%)	8.000	< 0.001

Median = มัธยฐาน, IQR = Interquartile Range, Negative Ranks = คะแนนหลังน้อยกว่าก่อนทดลอง, Positive Ranks = คะแนนหลังมากกว่าก่อนทดลอง, Ties = คะแนนเท่าเดิม

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงสถานการณ์พื้นฐานของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในจังหวัดศรีสะเกษ และผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผล (HASCR Model) ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. สถานการณ์พื้นฐานของการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในบริบทจังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลพื้นฐานที่พบว่าจังหวัดศรีสะเกษมีอัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเกินเกณฑ์ในกลุ่มโรคเป้าหมายหลายกลุ่ม โดยเฉพาะบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่สูงถึงร้อยละ 47.77 ตลอดจนปัญหาเชื้อดื้อยาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ (จากร้อยละ 38.8 เป็น 40.5) สะท้อนให้เห็นว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลในบริบทชุมชนไทยยังคงเป็นปัญหาเชิงระบบที่มีความซับซ้อนสูง สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Pumtong et al. (2020)[5] ที่ชี้ว่าการใช้และกระจายยาปฏิชีวนะในชุมชนไทยเป็นสถานการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยมาตรการที่จำกัดอยู่เพียงในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและยา การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการเข้าถึงยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องโดยตรงกับหลักการออกแบบรูปแบบ HASCR ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งมิได้จำกัดกิจกรรมไว้เฉพาะในระดับสถานพยาบาล แต่ขยายไปสู่การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ ผลสำรวจความรู้และความตระหนักด้านการใช้ยาปฏิชีวนะและเชื้อดื้อยาในระดับประเทศของ Tangcharoensathien et al. (2021)[6] ซึ่งใช้ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนแห่งชาติ พ.ศ. 2562 เปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2560 พบว่าแม้จะมีเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติในการเพิ่มความรู้และความตระหนักของประชาชนร้อยละ 20 แต่ระดับความรอบรู้ของประชาชนโดยรวมยังคงอยู่ในระดับที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้ช่วยอธิบายว่าเหตุใดสถานการณ์ในจังหวัดศรีสะเกษจึงยังคงมีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเกินเกณฑ์อยู่ในระดับสูง แม้จะมีนโยบายระดับชาติดำเนินมาระยะหนึ่งแล้วก็ตาม อีกทั้งงานศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาของ Alhusein et al. (2024)[7] ในชุมชนไทยยังชี้ให้เห็นมิติที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นว่า ประชาชนจำนวนมากบริโภคยาปฏิชีวนะโดยไม่รู้ตัวว่าเป็นยาปฏิชีวนะ เนื่องจากการจ่ายยาจากภาคเอกชนและร้านชำในลักษณะยาแบ่งบรรจุที่ไม่มีฉลากกำกับชัดเจน ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยขับเคลื่อนเชิงเศรษฐกิจ การแข่งขันทางการตลาดของภาคเอกชน และปัจจัยเชิงนโยบายที่มาตรการควบคุมยายังเน้นหนักไปที่ภาคสถานพยาบาลของรัฐเป็นหลัก ข้อค้นพบเหล่านี้ตอกย้ำความจำเป็นที่รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะสมเหตุผลจะต้องออกแบบให้ครอบคลุมมิติเชิงโครงสร้างและสังคมวัฒนธรรม มิใช่มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้แก่ปัจเจกบุคคลเท่านั้น สำหรับแนวโน้มจำนวนรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยา (ADRs) ในกลุ่มยาปฏิชีวนะ NSAIDs และ Steroids ที่ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 ถึง 2567 นั้น ผู้วิจัยเห็นว่าควรตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากแนวโน้มดังกล่าวอาจสะท้อนได้ทั้งการใช้ยาที่ปลอดภัยขึ้นจริง หรือในทางกลับกันอาจสะท้อนถึงปัญหาการรายงานที่ลดลง (underreporting) ในระบบเฝ้าระวัง ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันทิศทางที่แท้จริง

2. ประสิทธิผลของรูปแบบ HASCR ต่อการเสริมสร้างความรู้ในกลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองที่พบว่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 8.00 เป็น 10.00 คะแนนเต็ม ($Z = -3.789$, $p < .001$) มี

ความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Manipantee and Kasemsiri (2025)[8] ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าความรู้และทักษะการจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อย่างไรก็ตาม จุดเด่นที่สำคัญยิ่งกว่าของผลการศึกษาครั้งนี้ คือคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นอย่างมากเช่นกัน โดยมัธยฐานเปลี่ยนจาก 15.00 เป็น 43.00 คะแนน และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (r = 0.830) ซึ่งนับว่าสูงกว่าที่มักปรากฏในงานวิจัยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไป ข้อค้นพบนี้มีความสำคัญเนื่องจากงานวิจัยจำนวนมากในบริบทนานาชาติ อาทิ Kong et al. (2024)[9] ซึ่งศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของนักศึกษาจีนกว่า 3,900 คน ได้ตั้งข้อสังเกตถึงปรากฏการณ์ “ช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรม” (knowledge-attitude-practice gap) กล่าวคือ การมีความรู้เพิ่มขึ้นมิได้รับประกันว่าพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันเสมอไป การที่รูปแบบ HASCR สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคู่ไปกับความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญและมีขนาดอิทธิพลสูงมาก จึงชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบเชิงรุกของรูปแบบ อันได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการโค้ชอย่างต่อเนื่อง (RDU Coaching) มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง มากกว่าการให้ความรู้แต่เพียงลำพัง กลไกที่น่าจะอธิบายขนาดอิทธิพลที่สูงมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีที่สุด คือ องค์ประกอบ RDU Coaching ซึ่งออกแบบให้มีการติดตามผลและให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่องผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การรายงานผลตรวจร้านชำผ่านเว็บไซต์และแอปพลิเคชันไลน์ แนวทางเช่นนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ Netthong et al. (2024)[10] จากการศึกษาเชิงคุณภาพในเภสัชกรชุมชนไทย ที่เน้นย้ำว่าการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยกลไกการเฝ้าระวังและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มิใช่เพียงกิจกรรมให้ความรู้แบบครั้งเดียวจบ ผลลัพธ์เชิงประจักษ์นี้ยังสอดคล้องกับรูปแบบธาตุพนมโมเดลของ ณัฐพล ผลโยน และคณะ (2566)[11] ที่พบว่าความรู้ของผู้ประกอบการร้านชำยังคงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในช่วงทันทีหลังอบรมและเมื่อติดตามซ้ำที่ 15 วันหลังอบรม ซึ่งบ่งชี้ว่าการมีกลไกติดตามผลต่อเนื่องภายหลังกิจกรรมหลักมีบทบาทสำคัญต่อความคงทนของผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.ระดับกระทรวง/นโยบายชาติ

1.1 ผลักดันให้ HASCR Model เป็นส่วนเสริม (add-on module) ของนโยบาย RDU Community ที่มีอยู่แล้ว โดยเฉพาะองค์ประกอบ RDU Coaching ซึ่งใช้ระบบ IT (Line/Website) ติดตามร้านชำ — ควรบรรจุเป็นตัวชี้วัดย่อยในแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านยา 2566–2570 เพื่อเชื่อมโรงพยาบาล (RDU Hospital) เข้ากับชุมชน (RDU Community) ที่ยังขาดกลไกเชื่อมโยงตามที่ระบุในบทนำ

1.2 สนับสนุนงบประมาณกลางสำหรับสื่อวีดีทัศน์มาตรฐาน (เช่นชุดที่ใช้ในงานนี้ "ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้อักเสบ") ให้ รพ.สต. ทั่วประเทศนำไปใช้ซ้ำได้ ลดต้นทุนการพัฒนาสื่อซ้ำซ้อนในแต่ละพื้นที่

2.ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

2.1 ใช้อำเภอยางชุมน้อยเป็นอำเภอต้นแบบ (best-practice site) ขยายผลไปยัง 22 อำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ โดยเฉพาะอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะเกินเกณฑ์สูง เช่น กรณีบาดแผลสด (47.77%) ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับความสำคัญเร่งด่วนที่สุด

2.2ผนวก RDU Coordinator ระดับอำเภอเข้ากับกลไก Community Participation ของ

โมเดล เพื่อให้ผู้นำชุมชนและ อสม. มีบทบาทกำหนดนโยบายท้องถิ่น เช่น มาตรการควบคุมร้านชำ/รถเร่ขายยาปฏิชีวนะ ตามที่ผลวิจัยเชิงคุณภาพเสนอไว้ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

2.3สนับสนุนงบประมาณต่อเนื่องสำหรับกิจกรรม Sharing Experience และเครือข่ายอาสาสมัคร เพราะโมเดลนี้ต้องอาศัยความต่อเนื่อง (ongoing) ไม่ใช่กิจกรรมครั้งเดียว จึงจะเห็นผลต่อพฤติกรรมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายระยะเวลาติดตามผล (follow-up): ผลที่ได้เป็นการวัดก่อน-หลังในช่วงสั้น ควรมีการติดตามพฤติกรรมที่ 3, 6, 12 เดือน เพื่อยืนยันความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ไม่ใช่เฉพาะความรู้

2. ทดสอบกับกลุ่มเปรียบเทียบที่แท้จริง (true control group) ในการออกแบบ quasi-experimental หรือ cluster-randomized เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน (เวลา ฤดูกาล นโยบายคู่ขนาน) ให้ชัดเจนกว่าการเปรียบเทียบก่อน-หลังภายในกลุ่มเดียว

3. ศึกษาความแตกต่างระหว่างองค์ประกอบทั้ง 5 ของ HASCR Model ว่าองค์ประกอบใดมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากที่สุด (mediation/ moderation analysis) เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการลงทุนทรัพยากร

4. ขยายพื้นที่ศึกษา ไปยังบริบทที่หลากหลายกว่า (เขตเมือง ชายแดน พื้นที่ห่างไกล) เพื่อทดสอบความสามารถในการขยายผล (generalizability) ของโมเดล เนื่องจากงานนี้จำกัดเฉพาะอำเภอยางชุมน้อยซึ่งมีผลการดำเนินงาน RDU ผ่านเกณฑ์อยู่แล้ว

5. วิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของการนำโมเดลไปใช้ เทียบกับการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากเชื้อดื้อยา เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธภูมิ มีประดิษฐ์ ภักดี สุขพรสวรรค์ ฐิตินันท์ เอื้ออำนวย.(2562). สำรวจสถานการณ์ปัญหาการบริโภคยาปฏิชีวนะเพื่อพัฒนารูปแบบการคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อความปลอดภัย มหาวิทยาลัยบูรพา. คณะเภสัชศาสตร์
2. จินดาพร อุปถัมภ์, คณัฐวุฒิ หลวงเทพ, และสิรีธร บัวขจร. (2566). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 3(1), 70–85.
3. นพคุณ ธรรมธัชอารี, นุชรินธ์ โตมาชา, และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. (2565). การขับเคลื่อนนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย [บทบรรณาธิการ]. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 16(3).
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press.
5. Pumtong, S., Suwannaprom, P., Suttajit, S., Puripunyawanich, N., & Kiatying-Angsulee, N. (2020). Irrational antibiotic use and distribution in the Thai community: A complex situation in need of integrative solution. Journal of Health Science of Thailand, 29(Special Issue), S72–S81.
6. Tangcharoensathien, V., Chanvatik, S., Kosiyaporn, H., Kirivan, S., Kaewkhankhaeng, W., Thunyahan, A., & Lekagul, A. (2021). Population knowledge and awareness of antibiotic use and antimicrobial resistance: Results from national household survey 2019 and changes from 2017. BMC Public Health, 21, Article 2188. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12237-y
7. Alhusein, N., Charoenboon, N., Wichuwaranan, K., Poonsawad, K., Montrivade, V., Avison, M. B., Sringernyuang, L., & Lambert, H. (2024). The unseen use of antimicrobials: Drivers of human antibiotic use in a community in Thailand and implications for surveillance. Global Public Health, 19(1), Article 2298940. https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2298940
8. Manipantee, S., & Kasemsiri, J. (2025). Factors influencing rational antibiotic use behaviours of early childhood caregivers in three tertiary care hospitals, Bangkok metropolitan: A cross-sectional

descriptive study. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 18(1), Article 2581101. https://doi.org/10.1080/20523211.2025.2581101

9. Kong, Y., Zhu, X., Yang, Y., Xu, H., Ma, L., & Zuo, Y. (2024). Knowledge, attitudes, practice, and public health education demand regarding PARI prevention: A cross-sectional study among Chinese undergraduates. Frontiers in Public Health, 12, Article 1387789. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1387789
10. Netthong, R., Donsamak, S., John, D. N., Kane, R., & Armani, K. (2024). Empowering Thai community pharmacists in combating antimicrobial resistance: Qualitative insight and sentiment analysis. Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy, 16, Article 100535. https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2024.100535
11. ณัฐพล ผลโยน, วุธิพงศ์ ภักดีกุล, วรินท์มาศ เกษทองมา, และบุญมี โพธิ์คำ. (2566). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาร้านชำคุณภาพต้นแบบตามโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารเภสัชกรรมไทย, 15(3), 561–575.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

Factors Associated with Dental Health care Behavior among Parent in Early Childhood in Child Development Center Kantang District,Trang Province

(Received: August 11, 2026; Revised: August 15,2026 ; Accepted: August 17,2026)

จันจิรา ชวดศรี[1] ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร[2] กัลย์สุดา จูเจ้ย[3] ชาคริญา นิลสกุล[4] ณัฐนันท์ ชูสีอ่อน[5]สิรภัทร บุญสนอง[6]
Janjira Chuadsri[1] Pattaraporn Tengrothnapaporn[2] Kansuda Chuchoie[3] Chakriya Ninsakul[4] Nattanan Chusion[5] Sirapat Boonsanong[6]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 297 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.60 ทัศนคติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.20 การเข้าถึงสถานบริการทันตกรรม และแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟันเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.80 ข้อมูลสาระความรู้ทางทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการสนับสนุนจากสังคมของเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.42 และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.90 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้ และทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = 0.014 และ 0.001 ตามลำดับ ส่วนการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรม การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทางทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

คำสำคัญ : พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย, เด็กปฐมวัย, แนวคิดแบบจำลอง PRECEDE FRAMEWORK

Abstract

This research was survey research by cross-sectional study. The objective is to study the relationship between leading factors, enabling factors, and reinforcing factors with parental behavior in caring for the oral health of early childhood children in the Child Development Center, Kantang District, Trang Province. The sample consisted of 297 people. A multi-stage sampling method was used. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

[1] นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลบ้านหนองแวง อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์
[2] อาจารย์หัวหน้าหน่วยหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
[3] อาจารย์ประจำหน่วยหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
[4] นักวิชาการสาธารณสุข หลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
[5] นักวิชาการสาธารณสุข หน่วยหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
[6] นักวิชาการสาธารณสุข หน่วยหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

The study results revealed that the parents' knowledge in oral health care of early childhood children was at a high level (93.60%), their attitude was at a high level (53.20%), their access to dental services and dental cleaning equipment outlets were at a moderate level (43.80%), their dental health information from various sources and their social support were at a moderate level (42.42%), and their behavior in oral health care of early childhood children was at a moderate level (85.90%). The correlation analysis revealed that the knowledge and attitude of parents in oral health care of early childhood children were positively correlated with their behavior in oral health care of early childhood children with statistical significance (p-value = 0.014 and 0.001, respectively). However, access to dental services, access to dental cleaning equipment outlets, and access to dental health information from various sources and external support were not related to the behavior of parents in oral health care of early childhood children. Kantang District, Trang Province.

Keywords: Oral health care behavior, early childhood parents, early childhood, PRECEDE FRAMEWOR model concept

บทนำ

โรคฟันผุเป็นโรคในช่องปากที่แพร่หลายโรคหนึ่งของประชากรทั่วโลก โรคนี้จะเกิดขึ้นได้ทั้งในเพศหญิง และเพศชาย ทุกสถานภาพทางเศรษฐกิจและทุกอายุ แต่ในวัยเด็กจะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าในวัยผู้ใหญ่ โดยผลการสำรวจในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันตอนเช้าก่อนมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่าเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 86.8 และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 89.4 แปรงฟันตอนเช้าก่อนมาโรงเรียน โดยเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 44.1 แปรงฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 42.5 แม่หรือผู้ปกครองแปรงให้ เมื่อเด็กโตขึ้นพบว่าเด็กแปรงฟันเองมากขึ้น คือ อายุ 5 ปี เด็กแปรงฟันเองถึงร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 14.4 ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงให้ พฤติกรรมการดื่มนม ทั้งในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี พบว่า เด็กดื่มนมจืดมากที่สุด คือ ร้อยละ 42.0 และ 44.5 ตามลำดับ รองลงมาคือ นมรสหวานและรสเปรี้ยว โดยข้อมูลทั้งสองกลุ่มอายุมีรูปแบบที่เหมือนกันในทุกเขตและ ทุกภาค เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.5 ใช้ขวดนม เมื่ออยู่ที่บ้าน และยังมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.9 ที่ยังคง ดูดนมจากขวด[1]

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพระดับประเทศครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุหลักของอาการ เจ็บปวดและการสูญเสียฟัน คือโรคฟันผุ ซึ่งในเด็กอายุ 3 ปีและ 5 ปีที่ใช้เป็นตัวแทนในการติดตามการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมพบว่า เด็กอายุ 3 ปี เป็นขวบปีแรกที่มีฟันน้ำนม ขึ้นครบ 20 ซี่ มีความชุกของฟันผุ ร้อยละ 52.9 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 2.8 ซี่/คน โดยความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี พบสูงสุดในภาคกลางร้อยละ 57.9 และภาคใต้ ร้อยละ 57.0 ตามลำดับ และผลสภาวะสุขภาพ ช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปีพบว่ามีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 31.3 ความชุกในการ เกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.5 ซี่/คน โดยพบสูงสุดในเขตภาคใต้และภาคเหนือ ร้อยละ 80.2 และ 78.3 ตามลำดับ ในระดับภาคใต้ พบว่า เด็กอายุ 3 ปี มีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 57.0 มีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 3.1 ซี่/คน และในเด็กอายุ 5 ปีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 80.2 มีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 5.1 ซี่/คน[2] และรายงานการตรวจระดับเขตบริการสุขภาพเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งประกอบ ด้วยจังหวัด สงขลา สตูล ตรัง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และพัทลุง ปี 2562 พบว่า ค่าประสบการณ์การเกิดโรคฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 42.63, 56.90, 24.48, 45.79, 41.38, 55.32 และ 49.04 ตามลำดับ โดยภาพรวม ค่าประสบการณ์การเกิดโรคฟันน้ำนมผุในเขตสุขที่ 12 อยู่ที่ร้อยละ

44.56 และจากการสำรวจร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นตัวแทนกลุ่มอายุที่ใช้ในการตรวจฟันผุในฟันน้ำนมช่วงอายุ 3-5 ปี พบว่า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีค่าประสบการณ์การเกิดโรคฟันน้ำนมผุสูงสุดในจังหวัดตรัง เท่ากับร้อยละ 51.1 สูงที่สุด ในจังหวัดตรัง[2]

ถึงแม้ว่าโรคฟันผุจะมีแนวโน้มขึ้นลง อย่างไม่สม่ำเสมอ และสูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และจังหวัดที่กำหนด คือ เด็กต้องปราศจากฟันผุ ร้อยละ 50 โดยปัญหาหลักในด้าน ช่องปาก คือ โรคฟันผุของเด็ก ซึ่งมักเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การทำความสะอาด ช่องปาก รวมไปถึงการดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง หากละเลยเป็นเวลานานก็จะเพิ่มความรุนแรงของโรคมากขึ้น ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การติดเชื้อ และ สร้างปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร มีผลต่อน้ำหนัก การเจริญเติบโตและบุคลิกภาพของเด็กที่สำคัญ คือ ส่งผลกระทบต่อการเรียน ทำให้เด็กหยุดเรียน และปัญหาฟันผุนำไปสู่การสูญเสียฟันในวัยเด็ก และ อาจสะสมจนต้องสูญเสียฟันทั้งปากในวัยสูงอายุตามมา ดังนั้นการดูแลทันตสุขภาพ เด็กของผู้ปกครอง นั้นสำคัญต่อทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียนนั้นยัง เป็นกลุ่มเด็กที่ต้องการการดูแลจากผู้ปกครอง

จากสถานการณ์ปัญหาและข้อมูลเบื้องต้น เล็งเห็นว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นความเสี่ยงกับ การเกิดโรคฟันผุของเด็กช่วงอายุ 3 ปี และ 5 ปี ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่มีความจำเป็นที่ต้องศึกษา ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยได้นำแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE FRAMEWORK มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำขั้นตอน ที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา (Education Diagnosis) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามและสร้างกรอบแนวคิด เพื่อวินิจฉัยความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง และนำผลจากการศึกษาครั้งนี้ มาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยนี้

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

2.เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมของผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Survey Research by Cross-Sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กระดับปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 994 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กระดับปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกันตัง จังหวัด

ตรัง จำนวน 286 คน ซึ่งคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตร ทาโร ยามาเน่[3]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม แบบทดสอบ (Questionnaire) เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ปกครองในการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรมและการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้จากแหล่งต่าง ๆ และการได้รับสนับสนุนจากสังคมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากจำนวน 14 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยการตรวจสอบเครื่องมือในครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ค่าที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควนทองสีห์ ตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน (ไม่ใช่ผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้โดยข้อคำถามที่ใช้นำมาหาค่าความเที่ยง

1.แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR20) เท่ากับ 0.79

2. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach เท่ากับ 0.85

3. แบบสอบถามการเข้าถึงสถานบริการ ด้านทันตกรรม และการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach เท่ากับ 0.76

4. แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach เท่ากับ 0.83

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เสนอขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ทำหนังสือราชการขออนุญาตกับผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

3. อบรมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 3 คน ก่อน การลงเก็บข้อมูล โดยอธิบายถึงวิธีการ เก็บข้อมูลของแบบสอบถาม เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือใน การตอบแบบสอบถามโดยดำเนินการตามลำดับ

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับความ เชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ

0.05 และช่วงเชื่อมั่นที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% CI ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย เพศ อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ใช้ความถี่ และร้อยละ ส่วนอายุ และรายได้ผู้ปกครองจะใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ประกอบด้วยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปาก กับตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลช่องปากเด็กปฐมวัย และทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลช่องปากเด็กปฐมวัย ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการ ด้าน ทันตกรรมและการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลสาระความรู้ทางทันตสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าข้อมูลแจกแจงปกติ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่รับรอง P099/2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า ร้อยละ 70.03 เป็น เพศหญิง อายุผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ยเท่ากับ 33.96 ปี อายุน้อยสุด 18 ปี และอายุมากสุด 70 ปี ส่วนใหญ่อาชีพผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง คือ รับจ้าง ร้อยละ 41.41 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับ ชั้นมัธยมศึกษา หรือ ปวช. ร้อยละ 61.95 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เฉลี่ยเท่ากับ 12,061.44 บาท ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพียงพอ ร้อยละ 61.95

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อำเภอกันตัง จังหวัดตรังความรู้ของผู้ปกครองใน การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.60 รองลงมาคือระดับปานกลาง ระดับต่ำ ร้อยละ 6.10 และ 0.30 ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า ทัศนคติของผู้ปกครองในการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.20 รองลงมาคือระดับปานกลาง และระดับสูงมาก ร้อยละ 18.50 และ 17.50 ตามลำดับดังนั้นควรให้ทันตบุคลากรทำการตรวจเท่านั้นอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03

4. ผลการวิเคราะห์ระดับการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรมและการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากเด็กปฐมวัย อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่า การเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรมและการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.80 รองลงมาคือระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 31.60 และ 17.20 ตามลำดับ

5. ผลการวิเคราะห์ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทางทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย อำเภอกันตัง จังหวัดตรังพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทางทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการสนับสนุนจากบุคคลภายนอกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 30.97 และ 18.86 ตามลำดับ

6. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย พบว่า พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ

85.90 รองลงมาคือระสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 13.80 และ 0.30 ตามลำดับ

7.ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยกับความรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงสถานบริการ ด้านทันตกรรมและการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทางทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการสนับสนุนจากบุคคลภายนอก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Pearson Correlation Coeffcient) พบว่า ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย (p-value = 0.014 , r = 0.142) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนทัศนคติของผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย (p-value < 0.001, r = 0.293) ความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัย อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรมและการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทางทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และ การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70.03 เป็นเพศหญิง อายุผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง เฉลี่ยเท่ากับ 33.96 ปี อายุน้อยสุด 18 ปี และอายุมากสุด 70 ปี ส่วนใหญ่อาชีพผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง คือ รับจ้าง ร้อยละ 41.41 มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับ ชั้นมัธยมศึกษา หรือ ปวช. ร้อยละ 61.95 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เฉลี่ยเท่ากับ 12,061.44 บาท ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพียงพอ ร้อยละ 61.95

2.ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.60 พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ การรับประทานขนมกรุบกรอบมาก จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคฟันผุได้ร้อยละ 98.65 และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การรับประทานอาหารระหว่างมื้อถี่เกินไป หรือรับประทานอาหารจุบจิบ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้ง่าย ร้อยละ 61.95

2.2 ทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.20 พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ท่านคิดว่าการแปรงฟันทุกวันสามารถป้องกันโรคฟันผุได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การตรวจช่องปาก/ตรวจฟันผุให้เด็ก เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ดังนั้น ควรให้ ทันตบุคลากรทำการตรวจเท่านั้นอยู่ในระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03

3. ปัจจัยเอื้อ

การเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรมและการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.80 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ท่านมีความสะดวกในการเดินทางไปที่ร้านค้าห้างสรรพสินค้าที่ขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สถานบริการทันตกรรมมีความเพียงพอกับประชาชนที่ไปใช้บริการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18

4. ปัจจัยเสริม

การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทาง ทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการสนับสนุนจาก

บุคคลภายนอก ภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.42 พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมการ แปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในช่องปากจากเสียงตามสายของหมู่บ้าน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79

5. พฤติกรรมพฤติกรรมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัยในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.90 พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ท่านแปรงฟันให้บุตรหลาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านตรวจช่องปาก ให้บุตรหลานด้วยตัวท่านเองเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.09

6. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมผู้ปกครองใน การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยกับ ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย การเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรม และ การเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ทางทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการสนับสนุนจากบุคคลภายนอก ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยใน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นที่สำคัญ ที่ได้จากผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำมาอภิปรายผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย และทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.014 , r = 0.142) และ 0.01 (p-value < 0.001, r = 0.293) ตามลำดับ เนื่องจากผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับสูงจึงทำให้ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP) ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม[4] ซึ่งสอดคล้องกับสุนิภา ชินวุฒิ ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.37, 0.28) ตามลำดับ[5] และสอดคล้องกับ ปริญญา จิตอร่าม และกุลนาถ มากบุญ ที่พบว่า ความรู้ และทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้และทัศนคติ คือ สิ่งที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลสาเหตุ ของการเกิดพฤติกรรมมาจากภายใน ตัวบุคคล ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองเป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและมีความตระหนักในการเสริมสร้างพฤติกรรม[6]

2. ทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < 0.001, r = 0.293) ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์ กล่าวว่า ทัศนคติเป็นสภาวะทางจิตที่เกี่ยวกับความรู้สึกความคิด และความปรารถนาต่าง ๆ เกิด

จากการรับรู้ และความสำนึกเป็นสภาวะที่บุคคลได้รับรู้มาก่อนเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นจึงเกิดความตระหนักขึ้น การที่บุคคลฉุกคิดหรือรู้ได้ว่ามีสิ่งหนึ่งเหตุการณ์หนึ่งโดยอาจนำไปสู่การปฏิบัติได้[4] มีความสอดคล้อง กับณฐพงศ์ คงใหม่ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในตำบลชะมวง อำเภอควนขนุนจังหวัดพัทลุง ผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่ม เด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ผู้ปกครอง มีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นจึงชี้ให้เห็นว่าหากตัวบุคคลมีทัศนคติที่ดีอยู่แล้ว ก็ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากได้[7]

3. การเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรม และการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาด ช่องปาก และการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ ทางทันตสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ และการสนับสนุนจากบุคคลภายนอก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย พบว่าผู้ปกครองเด็กปฐมวัยตอบข้อคำถามในการเข้าถึงสถานบริการด้านทันตกรรมและการเข้าถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก สถานบริการ ทันตกรรมมีความเพียงพอกับประชาชนที่ไปใช้บริการ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ 3.18 เพราะในบางพื้นที่ รพ.สต. ไม่ได้มีให้บริการทางด้านทันตกรรม ไม่สอดคล้องกับวิชุตา คมขำ และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง พบว่า ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุน ทางสังคมในการดูแลทันตสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อน วัยเรียนมากที่สุด รองลงมาคือ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้า ถึงแหล่งขายอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน และปัจจัยนำตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[8] และไม่สอดคล้องกับณฐพงศ์ คงใหม่ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในตำบลชะมวง อำเภอควนขนุนจังหวัดพัทลุง ในด้านปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย ในทางตรงกันข้าม หากผู้ปกครองมีความรู้ และทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากก็สามารถส่งผลให้พฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีได้โรค ฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรค ฟันผุเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05[7] และณัฐวุฒิ หมันการ[9] ได้ศึกษาผลโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านสื่อ ออนไลน์ เพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติ ด้านการจัดฟัน โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เรื่องการจัดฟันของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง พบว่าภายหลัง จากให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และแรง สนับสนุนทางสังคม คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านสื่อ ออนไลน์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมายอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีการดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องทันตสุขศึกษา เกี่ยวกับ การแปรงฟัน การเลือกบริโภคอาหาร การตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองการไปพบทันตบุคลากร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อปฏิบัติตัวถูกต้องและเหมาะสมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพ ช่องปากเด็กปฐมวัย เป็นต้น

2. เป็นข้อมูลให้ทันตบุคลากรในพื้นที่อำเภอกันตัง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดทำประสิทธิผลของโปรแกรมเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย

2. สำรวจและศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพปากในกลุ่มวัยที่แตกต่างกัน

3. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจสภาวะฟันผุเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลสภาวะฟันผุว่า มีสอดคล้องกับพฤติกรรมหรือไม่ เนื่องจาก การดำเนินการวิจัยนี้อยู่ในช่วงสถานการณ์โรคระบาดของ CO-VID19 จึงมีข้อจำกัดในด้านการเข้าไปตรวจสภาวะฟันผุ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยทางด้านทันตสาธารณสุขนี้ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีโดยได้รับการดูแลให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ด้วยดี จากผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆ ท่าน ผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร ประธานกรรมการควบคุมโครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก อาจารย์ทันตแพทย์หญิงพชร ข่ายม่านกรรมการควบคุมโครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และอาจารย์สิริมา วังพยอม กรรมการสอบ การศึกษาวิจัยทางด้านทันตสาธารณสุข ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการสอบ การศึกษาวิจัยทางด้านทันตสาธารณสุข และการสอบรายงานการศึกษาวิจัยทางด้านทันตสาธารณสุขทำให้วิจัยฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และแก้ไขข้อบกพร่องของรายงานวิจัยฉบับนี้มาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณความร่วมมือจากผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ทั้ง 7 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลควนธานี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หนองเหม้า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดโคกยาง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมัสยิดบางเป้า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลวังวน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองกันตัง ศูนย์ 1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองกันตัง ศูนย์ 2 หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และคุณครูผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้รู้ นักวิชาการ ผู้วิจัย ผู้เขียนตำราต่าง ๆ ที่ผู้ศึกษาได้หยิบยกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเฉพาะทางด้านสาธารณสุขในครั้งนี้ มาอ้างอิง สนับสนุนการศึกษาเพื่อให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณ สุขสิรินธร จังหวัดตรัง ทุกท่านผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่าน

ขอขอบพระคุณ ครอบครัวและเพื่อน ๆ คอยให้การดูแลช่วยเหลือทำให้การศึกษา ครั้งนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีและอำนวย ความสะดวกเป็นอย่างดีในทุกกระบวนการเก็บ รวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2560). รายงานผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

2.สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2561). รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2561.

3.ศิริพงศ์ พฤทธิพันธุ์.(2553). ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับธุรกิจ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ฮาซันพริ้นติ้ง; 2553.

4.ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์.(2556). การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของคนประจำเรือไทย. วารสารวิทยาการจัดการ. 2556;8(2):84-107.

5.สุนิภา ชินวุฒิ.(2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. รายงานผลการวิจัย. ชลบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี; 2558.

6.ปริญญา จิตอร่าม, กุลนาถ มากบุญ.(2567). พฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3–5 ปี. รายงานผลการวิจัย. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี; 2557.

7. ณัฐพงศ์ คงใหม่.(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองตำบลชะมวง อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. รายงานผลการวิจัย. ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา; 2562.

8.วิชุตา คมขำ, คณะผู้วิจัย.(2554). พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในเขตอำเภอสวี จังหวัดชุมพร. รายงานผลการวิจัย. เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี; 2554.

9.ณัฐวุฒิ หมันการ.(2563). ผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านสื่อออนไลน์เพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติด้านการจัดฟันโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2563.

ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง: ความจำเป็นหรือตั้งใจ
Elderly people living alone: Necessity or intention?

(Received: September 21, 2026; Revised: September 23, 2026 ; Accepted: September 25, 2026)

วรุณศิริ ปราณีธรรม[1] ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์[2]
Warunsiri Praneetham[1] Prasert Sitthijirapat[2]

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุไทยในสองมิติ ได้แก่ มิติของความจำเป็น ซึ่งเป็นผลจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ การย้ายถิ่นของบุตรหลาน และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว กับมิติของความตั้งใจ เป็นความปรารถนาในการดำรงชีวิตอย่างอิสระ และไม่ต้องการเป็นภาระของผู้อื่น รวมทั้งวิเคราะห์ผลกระทบของการอยู่ลำพังต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ตลอดจนทบทวนนโยบายและระบบบริการดูแลผู้สูงอายุของไทยในปัจจุบัน และเสนอแนวทางเชิงปฏิบัติสำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในการประเมินและดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิมอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าการอยู่ลำพังเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งกลับมีความพึงพอใจในการอยู่ลำพังเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจึงควรมุ่งเน้นการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้าถึงง่าย ควบคู่กับการเสริมพลังให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้อย่างปลอดภัยและมีศักดิ์ศรี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง, การดำเนินชีวิตอิสระ, สังคมสูงวัยระดับสุดยอด, การพยาบาลผู้สูงอายุ

Abstract

This academic article was survey research aimed to review and synthesize existing knowledge on the causes of older adults living alone in Thailand from two perspectives: necessity and choice. The necessity dimension encompasses economic constraints, the migration of adult children, and changes in family structure, whereas the choice dimension reflects older adults' desire for independent living and their intention to avoid becoming a burden on others. The article further examines the impact of living alone on the physical health, mental health, and economic well-being of older adults. It also reviews Thailand's current policies and long-term care service system for older adults and proposes practical recommendations for nurses and healthcare professionals to conduct comprehensive assessments and provide holistic care for older adults living alone. These recommendations aim to promote aging in place safely while enhancing their quality of life.

The literature review indicates that living alone is associated with an increased risk of depression, loneliness, and premature mortality. Nevertheless, many older adults report satisfaction with living alone when they receive adequate social support. Therefore, policy recommendations should focus on strengthening social support networks and developing accessible primary healthcare services, while simultaneously empowering older adults to live independently in a safe, dignified, and sustainable manner.

Keywords: Older adults living alone, Independent living, Super-aged society, Gerontological nursing

---

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.81 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 21.01 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเกินเกณฑ์ร้อยละ 20 อันเป็นระดับที่บ่งชี้การเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-Aged Society) นั่นหมายความว่าประเทศไทยได้ก้าวข้ามจากสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์เข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดแล้วในช่วงเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา ปรากฏการณ์ดังกล่าวมิได้ส่งผลกระทบเพียงมิติด้านประชากรศาสตร์เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบเชิงลึกต่อโครงสร้างทางสังคม รูปแบบครอบครัว และรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน[1]

กระแสโลกาภิวัตน์ การพัฒนาเศรษฐกิจ และอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้โครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนจาก “ครอบครัวขยาย” (Extended Family) ที่มีสมาชิกหลายรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกัน ไปสู่ “ครอบครัวเดี่ยว” (Nuclear Family) ที่มีขนาดเล็กลงอย่างชัดเจน ประชากรวัยแรงงานนิยมย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่และเขตอุตสาหกรรมเพื่อแสวงหาโอกาสทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้บิดามารดาหรือผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทิ้งไว้ตามลำพังในภูมิลำเนาเดิม ขณะเดียวกันการขยายความครอบคลุมของนโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (Old-Age Allowance) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ก็มีส่วนเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งสามารถแยกตัวออกมาใช้ชีวิตอย่างเป็นอิสระได้มากขึ้นกว่าในอดีต[2]

จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยล่าสุด พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวในครัวเรือนเพิ่มขึ้นจากเพียงร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2567 หรือเพิ่มขึ้นเกือบสี่เท่าในรอบสามทศวรรษ ขณะที่อัตราส่วนเกื้อหนุนซึ่งสะท้อนจำนวนประชากรวัยทำงานที่สามารถให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุได้ 1 คน ลดลงจาก 9.3 คนในปี พ.ศ. 2537 เหลือเพียง 3.2 คนในปี พ.ศ. 2567 แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบพึ่งพาครอบครัวตามจารีตเดิมของสังคมไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายอย่างมาก และมีแนวโน้มที่ภาระการดูแลจะเคลื่อนย้ายไปสู่ระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนและระดับปฐมภูมิมากขึ้น[1]

อย่างไรก็ตาม การอยู่ลำพังของผู้สูงอายุมิได้เกิดจากสาเหตุเดียวเสมอไป งานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในบริบทไทยและต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็นสองมิติสำคัญ คือ มิติของ “ความจำเป็น” (living alone by circumstance) ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ การย้ายถิ่นของบุตรหลาน การสูญเสียคู่สมรส หรือการไม่มีทายาท และมิติของ “ความตั้งใจ” (living alone by choice) ซึ่งสะท้อนความปรารถนาที่จะดำรงชีวิตอย่างอิสระ ไม่ต้องการเป็นภาระแก่บุตรหลาน และให้คุณค่ากับความเป็นส่วนตัว การทำความเข้าใจทั้งสองมิตินี้อย่างลึกซึ้งจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของแต่ละบุคคล มิใช่การตั้งสมมติฐานว่าการอยู่ลำพังเป็นภาวะปัญหาเสมอไป[3]

บทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในบริบทสังคมไทย โดยมุ่งเน้นข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม (Aging in Place) และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการ

ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในบริบทสังคมไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในบริบทสังคมไทย โดยมุ่งเน้นข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน วางแผน และให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม (Aging in Place) และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

โครงสร้างประชากรสูงอายุไทยและแนวโน้มการอยู่ลำพัง

การเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Demographic Transition) ซึ่งเกิดจากการลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตายอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีสาธารณสุข ทำให้มนุษย์มีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นทั่วโลก (United Nations, 2020) สำหรับประเทศไทย สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างโดยร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี 2503 เท่ากับ ร้อยละ 5.4 ปี 2543 ร้อยละ 9.4 ปี 2553 ร้อยละ 11.8 ปี 2556 ร้อยละ 13.81 และปี 2567 ร้อยละ 21.01[1,4,5]

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุดังกล่าวเกิดขึ้นควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครัวเรือน แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น (บุตรหลาน/ญาติ) ปี 2550 ร้อยละ 76.0 และ ปี 2567 ร้อยละ 64.5 อยู่ลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น ปี 2550 ร้อยละ 16.3 และ ปี 2567 ร้อยละ 22.6 อยู่คนเดียว ปี 2550 ร้อยละ 7.7 และ ปี 2567 ร้อยละ 12.9[1]

สาเหตุของการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ: ความจำเป็นและความตั้งใจ

ความจำเป็น ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและการย้ายถิ่นของบุตรหลาน

การเปลี่ยนผ่านจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรมและบริการทำให้เกิดการย้ายถิ่นฐานของประชากรวัยแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่และเขตอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทิ้งไว้ให้อยู่โดยลำพังในภูมิลำเนาเดิม หรือจำเป็นต้องแยกตัวมาใช้ชีวิตตามลำพังเนื่องจากข้อจำกัดด้านพื้นที่และค่าครองชีพในเมืองใหญ่ที่บุตรหลานไม่สามารถพาผู้สูงอายุไปอาศัยอยู่ด้วยได้[2] การศึกษาเชิงคุณภาพในจังหวัดนครปฐมพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจำนวนไม่น้อยประสบปัญหาด้านรายได้ไม่เพียงพอ ที่อยู่อาศัยทรุดโทรม และขาดผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ซึ่งล้วนเป็นผลสืบเนื่องจากการที่บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกพื้นที่ [6]

นอกจากนี้ การลดลงของอัตราการเจริญพันธุ์และการเพิ่มขึ้นของประชากรที่ไม่แต่งงานหรือไม่มีบุตร ก็เป็นอีกปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ทำให้

ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่มีทายาทที่จะดูแลในยามชรา ขณะที่ผู้สูงอายุบางส่วนต้องอยู่ลำพังภายหลังการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งเป็นเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการอยู่ลำพังในมิติความจำเป็นเกิดจากแรงกดดันเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่อยู่เหนือการควบคุมของผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความเปราะบางสูง และมักขาดหลักประกันความมั่นคงทั้งด้านรายได้และการดูแลสุขภาพ[2]

ความตั้งใจ แนวคิดการดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living)

ในทางตรงข้าม ผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งเลือกที่จะอาศัยอยู่ตามลำพังด้วยความสมัครใจ โดยให้เหตุผลว่าต้องการรักษาความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ไม่ต้องการพึ่งพาหรือเป็นภาระแก่บุตรหลาน และต้องการคงไว้ซึ่งความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีของตนเอง การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งรู้สึกพึงพอใจและภาคภูมิใจในการดูแลจัดการชีวิตของตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงและมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง[3] เช่นเดียวกับการศึกษาภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชนที่พบว่า ผู้สูงอายุบางรายมองว่าการอยู่คนเดียวเป็นทางเลือกที่ช่วยให้สามารถจัดสรรเวลาและกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง[7]

แนวคิดการดำรงชีวิตอิสระ (Independent Living) จึงมิได้หมายถึงการปฏิเสธความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยสิ้นเชิง หากแต่หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการตัดสินใจและจัดการชีวิตของตนเองภายในขอบเขตความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่มีอยู่ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ยังอยู่ในกลุ่มวัยต้น (60–69 ปี) หรือวัยกลาง (70–79 ปี) และมีสุขภาพดี มักสามารถพึ่งพาตนเองในการอยู่ลำพังได้ดีกว่าผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มอื่นถึง 5–10 เท่า (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ดังนั้น ความสมัครใจในการอยู่ลำพังจึงต้องได้รับการประเมินควบคู่ไปกับศักยภาพทางร่างกายและระบบสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่จริง มิใช่พิจารณาเพียงความต้องการเชิงจิตใจเท่านั้น

ผลกระทบของการอยู่ลำพังต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่ออายุมากขึ้น อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเกิดความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังซึ่งขาดผู้ดูแลใกล้ชิดจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ได้รับการช่วยเหลือทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุภายในบ้าน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานล่าสุดพบว่า การอยู่ลำพังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 21 เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น[8] ขณะที่การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชนไทยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีแนวโน้มปล่อยปละละเลยการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว[7]

ผลกระทบด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยวเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น กิจกรรมกลุ่ม โปรแกรมชุมชน และแพลตฟอร์มดิจิทัล สามารถช่วยลดความโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] เช่นเดียวกับการวิเคราะห์อภิมานที่พบว่าความโดดเดี่ยวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 14 และภาวะโดดเดี่ยวทางสังคมเพิ่มความเสี่ยงถึงร้อยละ 35[8] สำหรับบริบทไทย การศึกษาความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมยิ่งซ้ำเติมความรู้สึกโดดเดี่ยวของ

ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง และทำให้ขาดโอกาสในการพบปะพูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดตามปกติ[10] สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของไทยที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมักมีความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ วิตกกังวล และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า โดยเฉพาะในรายที่ขาดระบบสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ[3]

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังส่วนหนึ่งประสบปัญหารายได้ไม่เพียงพอภายหลังการเกษียณอายุ แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 แต่การศึกษาพบว่าจำนวนเงินที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานให้การสนับสนุนทางการเงินเพิ่มเติม[2] ขณะที่อัตราส่วนเกื้อหนุนของประชากรไทยลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 9.3 คนในปี พ.ศ. 2537 เหลือ 3.2 คนในปี พ.ศ. 2567 สะท้อนว่าภาระการเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจของประชากรวัยทำงานต่อผู้สูงอายุแต่ละคนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[11] ผลกระทบทั้งสามด้านนี้มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นพลวัต กล่าวคือปัญหาด้านเศรษฐกิจอาจนำไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปยังภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ทรุดโทรมลงตามลำดับ

นโยบายและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังของไทย

ประเทศไทยได้พัฒนานโยบายและระบบบริการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยมาอย่างต่อเนื่อง หนึ่งในแนวคิดสำคัญที่ได้รับการผลักดันในระยะหลังคือแนวคิด “การสูงวัยในที่อยู่อาศัยเดิม” (Aging in Place) ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในบ้านและชุมชนที่คุ้นเคยได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แทนการย้ายไปอยู่ในสถานสงเคราะห์หรือสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย การสร้างเครือข่ายทางสังคมในชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างสะดวก[12]

ในด้านระบบบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care) ซึ่งครอบคลุมการจัดบริการดูแลที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม การศึกษาการรับบริการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่าการเข้าถึงบริการยังมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ และผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลหลักในครัวเรือนมักเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ยากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว เนื่องจากขาดผู้ประสานงานในการติดต่อขอรับบริการ[13]

นอกจากนี้ แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) ของประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่ การเสริมสร้างสังคมแห่งการให้และช่วยเหลือกันและกัน การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งตนเองและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ และการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการวางแผนดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่[4] ยุทธศาสตร์เหล่านี้สะท้อนถึงทิศทางเชิงนโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนมากกว่าสถาบัน ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ต้องการดำรงชีวิตอยู่ในถิ่นที่อยู่อาศัยเดิม แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังอย่างทั่วถึงยังคงเป็นความท้าทายที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

ข้อเสนอแนะ

1. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

พยาบาลชุมชนและพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปมีบทบาทสำคัญในฐานะด่านหน้าของระบบสุขภาพที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังได้อย่างใกล้ชิดที่สุด บทบาทดังกล่าวควรครอบคลุมการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1) การประเมินแบบองค์รวม (Holistic Assessment) พยาบาลควรประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังอย่างครอบคลุม โดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยวที่ผ่านการรับรองความน่าเชื่อถือ ร่วมกับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการประเมินความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อจำแนกว่าผู้สูงอายุแต่ละรายอยู่ลำพังด้วยความจำเป็นหรือความตั้งใจ อันจะนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะบุคคล

2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการแทรกแซงที่มุ่งเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน โปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเชื่อมโยงผู้สูงอายุกับครอบครัวและเพื่อนฝูง สามารถลดความโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้ประสิทธิผลจะขึ้นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรมและการเข้าถึงทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ พยาบาลจึงควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงผู้สูงอายุเข้ากับชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายอาสาสมัครในชุมชน

3) การวางแผนความปลอดภัยและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน พยาบาลควรร่วมกับครอบครัวและ อสม. ในการจัดวางระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน การเยี่ยมบ้านตามความถี่ที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง และการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง เพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการขาดผู้ดูแลใกล้ชิด

4) การเสริมพลังและการดูแลที่เคารพในสิทธิการตัดสินใจของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่เลือกอยู่ลำพังด้วยความตั้งใจและยังมีศักยภาพในการดูแลตนเอง พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการตัดสินหรือชี้นำให้เปลี่ยนรูปแบบการอยู่อาศัย หากแต่ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอิสระได้อย่างปลอดภัยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยให้ข้อมูลและทางเลือกที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุที่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2. การอยู่ลำพังของผู้สูงอายุไทยเป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อน เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างมิติของความจำเป็นอันเป็นผลจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว กับมิติของความตั้งใจที่สะท้อนคุณค่าการดำรงชีวิตอิสระของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล แม้การอยู่ลำพังจะเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ แต่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ลำพังได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมและระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรมุ่งเน้นการขยายความครอบคลุมของระบบการดูแลระยะยาวให้เข้าถึงผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลหลักในครัวเรือนอย่างทั่วถึงมากขึ้น การพัฒนาระบบฐานข้อมูลระดับพื้นที่เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยงเชิงรุก และการสนับสนุนงบประมาณสำหรับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สำหรับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติทางการพยาบาล บุคลากรสุขภาพควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินภาวะโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในบริบทไทยเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังทั้งสองมิติ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุไทยให้สอดรับกับบริบทสังคมสูงวัยระดับสุดยอดอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2. Teerawichitchainan, B., & Pothisiri, W. (2021). Expansion of Thailand's social pension policy and its implications for family support for older persons. International Journal of Social Welfare, 30(3), 428–441. https://doi.org/10.1111/ijsw.12481
3. กันนิษฐา มาเห็ม, ปิยนุช ภิญโย, รัชนี พจนา, ภาสินี โทอินทร์, และพัฒนี ศรีโอษฐ์. (2563). ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย: การวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาอภิมาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(2), 138–147.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
5. สำนักงานสถิติจังหวัดระนอง. (2568). บทวิเคราะห์ประเด็นผู้สูงอายุ 2568. ระนอง: สำนักงานสถิติจังหวัดระนอง.
6. กมลภู ถนอมสัตย์. (2564). การดำเนินชีวิต ปัญหาอุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลตำรวจ, 13(1), 1–12.
7. ศิริวรรณ จิตตปราณีรัชต์, สายพิณ หัตถีรัตน์, จิตติมา บุญเกิด, และเรือนขวัญ กัณหสิงห์. (2566). ภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 16(1), 114–127.
8. Nakou, A., Dragioti, E., Zagorianakou, N., Tatsis, F., Mantzoukas, S., & Gouva, M. (2025). Echoes of solitude: Systematic review and meta-analysis revealing mortality risks in older adults due to loneliness, social isolation, and living alone. European Psychiatry, 68(Suppl 1). https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.1746
9. Ebulum, G., & Ezeihuoma, O. (2025). Social engagement, loneliness, and depression among older adults living alone: A systematic review. Innovation in Aging, 9(Suppl 1).https://doi.org/10.1093/geroni/igaf122.3078
10. พัชราภรณ์ โภโค, ศากุล ช่างไม้, และสุปราณี แตงวงษ์. (2568). ความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาล.
11. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2569). เกษียณในโลกใบใหม่: เมื่อความแก่ตัวมาพร้อมความโดดเดี่ยวและต้นทุนที่สูงขึ้น. สืบค้นจาก https://tdri.or.th
12. วัชรา ริ้วไพบูลย์. (2564). Ageing in Place: สรุปสถานการณ์ปัญหาและความท้าทาย. เอกสารประกอบการประชุมออนไลน์เวทีกลยุทธ์การสูงวัยในที่เดิม.
13. วารสารวิชาการสาธารณสุข. (2566). การรับบริการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(ฉบับเพิ่มเติม 2).

การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ยา Tranexamic acid ทางหลอดเลือดดำเพื่อลดการสูญเสียโลหิตและให้เลือดหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

Study of the outcomes of using intravenous Tranexamic acid to reduce blood loss and blood transfusion after Total Knee Arthroplasty at Langsuan Hospital, Chumphon.

(Received: August 13, 2026; Revised: August 18, 2026 ; Accepted: August 20, 2026)

สิทธิโชค พรหมเกาะ[1]
Sittichoke Promkoh[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Randomized Control Trial) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการลดการเสียเลือดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับยา TXA ผ่านทางเส้นเลือดดำก่อนการผ่าตัดเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับยา TXA ณ โรงพยาบาลหลังสวน จำนวน 45 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 ราย คือ กลุ่มที่ 1 ไม่ได้รับยา TXA กลุ่มที่ 2 ได้รับยา TXA (1,000 มก.) จำนวน 2 ครั้ง และกลุ่มที่ 3 ได้รับยา TXA จำนวน 4 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Kruskal-Wallis H Test และเปรียบเทียบรายคู่ด้วย Dunn-Bonferroni โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา พบว่าปริมาณการเสียเลือดรวมทั้งหมดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) โดยกลุ่มที่ได้รับยา TXA ทั้งสองรูปแบบมีปริมาณการเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา TXA อย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด กลุ่มที่ได้รับยา 2 ครั้ง มีปริมาณการเสียเลือดน้อยที่สุดและแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) ในขณะที่ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับยา 4 ครั้งมีการเสียเลือดน้อยที่สุดแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับยา TXA (p-value = 0.002) ทั้งนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเรื่องลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (DVT) ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) หรือ โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจอุดตัน (Stroke/MI) ในทุกกลุ่มการศึกษา

คำสำคัญ: การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ยา Tranexamic acid การสูญเสียเลือด

Abstract

This Quasi Experiment by Randomized Control Trial study aimed to investigate the effectiveness of TXA therapy in reducing blood loss during total knee replacement surgery between patients receiving intravenous TXA before surgery and those not receiving TXA. This randomized controlled trial (RCT) was conducted at Langsuan Hospital from November 2024 to February 2025. Forty-five patients with osteoarthritis undergoing TKA were randomly assigned into three groups of 15 participants each: Group 1 (control group) received no TXA; Group 2 received two doses of 1,000 mg TXA; and Group 3 received four doses of TXA. Data were analyzed using the Kruskal-Wallis H Test, followed by Dunn-Bonferroni pairwise comparisons, with a significance level set at 0.05.

The results of the study demonstrated that total blood loss differed significantly among the groups (p-value = 0.003), with both intravenous tranexamic acid (TXA) groups experiencing markedly lower blood loss than the non-TXA group. Pairwise comparisons revealed that during the first 24 hours postoperatively, the 2-dose TXA group achieved the lowest total blood loss, showing a statistically significant difference compared to the other groups (p-value < 0.001). Regarding intraoperative blood loss, the 4-dose TXA group exhibited the lowest volume lost, which was significantly less than that of the non-TXA group (p-value =

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหลังสวน

0.002). Importantly, no complications related to deep vein thrombosis (DVT), pulmonary embolism (PE), or cardiovascular and cerebrovascular events (stroke/MI) were observed in any study group
Keywords: Total knee arthroplasty, Tranexamic acid, Blood loss.

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม หรือ osteoarthritis of knee คือ โรคที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของข้อเข่าของกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ในข้อชนิดที่มีเยื่อบุ โดยพบการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้าๆ อย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเปลี่ยนแปลง และพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำไขข้อทำให้คุณสมบัติการหล่อลื่นลดลง โรคนี้ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวลดลง อาจจะมีผลทำให้ข้อผิดรูปและพิการในที่สุด[1] การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม มีเป้าหมายในการแก้ไข คงสภาพหรือฟื้นฟูสภาพการทำงานของข้อให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ช่วยรักษาและบรรเทาอาการปวด ชะลอการดำเนินโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันเกิดจากตัวโรคและการรักษาทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีทั้งการรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น การให้ความรู้ การลดน้ำหนัก กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การรักษาโดยการใช้ยารักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น Acetaminophen, Oral NSAID, Opioid, Intra-articular steroids, Intra-articular hyaluronic acid หรือ Glucosamine เป็นต้น และการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยการผ่าตัด ได้แก่ Joint replacement, Osteotomy, Lavage หรือ Arthroscopic debridement เป็นต้น โดยการรักษาที่เหมาะสมคือ การผสมผสานการรักษาโดยวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา โดยพิจารณาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อในรายที่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อที่เห็นจากภาพรังสีระดับ 3-4 ซึ่งมีอาการเจ็บปวดไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเกิดภาวะทุพพลภาพ[2]

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม Total knee arthroplasty (TKA) เป็นการผ่าตัดขนาดใหญ่ ที่อาจจะทำให้มีการสูญเสียเลือดค่อนข้างมากทั้งขณะผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด จนทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานและได้รับการกายภาพช้ากว่าที่ควร[3] และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีภาวะซีดหรือความเข้มข้นของเลือดน้อยอยู่ก่อนหน้าที่จะผ่าตัดจะเพิ่มอัตราของการต้องได้รับเลือดทดแทน (blood transfusion) การติดเชื้อหลังการผ่าตัด การทำงานและการฟื้นตัวของร่างกายแย่ลง และระยะเวลาที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น[4] การช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมาก จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น ปัจจุบันมีหลายวิธีในการ ลดการถ่ายได้รับเลือดจากผู้อื่น เช่น การถ่ายเลือดและได้รับเลือดของตัวเองก่อนการผ่าตัด หรือการดมยาสลบความดันโลหิตต่ำ[5] การใช้ยาต้านการละลายลิ่มเลือดกลุ่ม antifibrinolytics เช่น Tranexamic acid (TXA) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีความปลอดภัย ในการลดการสูญเสียเลือดและการถ่ายเลือดในการผ่าตัดกระดูกและข้อ[6,7] โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึก การเกิดลิ่มเลือด (DVT), เส้นเลือดอุดตันที่ปอดและการติดเชื้อ[8,9,10]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการใช้ Tranexamic acid (TXA) ในการลดการการสูญเสียเลือดปริมาณมากและลดอัตราการได้รับเลือดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม Total knee arthroplasty (TKA) ในโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการลดการเสียเลือดขณะการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับยา TXA ผ่าน

ทางเส้นเลือดดำก่อนการผ่าตัดเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับยา TXA

สมมติฐาน

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKA) ที่ได้รับยา Tranexamic acid (TXA) ทางหลอดเลือดดำก่อนการผ่าตัด ในโรงพยาบาลหลังสวน มีการสูญเสียเลือด (Blood Loss) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา TXA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi Experiment by Randomized Control Trial) ของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่โรงพยาบาล ศึกษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วย ของโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้ที่แพทย์พิจารณาว่าต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรกในโรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 45 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรที่ใช้สำหรับการศึกษา Randomized Control Trial (Parallel) แบบ Non-inferiority Trial โดยการศึกษานี้กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) 80 % / Type 1 error = 0.05 ระดับนัยสำคัญ (level of significance) ที่ 0.05[11,12] แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 3 กลุ่มมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับค่าเฉลี่ยแบบทดสอบทางเดียว โดยใช้สูตร[13]

$$n \quad \frac{2\sigma \quad Z\alpha + Z\beta}{\mu 1 - \mu 2}$$

โดย n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง , Z^{α} คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานที่สอดคล้องกับ α (type 1 error) ที่ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 สำหรับการทดสอบมีค่า= 1.65, Z^{β} คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่สอดคล้องกับ β (type 2error) ที่กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80 % มีค่า= 0.84, σ^2 คือ ความแปรปรวนประชากรกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษามักถูกประมาณค่าความแปรปรวน S^2 โดยอ้างอิงค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของ Blood loss ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจาก การศึกษาเรื่อง Tranexamic acid reduces blood loss and need of blood transfusion in total knee arthroplasty: A prospective, randomized, double-blind study in Indian population[6] ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยา Tranexamic acid ทางหลอดเลือดดำ (n= 14 ราย) ค่าเฉลี่ยของ Blood loss 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดเท่ากับ 176 ± 116 ml และ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับ Tranexamic acid ทางหลอดเลือดดำ (n = 14 ราย) ค่าเฉลี่ยของ Blood loss 24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดเท่ากับ 352 ± 159 ml ค่า standard deviation เท่ากับ 186 ml แทนค่าใน สูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง 12.27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหาของข้อมูล ผู้วิจัยกำหนด dropout rate เท่ากับ 15% จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน ทั้งหมดจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน

เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัย ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิซึ่งได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรก อายุไม่เกิน 85 ปี ไม่มีประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือมีความเสี่ยงต่อการมีภาวการณ์แข็งตัวของเลือดผิดปกติ และไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา TXA

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มีข้อห้ามในการผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติหรือความเสี่ยงสูงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (DVT), ลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) หรือโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจอุดตัน (Stroke/MI) มีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง: ผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของไตผิดปกติรุนแรง (เช่น ค่า Serum Creatinine > 1.5 mg/dL หรือ eGFR < 30 mL/min) ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด

หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (เช่น Aspirin, Warfarin) และไม่สามารถหยุดยาได้ตามเกณฑ์มาตรฐานก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา Tranexamic acid อย่างรุนแรง หรือมีภาวะซีดรุนแรงก่อนผ่าตัด (Hb < 10 g/dL) ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจให้เลือดทดแทนโดยไม่สัมพันธ์กับปริมาณการเสียเลือดจริงจากการผ่าตัด โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม โดยวิธี double blind techniques (กลุ่มตัวอย่างและแพทย์ผู้รักษา) ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัด (Torniquet bandage) อย่างเดียว จำนวน 15 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัด และ ได้รับยา TXA ผ่านทางเส้นเลือดดำ 2 ครั้ง ก่อนการลงมีดผ่าตัด 30 นาที และหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง จำนวน 15 คน และ กลุ่มที่ 3 ได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัด และ ได้รับยา TXA ผ่านทางเส้นเลือดดำ 4 ครั้ง ก่อนการลงมีดผ่าตัด 30 นาที และหลังผ่าตัดทุก 8 ชั่วโมงอีก 3 ครั้ง จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยทำขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว (2) ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนการผ่าตัด ได้แก่ ระดับ hemoglobin (g/dl) และระดับ hematocrit (%) (3) ข้อมูลขณะผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที) เวลาใช้สายรัดห้ามเลือด (นาที) ปริมาณการเสียเลือด (มล.) ในขณะผ่าตัด ปริมาณเลือดที่ได้รับขณะผ่าตัด (ถ้าได้รับ) และ (4) ข้อมูลภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด (มล.) ปริมาณการเสียเลือดรวม (มล.) ในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ระดับ hemoglobin (g/dl) และระดับ hematocrit (%) หลังผ่าตัดก่อนที่จะได้รับเลือด (ถ้าได้รับ) จำนวน PRC ที่ได้รับ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (วัน) ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับยา TXA ได้แก่ deep vein thrombosis (DVT) และการแพ้ยา TXA

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่า IOC ทั้ง 4 ส่วน เท่ากับ 1.00 และปรับปรุงแบบเก็บข้อมูลตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ให้ครอบคลุมตัวแปรตามวัตถุประสงค์ ในส่วนของเครื่องมือทางคลินิกได้ใช้เครื่องวิเคราะห์ความเข้มข้นเลือดและเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน (Calibration) ของโรงพยาบาลหลังสวนอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งมีการปฐมนิเทศผู้ร่วมวิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจในการตวงและบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันตลอดการศึกษา เพื่อให้ข้อมูลที่จัดเก็บมีความถูกต้องแม่นยำ และมีความเชื่อมั่นสูงในระดับสากล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือบันทึกข้อความขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน เพื่อขอเข้าถึงข้อมูลในโปรแกรม Hos-xp และข้อมูลในการผ่าตัดของผู้ป่วย โดยได้อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทราบ รวมถึงขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน One-Way ANOVA และ Kruskal-Wallis Test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการอนุมัติการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ (เลขที่อนุมัติ 091/2567)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 45 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84) มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 42.22) อายุเฉลี่ย 65.84 ปี (S.D. = 8.51) มีดัชนีมวลกายจัดอยู่ในโรคอ้วนระดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 37.74) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 29.69 kg/m^2 (S.D. = 4.13) มีโรคประจำตัว ร้อย 91.11 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80.00) และรองลงมา คือ ภาวะไขมันในโลหิตสูง (ร้อยละ 60.00)

ผลการศึกษา จากการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัด (Torniquet) อย่างเดียว จำนวน 15 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัด และ ได้รับยา TXA ผ่านทางเส้นเลือดดำ 2 ครั้ง ก่อนการลงมีดผ่าตัด 30 นาที และหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง จำนวน 15 คน และ กลุ่มที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัด และ ได้รับยา TXA ผ่านทางเส้นเลือดดำ 4 ครั้ง ก่อนการลงมีดผ่าตัด 30 นาที และหลังผ่าตัดทุก 8 ชั่วโมงอีก 3 ครั้ง จากผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Kruskal-Wallis พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 3 กลุ่ม ไม่พบความแตกต่างกันของ ปัจจัยด้าน ค่าเฉลี่ยของอายุ ดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับ hemoglobin ค่าเฉลี่ยระดับ hematocrit และ การมีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value < 0.05 ในขณะผ่าตัดพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการผ่าตัดในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 117.50 นาที (S.D.=13.99) กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 118.13 นาที (S.D.= 16.63) และ กลุ่มที่ 3 เท่ากับ 114.67 นาที (S.D.= 13.61) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันของระยะเวลาในการผ่าตัด ของทั้ง 3 กลุ่ม และค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการรัดห้ามเลือดของทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ ค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัด โดยพบว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัดอย่างเดียวมีค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัดมากที่สุด (Mean=92.00 นาที, S.D.= 125.31) ส่วนกลุ่มที่ 2 และ กลุ่มที่ 3 มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ 2 และ กลุ่มที่ 3 มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดเท่ากับ 40.00 นาที (S.D.= 22.36) และ 27.33 นาที (S.D.= 21.55) ตามลำดับ

หลังการผ่าตัด พบว่า หลังผ่าตัด 24 ชม. และหลังผ่าตัด 48 ชม. มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือด แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่หลังผ่าตัด 72 ชม. โดยหลังผ่าตัด 24 ชม. กลุ่มที่ 1 พบค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดมากที่สุด (406.00 มล., S.D.= 163.65) ส่วนรองลงมาได้แก่ กลุ่มที่ 3 (302.67 มล., S.D.= 70.87) และน้อยที่สุดในกลุ่มที่ 2 (165.67 มล., S.D.= 90.37) ส่วนหลังผ่าตัด 48 ชม. กลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดมากที่สุด (147.33 มล., S.D.= 163.65) ส่วนรองลงมา ได้แก่ กลุ่มที่ 1 (75.33 มล. , S.D.= 59.02) และ น้อยที่สุดในกลุ่มที่ 3 (62.33 มล., S.D.= 55.22) ส่วนค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด 72 ชม. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดรวมทั้งหมด พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของปริมาณการเสียเลือดมากที่สุด (597.33มล., S.D.= 200.33) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มที่ 3 (410.00 มล., S.D.= 108.15) และ น้อยที่สุดในกลุ่มที่ 2 (396.00 มล., S.D.= 134.21) ในกลุ่มที่ 1 มีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องได้รับเลือดหลังผ่าตัด ร้อยละ 40.00 ส่วนในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 มีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องได้รับเลือดหลังผ่าตัดน้อยกว่า ที่ร้อยละ 13.33 และ 6.67 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลนั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของทั้ง 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 มี

ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลนานมากที่สุด (6.33 วัน, S.D.= 2.92), รองลงมาได้แก่ กลุ่มที่ 3 (6.13 วัน, S.D.= 2.62) และน้อยที่สุดที่กลุ่มที่ 2 (5.87 วัน, S.D.= 0.99) และทั้ง 3 กลุ่ม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ Tranexamic acid (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม (n = 45 คน)

ข้อมูล	กลุ่มที่ 1 Torniquet bandage	กลุ่มที่ 2 Torniquet bandage+ TXA 2 times	กลุ่มที่ 3 Torniquet bandage + TXA 4 times	p-value
ข้อมูลก่อนการผ่าตัด				
ค่าเฉลี่ยของอายุ	66.66 ± 6.36	66.53 ± 7.96	64.40 ± 10.37	0.844*
เพศ (ร้อยละของเพศหญิง)	75.00	63.64	100	0.116*
ดัชนีมวลกาย (kg/m2)	26.94 ± 4.27	25.15 ± 3.78	28.09 ± 4.57	0.293*
ค่าเฉลี่ยระดับ hemoglobin (g/dl)	12.23 ± 1.74	12.47 ± 1.40	12.33 ± 0.55	0.379*
ค่าเฉลี่ยระดับ hematocrit (%)	36.94 ± 4.59	37.31 ± 4.40	37.42 ± 2.41	0.523*
การมีโรคประจำตัว (ร้อยละ)	93.33	93.33	86.87	0.765*
ข้อมูลขณะผ่าตัด				
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการผ่าตัด (นาที)	117.50±13.99	118.13±16.63	114.67±13.61	0.388*
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรัดห้ามเลือด (นาที)	117.00±13.99	118.67±16.63	114.67±10.26	0.388*
ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัด(มล)	92.00±125.31	40.00±22.36	27.33±21.55	**0.002****
ข้อมูลภายหลังการผ่าตัด				
ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด 24 ชม.	406.00±163.65	165.67±90.37	302.67±70.87	**<0.001****
ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด 48 ชม.	75.33±59.02	147.33±69.92	62.33±55.22	**0.002****
ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด 72 ชม.	24.00±35.82	43.67±43.11	25.00±42.36	0.157*
ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดรวมทั้งหมด (มล.)	597.33±200.23	396.00±134.21	410.00±108.15	**0.004****
ร้อยละของจำนวนคนที่การได้รับเลือด	40.00	13.33	6.67	0.058*
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (วัน)	6.33±2.92	5.87±0.99	6.13±2.62	0.664*
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (ร้อยละ)	0	0	0	-
ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาTXA (ร้อยละ)	-	0	0	-

*สถิติ Kruskal-Wallis 1-way ANOVA และ Kruskal-Wallis Test

**มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (Post Hoc) ด้วยวิธี Dunn-Bonferroni เพื่อดูความแตกต่างของปริมาณการเสียเลือดในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระหว่างกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 พบว่า ปริมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัดของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.002 ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด 24 ชม พบว่า ปริมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัดของกลุ่มที่ 2 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ 1 และ 3 ที่ p-value < 0.001 และ 0.015 ตามลำดับ ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด 48 ชม. กลุ่มที่ 1 มีความแตกต่าง

จากทั้งกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value = 0.012 และ 0.014 ตามลำดับ และปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัดรวมทั้งหมด พบว่า กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 3 มีปริมาณการเสียเลือดแตกต่างกันมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value = 0.002 (ตาราง 2)

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปริมาณการเสียเลือดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มที่	กลุ่มที่	Test Statistics	Std. Error	*p-value*
ปริมาณการเสียเลือดในขณะผ่าตัด	1	2	7.433	4.622	0.323
		3	16.067		**0.002***
	2	3	8.633		0.185
ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด 24 ชม.	1	2	21.000	4.791	**<0.001***
		3	7.500		0.352
	2	3	-13.500		**0.015***
ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัด 48 ชม.	1	2	13.833	4.793	**0.012***
		3	13.567		**0.014***
	2	3	-0.267		1.000
ปริมาณการเสียเลือดรวมทั้งหมด	1	2	7.433	4.622	0.323
		3	16.067		**0.002***
	2	3	8.633		0.185

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการใช้ยา Tranexamic acid (TXA) ทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKA) โรงพยาบาลหลังสวน ในผู้ป่วย 3 กลุ่ม ซึ่งได้แก่ กลุ่มที่ 1 ได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัดเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 ได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัด และ ได้รับยา Tranexamic acid ผ่านทางเส้นเลือดดำก่อนการลงมีดผ่าตัด 30 นาที และหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง และกลุ่มที่ 3 ได้รับการห้ามเลือดด้วยวิธีใช้สายยางรัด และ ได้รับยา Tranexamic acid ผ่านทางเส้นเลือดดำ 4 ครั้ง ก่อนการลงมีดผ่าตัด 30 นาที และหลังผ่าตัดทุก 8 ชั่วโมงอีก 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนผ่าตัด (Pre-op Hct) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการสุ่มหรือการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน ลดอคติจากปัจจัยกวน (Confounding factors) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ben-Lulu และคณะ[14] ที่ระบุว่าการควบคุมปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงกันเป็นหัวใจสำคัญในการทดสอบประสิทธิภาพของยาต้านการละลายลิ่มเลือด เพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์ที่เกิดความแตกต่างนั้นมาจากตัวยาอย่างแท้จริง

ประสิทธิภาพของ ยา Tranexamic acid (TXA) ในการลดการสูญเสียเลือด (ตารางที่ 2 และ 3) ประเด็นหลักที่พบคือ ปริมาณการเสียเลือดรวมทั้งหมดในกลุ่มที่ได้รับยา TXA (กลุ่มที่ 2 และ 3) มีปริมาณน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับยา 2 โดส และ 4 โดส มีค่าเฉลี่ยการเสียเลือดใกล้เคียงกัน (396.00 และ 410.00 มล.) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา (597.33 มล.) อย่างเห็นได้ชัด ผลนี้ยืนยันถึงประสิทธิภาพของ TXA ในการยับยั้งกระบวนการ Fibrinolysis สอดคล้องกับงานวิจัยของ Alshryda และคณะ[15] และ Myung-Yun และคณะ[16] ที่พบว่า TXA ช่วยลดอัตราการสูญเสียเลือดและลดความจำเป็นในการรับเลือดทดแทนได้อย่าง

มีประสิทธิภาพเมื่อพิจารณารายละเอียดการเสียเลือดในแต่ละช่วงเวลา จากตาราง 3 พบว่าในขณะผ่าตัด กลุ่มที่ 3 มีการเสียเลือดแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.002) ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับยาตั้งแต่ช่วงก่อนลงมีดผ่าตัดและมีการให้ยาต่อเนื่อง ทำให้ระดับยาในเลือดคงที่ตามทฤษฎีของ Siqueira และคณะ[17] อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสนใจคือ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด กลุ่มที่ 2 (ได้รับยา 2 ครั้ง) กลับมีประสิทธิภาพในการลดการเสียเลือดได้ดีที่สุดและแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน (p-value < 0.001) ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยโดย สมบัติ และคณะ[18] ที่ให้ข้อสังเกตว่า ช่วง 24 ชั่วโมงแรกเป็นช่วงวิกฤตของการเสียเลือดแฝง (Hidden blood loss) การให้ยา TXA ในขนาดที่เหมาะสมในช่วงนี้ จะช่วยลดการซึมของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อรอบข้างได้ดีความปลอดภัยและผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆในด้านความปลอดภัย

การศึกษาครั้งนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการผ่าตัดข้อเข่าเทียม เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) หรือการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในทุกกลุ่มทดลอง ซึ่งช่วยยืนยันความปลอดภัยของการใช้ยา TXA ในขนาดทั้งแบบ Double doses และ Multiple doses สอดคล้องกับรายงานของ Jaszczyk และคณะ[19] และ รักสกุลชัย และคณะ[20] ที่ระบุว่า TXA ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันหากใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามใช้ชัดเจน นอกจากนี้ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับยามีแนวโน้มสั้นกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งส่งผลดีต่อการบริหารจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาลหลังสวน และสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับหรือการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดตามแนวทางของ เบญจวรรณ และคณะ[21]

สรุป

การศึกษาวิจัยนี้สรุปได้ว่า การใช้ยา Tranexamic acid (TXA) ทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (TKA) มีประสิทธิภาพในการลดการสูญเสียเลือดรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับยา TXA (2 ครั้ง และ 4 ครั้ง) มีปริมาณการเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา TXA อย่างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตของการเสียเลือดแฝง พบว่าการให้ยา 2 ครั้ง (กลุ่มที่ 2) ให้ผลลัพธ์ในการควบคุมเลือดได้ดีที่สุด (p-value < 0.001) นอกจากนี้ การใช้ยาในทุกขนาดที่เหมาะสม ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเรื่องลิ่มเลือดอุดตัน (DVT) หรือลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) หรือโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจอุดตัน (Stroke/MI) จึงมีความปลอดภัยสูง ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (CPG) ของโรงพยาบาลหลังสวนและโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อช่วยลดความจำเป็นในการรับเลือดทดแทน ประหยัดงบประมาณค่ายาและลดภาระงานของบุคลากรในการบริหารยาโดยยังคงประสิทธิภาพการรักษาที่สูงสุด

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ประสิทธิภาพในการลดการเสียเลือด: การใช้ยา Tranexamic acid (TXA) ทั้งแบบ 2 ครั้ง และ 4 ครั้ง สามารถลดปริมาณการเสียเลือดรวมทั้งหมด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความปลอดภัยและแนวทางปฏิบัติ: การใช้ยา TXA ในทุกขนาดของการศึกษานี้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเรื่อง ลิ่มเลือดอุดตัน (DVT) หรือลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) หรือโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจอุดตัน (Stroke/MI) จึงสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (CPG) ของโรงพยาบาลหลังสวน และโรงพยาบาลอื่นได้ โดยแนะนำให้ใช้ยาแบบ 2 ครั้ง ซึ่งให้ผลคุ้มค่าและลดภาระงานของบุคลากรได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้ยา Tranexamic acid (TXA) ในรูปแบบอื่นเพิ่มเติม เช่น การฉีดเข้าข้อ (Intra-articular)

ร่วมกับการให้ทางหลอดเลือดดำ เพื่อหาเทคนิคที่สามารถลดการเสียเลือดแฝง (Hidden blood loss) ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรเพิ่มการจัดเก็บข้อมูลด้านความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness analysis) และขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีโรคประจำตัวที่ซับซ้อน เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่มอย่างเป็นระบบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยพ.ศ. 2553. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee). พ.ศ. 2553. เข้าถึงได้จาก: https://thairheumatology.org/phocadownload/36/Guideline_003.pdf

2.Cobos R, Latorrec A, Aizpuru F, Guenaga JI, Sarasqueta C, Escobar A, et al.(2019). Variability of indication criteria in knee and hip replacement: an observational study. BMC Musculoskelet Disord. 2010;11:249.

3.Adie S, Harris I, Chuan A, Lewis P, Naylor JM.(2019). Selecting and optimising patients for total knee arthroplasty. Med J Aust. 2019;211(6):285.

4.Spahn DR.(2010). Anemia and patient blood management in hip and knee surgery: a systematic review of the literature. Anesthesiology. 2010;113(2):482–95.

5.Kelin HG, Anstee DJ.(2005). Mollison's blood transfusion in clinical medicine. 11th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2005.

6.Shinde A, Sobti A, Maniar S, Mishra A, Gite R, Shetty V.(2015). Tranexamic acid reduces blood loss and need of blood transfusion in total knee arthroplasty: a prospective, randomized, double-blind study in Indian population. Asian J Transfus Sci. 2015;9(2):168–72.

7.Jansen AJ, Andreica S, Claeys M, D'Haese J, Camu F, Jochmans K.(1999). Use of tranexamic acid for an effective blood conservation strategy after total knee arthroplasty. Br J Anaesth. 1999;83(4):596–601.

8.Pecold J, Al-Jeabory M, Pruc M, Doan S, Navolokin I, Znamerovskyi S, et al.(2022). Effectiveness and safety of tranexamic acid in total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. Disaster Emerg Med J. 2022;7(2):114–23.

9.Oremus K.(2015). Tranexamic acid for the reduction of blood loss in total knee arthroplasty. Ann Transl Med. 2015;3(Suppl 1):S40.

10.ประมุข วนัสบดีกุล.(2560). การใช้ยา Tranexamic acid ทางหลอดเลือดเพื่อลดการสูญเสียโลหิตจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2560;13(1):1–10.

11.Schumi J, Wittes JT.(2011). Through the looking glass: understanding non-inferiority. Trials. 2011;12:106.

12.Mistry JB, Gwam CU, Naziri Q, et al.(2016). Use of tranexamic acid in total knee arthroplasty: a comparison of methods. J Arthroplasty. 2016;31(9):1932–5.

13.Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK.(1990). Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley & Sons; 1990.

14.Ben-Lulu O, Pritsch T, Dekel S.(2021). Blood loss in total knee arthroplasty: a meta-analysis of different protocols. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2021;29(5):1520–32.

15.Alshryda S, Sarda P, Sukeik M, et al.(2019). Tranexamic acid in total knee replacement: a systematic review and meta-analysis. J Bone Joint Surg Br. 2019;93(12):1577–85.

16.Myung-Yun Y, Jong-Keun S, Jinho L, et al.(2019). Factors affecting blood loss and transfusion rates in total knee arthroplasty. J Orthop Surg Res. 2019;14:e0215.

17.Siqueira MB, Ramanathan D, Klika AK, et al.(2018). Multiple comparisons of blood management protocols in orthopedic surgery. J Arthroplasty. 2018;33(7):2100–6.

18.สมบัติ เจริญศิลป์, ชูเกียรติ พรหมเสน.(2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งแรก. วารสารกระดูกและข้อ. 2565;2(2):45–58.

19.Jaszczyk M, Golec J, Golec E.(2020). Postoperative blood loss management in orthopedic patients. Med Sci Monit. 2020;26:e9221.

20.รักสกุลชัย ทองจันทร์, ธนากร ธนวัฒน์.(2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียเลือด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(1):89–102.

21.เบญจวรรณ มนูญญา, สกาวเดือน ขำเจริญ.(2564). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอย่างครบวงจร. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(1):13–24.

การสัมผัสแนฟทาลีนจากการประกอบอาชีพและการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางในเขตเมือง

Occupational Naphthalene Exposure and Health Risk Assessment among Urban Bus Drivers

(Received: August 14, 2026; Revised: August 16, 2026 ; Accepted: August 18, 2026)

ศศิธร ศรีมีชัย[1]
Sasithorn Srimeechai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับสัมผัสและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการรับสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจของพนักงานขับรถโดยสารประจำทางในเขตเมือง เก็บตัวอย่างแนฟทาลีนในอากาศบริเวณการหายใจของพนักงานตลอดช่วงเวลาการทำงาน จำนวน 36 ตัวอย่าง ร่วมกับการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการทำงาน และลักษณะของรถโดยสาร และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตามแนวทางขององค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกา

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มข้นเฉลี่ยของแนฟทาลีนในอากาศบริเวณการหายใจมีค่า 159.76 ± 196.73 µg/m³ ระดับความเข้มข้นของการรับสัมผัสแนฟทาลีน (exposure concentration: EC) สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็งและความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง มีค่า 48.94 และ 11.19 µg/m³ ตามลำดับ ค่าความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็ง (hazard quotient: HQ) เท่ากับ 16.31 และความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งมีค่า 3.80×10^{-4}

คำสำคัญ: การรับสัมผัสจากการประกอบอาชีพ, การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ, แนฟทาลีน, พนักงานขับรถโดยสาร

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to assess occupational exposure to naphthalene and the associated health risks among urban bus drivers. Thirty-six full-shift personal breathing-zone air sample were collected for naphthalene analysis. Information on personal characteristics, work characteristics and bus characteristics was also collected. Non-cancer and cancer risks associated with inhalation exposure to naphthalene were assessed according to the US Environmental Protection Agency (US EPA) framework.

The results showed that the mean naphthalene concentration in breathing-zone was 159.76 ± 196.73 µg/m³. The exposure concentrations (ECs) used to assessed non-cancer and cancer risks were 48.94 and 11.19 µg/m³, respectively. The hazard quotient (HQ) for non-cancer effects was 16.31, and the estimated lifetime cancer risk was 3.80×10^{-4}.

Keywords: Bus drivers; Health risk assessment; Naphthalene; Occupational Exposure

บทนำ

แนฟทาลีน (naphthalene) เป็นสารอินทรีย์ที่พบองค์ประกอบของผลิตภัณฑ์ปิโตรเลียม ถ่านหิน น้ำมันดิบและน้ำมันเชื้อเพลิง รวมทั้งเกิดจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงและสารอินทรีย์ จึงสามารถพบได้ในไอเสียจากยานพาหนะ แนฟทาลีนเข้าสู่ร่างกายทางได้ทางการหายใจ การกินและการซึมผ่านผิวหนัง โดยการรับสัมผัสจากการประกอบอาชีพเกิดทางการหายใจเป็นหลัก โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับไอเสียและ

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลิตภัณฑ์จากการเผาไหม้ของเครื่องยนต์ เช่น พนักงานขับรถ คนงานอู่ซ่อมรถ และตำรวจจราจร[1]

การรับสัมผัสแนฟทาลีนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งการสัมผัสระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะภาวะโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตก (hemolytic anemia) การศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า การรับสัมผัสทางการหายใจอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กับการอักเสบเรื้อรังของปอดและจมูก รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุทางเดินหายใจ[2] แม้หลักฐานการก่อมะเร็งในมนุษย์ยังมีจำกัด แต่พบหลักฐานการเกิดเนื้องอกจากการสัมผัสทางการหายใจในสัตว์ทดลอง โดยองค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อมสหรัฐอเมริกา (US Environmental Protection Agency: US EPA) จัดแนฟทาลีนเป็นสารที่อาจก่อมะเร็งในมนุษย์ (Group C: possible human carcinogen)[3] และ IARC (the International Agency for Research on Cancer) จัดอยู่ในกลุ่ม 2B (possibly carcinogenic to humans)[4] ขณะที่ National Toxicology Program (NTP) จัดแนฟทาลีนเป็นสารที่คาดได้อย่างสมเหตุผลว่าอาจก่อมะเร็งในมนุษย์ (reasonably anticipated to be a human carcinogen) โดยพิจารณาจากหลักฐานที่เพียงพอในสัตว์ทดลอง[5]

การศึกษาที่ผ่านมาพบแนฟทาลีนและสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOC) หลายชนิดในสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง ทั้งภายในรถยนต์ อู่ซ่อมรถ และสถานีรถโดยสาร โดยระดับความเข้มข้นของสารมลพิษภายในห้องโดยสารอาจได้รับอิทธิพลจากการปล่อยมลพิษของยานพาหนะ ชนิดเชื้อเพลิงและการระบายอากาศภายในรถ[6,7,8,9,10, 11] การศึกษาของ Besis et al. (2023) ซึ่งตรวจวัดสาร VOC หลายชนิดภายในรถในสภาวะการเดินทางจริง พบว่า แนฟทาลีนเป็นสารที่มีค่าความเสี่ยงในการก่อมะเร็งสูงสุดในบรรดาสารก่อมะเร็งที่ประเมิน ได้แก่ แนฟทาลีน เบนซีน และเอธิลเบนซีน[11] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการรับสัมผัสแนฟทาลีนระหว่างการปฏิบัติงานของพนักงานขับรถโดยสารในประเทศไทยยังมีจำกัด และประเทศไทยยังไม่ได้มีการกำหนดค่าขีดจำกัดการรับสัมผัสแนฟทาลีนในบรรยากาศการทำงาน การประเมินการรับสัมผัสและความเสี่ยงสุขภาพในกลุ่มอาชีพดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันผลกระทบจากสารเคมีในการทำงานและการส่งเสริมสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพและการทำงานที่มีคุณค่า (SDG 3.9 และ 8.8)[12] การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสัมผัสและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการรับสัมผัส แนฟทาลีนทางการหายใจในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินระดับการรับสัมผัสและความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการรับสัมผัสแนฟพาลีนทางการหายใจของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง ในเขตเมือง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study) โดยตรวจวัดระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีนในอากาศบริเวณการหายใจของพนักงานขับรถโดยสารประจำทางตลอดช่วงเวลาการทำงาน เพื่อประเมินการสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจจากการทำงาน ร่วมกับการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการทำงานของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง ตลอดจนการสังเกตสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะของรถโดยสาร เพื่อนำข้อมูลมาประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม 2561 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน รหัสโครงการที่ 062/2559 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ พนักงานขับรถโดยสารประจำทางที่ปฏิบัติงานในเส้นทางเดินรถในเขตกรุงเทพมหานคร

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย n $\frac{Z_{\alpha}^{2}\sigma^{2}}{e^{2}}$ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (Z=1.96) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาก่อนหน้า[13] (σ) มีค่า 5.8 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) มีค่า 1.74 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 36 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามประเภทของรถโดยสาร แบ่งเป็นพนักงานขับรถโดยสารปรับอากาศและไม่ปรับอากาศ กลุ่มละ 18 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นพนักงานขับรถโดยสารประจำทางที่ปฏิบัติหน้าที่ในเส้นทางที่ศึกษาและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่มาปฏิบัติงานหรือไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ขับรถในวันที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการทำงาน การสังเกตสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะรถโดยสาร และการเก็บตัวอย่างแนฟทาลีนในอากาศ ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการทำงาน ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามพนักงานขับรถโดยสาร ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ระยะเวลาการทำงานต่อวัน อายุงานในการขับรถโดยสาร และการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล

2. แบบบันทึกการสังเกตสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะรถโดยสาร ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสังเกตสภาพแวดล้อมขณะปฏิบัติงานและลักษณะของรถโดยสาร ได้แก่ ประเภทของรถโดยสาร ชนิดเชื้อเพลิง ระบบปรับอากาศและการระบายอากาศ ลักษณะการเปิด–ปิดประตูและหน้าต่าง และสภาพการจราจรในช่วงเก็บตัวอย่าง

3. เครื่องมือและอุปกรณ์เก็บตัวอย่างอากาศ ประกอบด้วยปั๊มดูดอากาศแบบติดตัวบุคคล (personal air sampling pump) และหลอดดูดซับ XAD-2 และกระดาษกรองชนิด PTFE ขนาด 37 มิลลิเมตร สำหรับเก็บตัวอย่างอากาศบริเวณการหายใจของพนักงานขับรถโดยสาร ตามวิธีมาตรฐาน NIOSH 5515[14]

ขั้นตอนการวิจัย

การศึกษาดำเนินการภายหลังได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการทำงานของพนักงานขับรถโดยสารประจำทางโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการทำงาน ระยะเวลาการทำงานต่อวัน อายุงานในการขับรถโดยสาร ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสแนฟทาลีนจากการทำงาน เพื่อนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาใช้ประกอบการประเมินการสัมผัสและความเสี่ยงต่อสุขภาพ

2. สำรวจและสังเกตสภาพแวดล้อมการทำงานและลักษณะของรถโดยสาร โดยบันทึกข้อมูลประเภทของรถโดยสาร ชนิดเชื้อเพลิง ระบบปรับอากาศและการระบายอากาศ การเปิด–ปิดประตูและหน้าต่าง ตลอดจนสภาพการจราจรในช่วงที่ดำเนินการเก็บตัวอย่าง เพื่อใช้ประกอบการอธิบายลักษณะการสัมผัสแนฟทาลีนของพนักงานขับรถโดยสาร

3. ตรวจวัดระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีนโดยเก็บตัวอย่างอากาศบริเวณการหายใจของพนักงานขับรถโดยสารตลอดช่วงเวลาการปฏิบัติงาน จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาความเข้มข้นของแนฟทาลีนตามวิธีมาตรฐาน NIOSH 5515[14]

4. ประเมินการสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจโดยประมาณค่าความเข้มข้นของการสัมผัส (Exposure Concentration; EC)

5. ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการรับสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจ โดยประเมินทั้งผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็งและความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

การเก็บและวิเคราะห์ตัวอย่างอากาศ

เก็บตัวอย่างอากาศเพื่อประเมินการสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง โดยติดตั้งชุดเก็บตัวอย่างอากาศบริเวณการหายใจ (breathing zone) ของพนักงานขับรถ และเก็บตัวอย่างตลอดช่วงเวลาการปฏิบัติงานในวันที่ทำการตรวจวัด ใช้ปั๊มดูดอากาศแบบติดตัวบุคคล ที่อัตราการไหลของอากาศ 2.0 ลิตรต่อนาที ร่วมกับหลอดดูดซับ XAD-2 และกระดาษกรอง PTFE ขนาด 37 มิลลิเมตร โดยปั๊มเก็บตัวอย่างอากาศได้รับการสอบเทียบอัตราการไหลก่อนและหลังการเก็บตัวอย่าง และใช้ field blank ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนตัวอย่างเพื่อควบคุมคุณภาพการเก็บตัวอย่าง ตัวอย่างอากาศที่เก็บได้ถูกนำไปวิเคราะห์หาความเข้มข้นของแนฟทาลีนด้วยเทคนิคแก๊สโครมาโทกราฟี-แมสสเปกโทรเมตรี (Gas Chromatography-Mass Spectrometry; GC-MS) ตามวิธี NIOSH Method 5515

การประเมินการสัมผัสและความเสี่ยงสุขภาพ

การประเมินการรับสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจดำเนินการตามกรอบการประเมินการสัมผัสทางการหายใจของ U.S. EPA โดยนำค่าความเข้มข้นของแนฟทาลีนในอากาศที่ตรวจวัดบริเวณการหายใจของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง ร่วมกับข้อมูลระยะเวลาและความถี่ของการสัมผัส มาคำนวณค่าความเข้มข้นของการสัมผัส (Exposure Concentration; EC) ตามแนวทาง Risk Assessment Guidance for Superfund: Part F ของ U.S. EPA[15]

$$EC = \frac{CA \quad ET \quad EF \quad ED}{AT}$$

โดยที่

EC คือ ความเข้มข้นของการสัมผัส (μg/m³)

CA คือ ความเข้มข้นของแนฟทาลีนในอากาศที่ตรวจวัดบริเวณการหายใจ (μg/m³)

ET คือ ระยะเวลาการสัมผัส (ชั่วโมง/วัน)

EF คือ ความถี่ของการสัมผัส (วัน/ปี)

ED คือ ระยะเวลาการสัมผัส (ปี)

AT คือ ระยะเวลาเฉลี่ยของการสัมผัส (ชั่วโมง)

การศึกษานี้กำหนด ET จากระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 8.6 ชั่วโมงต่อวัน EF เท่ากับ 312 วันต่อปี และ ED เท่ากับ 16 ปี โดยประมาณจากอายุงานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็ง กำหนด AT เท่ากับ ED × 365 วันต่อปี × 24 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง กำหนด AT เท่ากับ 70 ปี × 365 วันต่อปี × 24 ชั่วโมงต่อวัน

สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็ง คำนวณค่าดัชนีความเสี่ยง (Hazard Quotient; HQ) จากอัตราส่วนระหว่างค่าความเข้มข้นของการสัมผัสกับค่าความเข้มข้นอ้างอิง (Reference Concentration; RfC) ตามสมการ[15]

$$HQ \quad \frac{EC}{RfC \qquad \mu g \;\; mg}$$

โดยใช้ค่า RfC ของแนฟทาลีนเท่ากับ 0.003 mg/m³ ตามที่กำหนดโดย U.S. EPA ในกรณีที่ค่า HQ มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 คาดว่าการสัมผัสนั้น ๆ จะไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพต่อผู้รับสัมผัส หาก HQ มากกว่า 1 แสดงว่าการสัมผัสสูงกว่าระดับอ้างอิง และมีความเสี่ยงสุขภาพ

สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง คำนวณจากค่าความเข้มข้นของการสัมผัสที่ปรับเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิตร่วมกับค่าความเสี่ยงมะเร็งต่อหน่วยการสัมผัสทางการหายใจ (Inhalation Unit Risk; IUR) ตามสมการ[15]

$$cancer\ risk \quad IUR \quad EC$$

โดยที่

Cancer Risk คือ ค่าประมาณความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง

EC หรือ Exposure concentration คือ ความเข้มข้นของการสัมผัสเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิต (μg/m³)

IUR หรือ Inhalation Unit Risk คือ ค่าความเสี่ยงมะเร็งต่อหน่วยการสัมผัสทางการหายใจ [(μg/m³)$^{-1}$ การศึกษานี้ใช้ค่า IUR ของแนฟทาลีนเท่ากับ 3.4 × 10^{5-} (μg/m³) $^{1-}$ซึ่งกำหนดโดยสำนักงานประเมินอันตรายต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม สำนักงานพิทักษ์สิ่งแวดล้อมรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา (OEHHA)[16]

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะงาน และระดับการสัมผัส PAHs ของพนักงานขับรถโดยสารด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยอธิบายความถี่ ร้อยลค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด รวมทั้งวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับการสัมผัสแนฟทาลีนตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ชนิดของรถโดยสาร ชนิดของเชื้อเพลิง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลและการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พนักงานขับรถโดยสารประจำทางจำนวน 36 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.4) มีอายุเฉลี่ย 46.83 ± 8.29 ปี ร้อยละ 36.1 สูบบุหรี่ มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 8.61 ± 1.08 ชั่วโมงต่อวัน และมีอายุงานขับรถโดยสารเฉลี่ย 15.82 ± 10.34 ปี โดยพนักงานส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้หน้ากากอนามัยหรืออุปกรณ์คุ้มครองส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน (ร้อยละ 80.6)

2. ลักษณะรถโดยสารและสภาพแวดล้อมขณะตรวจวัด รถโดยสารที่ตรวจวัดแบ่งเป็นรถปรับอากาศและไม่ปรับอากาศประเภทละ 18 คัน ส่วนใหญ่ใช้เชื้อเพลิงดีเซล (ร้อยละ 77.8) รถโดยสารร้อยละ 52.8 มีสภาพภายในสะอาด และร้อยละ 72.2 มีสภาพทางกายภาพดี ในช่วงการตรวจวัดส่วนใหญ่พบสภาพการจราจรเคลื่อนตัวได้ดีและติดขัดสลับกัน (ร้อยละ 86.1) รถโดยสารร้อยละ 47.2 เปิดหน้าต่าง และร้อยละ 22.2 เปิดช่องระบายอากาศขณะขับขี่ จำนวนผู้โดยสารเฉลี่ย 46.08 ± 13.45 คน ทั้งนี้ การตรวจวัดทั้งหมดดำเนินการในสภาพอากาศปกติ พนักงานส่วนใหญ่มีลักษณะการขับขี่ปกติ (ร้อยละ 91.7) และปิดประตูขณะขับขี่ (ร้อยละ 97.2) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่1

3. ระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีน ผลการตรวจวัดระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีนในอากาศที่ระดับการหายใจของพนักงานขับรถจำนวน 36 ตัวอย่าง พบความเข้มข้นเฉลี่ย 159.76 ± 196.73 μg/m³ มัธยฐาน 104.86 μg/m³ (พิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IQR 52.43–209.72 μg/m³) และค่าเฉลี่ยเรขาคณิต (geometric mean: GM) 75.50 μg/m³ (GSD 4.47) โดยมีค่าความเข้มข้นระหว่าง 5.24–1,101.02 μg/m³ หากเปรียบเทียบตามประเภทของรถโดยสาร พบว่ารถปรับอากาศมีค่ามัธยฐานความเข้มข้นของแนฟทาลีน 131.07 μg/m³ ขณะที่รถไม่ปรับอากาศมีค่ามัธยฐาน 104.86 μg/m³ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างรถทั้งสองประเภท (Mann–Whitney U = 105.5, p=0.073) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะรถโดยสารและสภาพแวดล้อมขณะตรวจวัด (n=36)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ) /ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ประเภทของรถโดยสาร	
ไม่ปรับอากาศ	18 (50.0)
ปรับอากาศ	18 (50.0)
ชนิดเชื้อเพลิง	

ตารางที่ 1 ลักษณะรถโดยสารและสภาพแวดล้อมขณะตรวจวัด (n=36)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ) /ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ดีเซล	28 (77.8)
NGV	7 (19.4)
ไบโอดีเซล	1 (2.8)
สภาพความสะอาดภายในรถโดยสาร	
สะอาด	19 (52.8)
มีคราบน้ำมัน	1 (2.8)
มีฝุ่น	11 (30.6)
มีขยะ	3 (8.3)
มีฝุ่นและคราบน้ำมัน	2 (5.6)
สภาพทางกายภาพของรถโดยสาร	
สภาพดี	26 (72.2)
ชำรุด	10 (27.8)
สภาพการจราจรระหว่างการตรวจวัด	
เคลื่อนตัวได้ดี	2 (5.6)
ติดขัด	3 (8.3)
เคลื่อนตัวได้ดีและติดขัดสลับกัน	31 (86.1)
หน้าต่างขณะขับขี่	
ปิด	19 (52.8)
เปิด	17 (47.2)
ช่องระบายอากาศขณะขับขี่	
ปิด	28 (77.8)
เปิด	8 (22.2)
จำนวนผู้โดยสาร (คน)	46.08 ± 13.45
พิสัย	20–80

ตารางที่ 2 ระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีนในอากาศ จากการตรวจวัดที่ระดับการหายใจของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง (n=36)

ประเภทรถ	n	AM ± SD (µg/m³)	Median (IQR) (µg/m³)	GM (GSD) (µg/m³)	Min–Max (µg/m³)
ไม่ปรับอากาศ	18	103.99 ± 103.51	104.86 (5.24–157.29)	40.52 (5.61)	5.24–367.01
ปรับอากาศ	18	215.54 ± 249.76	131.07 (52.43–262.15)	140.66 (2.48)	52.43–1,101.02
รวม	36	159.76 ± 196.73	104.86 (52.43–209.72)	75.50 (4.47)	5.24–1,101.02

หมายเหตุ SD = standard deviation; IQR = interquartile range; GM = geometric mean; GSD = geometric standard deviation

4. ระดับการรับสัมผัสและความเสี่ยงสุขภาพ จากการประเมินการสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจ พบว่า ความเข้มข้นของการสัมผัส ($EC_{non\text{-}cancer}$) สำหรับประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่

มะเร็ง ของพนักงานขับรถทั้งหมดมีค่า 48.94 μg/m³ โดยมีค่า HQ เท่ากับ 16.31 ซึ่งสูงกว่าระดับอ้างอิงสำหรับผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็ง จึงบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ของการได้รับผลกระทบจากการสัมผัสแนฟทาลีนทางการหายใจเรื้อรัง โดยเฉพาะต่อเยื่อบุผิวบริเวณโพรงจมูก ซึ่งเป็นอวัยวะเป้าหมายที่ใช้เป็นฐานในการกำหนดค่า RfC

สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง พบว่า ความเข้มข้นของการสัมผัส (EC_{cancer}) ที่ปรับเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิต มีค่า 11.19 μg/m³ และมีค่าความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตลอดช่วงชีวิตเท่ากับ 3.80×10^{-4} หรือประมาณ 380 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคน ซึ่งสูงกว่าขอบบนของช่วงความเสี่ยง $1x10^{-6}$– $1x10^{-4}$ ที่ U.S. EPA โดยทั่วไปใช้เป็นกรอบในการบริหารจัดการความเสี่ยงมะเร็ง จึงบ่งชี้ว่าความเสี่ยงจากการสัมผัสแนฟทาลีนภายใต้สมมติฐานที่ใช้ในการศึกษานี้อยู่ในระดับที่ควรให้ความสำคัญในการจัดการความเสี่ยง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับการรับสัมผัสและความเสี่ยงสุขภาพ

กลุ่มพนักงานขับรถ	$EC_{non\text{-}cancer}$)μg/m³)	HQ	EC_{cancer})μg/m³)	Cancer risk
ไม่ปรับอากาศ)n=18)	56.56	18.85	12.93	4.40×10^{-4}
ปรับอากาศ)n=18)	41.31	13.77	9.44	3.21×10^{-4}
รวม)n=36)	48.94	16.31	11.19	3.80×10^{-4}

หมายเหตุ *$EC_{non\text{-}cancer}$ หมายถึ งความเข้มข้นของการสัมผัสสำหรับประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง; HQ หมายถึง ค่าดัชนีความเสี่ยง; EC_{cancer} หมายถึง ความเข้มข้นของการสัมผัสที่ปรับเฉลี่ยตลอดช่วงชีวิตสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง; Cancer risk หมายถึง ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง*

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มข้นของแนฟทาลีนที่ตรวจวัดได้ทุกตัวอย่างต่ำกว่าค่าขีดจำกัดการรับสัมผัสทางอาชีวอนามัยที่เสนอแนะโดยสมาคมนักสุขศาสตร์อุตสาหกรรมแห่งสหรัฐอเมริกา[19] อย่างไรก็ตามค่า HQ ที่คำนวณได้มีค่ามากกว่า 1 บ่งชี้ว่าระดับการสัมผัสสูงกว่าค่าอ้างอิงสำหรับผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยผลกระทบสำคัญที่ใช้เป็นฐานในการกำหนดค่า RfC ของแนฟทาลีน ได้แก่ การเพิ่มจำนวนของเซลล์เยื่อบุผิวทางเดินหายใจและการเปลี่ยนแปลงชนิดของเซลล์เยื่อบุผิวรับกลิ่นบริเวณโพรงจมูก ดังนั้นแม้ระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีนที่ตรวจวัดได้จะไม่เกินค่าขีดจำกัดการสัมผัสทางอาชีวอนามัยแต่การสัมผัสอย่างต่อเนื่องในระยะยาวยังเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ

การศึกษาครั้งนี้พบความเข้มข้นเฉลี่ยของแนฟทาลีนในบรรยากาศการทำงานของพนักงานขับรถโดยสารมีค่า 159.76 μg/m³ ซึ่งสูงกว่าที่รายงานจากการศึกษาในสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับยานพาหนะหลายการศึกษา ได้แก่ ภายในห้องโดยสารรถยนต์ที่ใช้น้ำมันดีเซลและแก๊สโซลีน 1.3 และ 0.7 μg/m³ ตามลำดับ[8] ความเข้มข้นภายในรถยนต์ในประเทศญี่ปุ่น <0.05–5.94 μg/m³ [9] และ ความเข้มข้นภายในสถานีรถโดยสารระหว่างเมือง 1.01 – 2.78 μg/m³ และภายนอกสถานี 0.89 μg/m³ [10] อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบผลระหว่างการศึกษาควรพิจารณาความแตกต่างของลักษณะแหล่งกำเนิด สภาพแวดล้อมและการจราจรตลอดจนวิธีการเก็บและวิเคราะห์ตัวอย่าง ซึ่งล้วนมีผลต่อระดับความเข้มข้นที่ตรวจวัดได้ไม่พบความแตกต่างของระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีนระหว่างรถโดยสารปรับอากาศและไม่ปรับอากาศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การเปิดประตูรับ–ส่งผู้โดยสารเป็นระยะตลอดเส้นทางอาจทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนอากาศระหว่าง

ภายในและภายนอกรถ และทำให้มลพิษจากภายนอกเข้าสู่ห้องโดยสารได้[11,17] เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบตามชนิดเชื้อเพลิง ซึ่งไม่พบความแตกต่างของระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีนระหว่างรถโดยสารที่ใช้น้ำมันดีเซลและก๊าซธรรมชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.672$) ทั้งนี้ผลของชนิดเชื้อเพลิงต่อระดับสาร VOC ภายในห้องโดยสารอาจแตกต่างกันตามชนิดของสาร โดย Besis et al. (2023) พบว่าระดับความเข้มข้นของสาร VOCs บางกลุ่มในรถยนต์ที่ใช้น้ำมันดีเซลสูงกว่ารถที่ใช้ LPG และน้ำมันเบนซิน ขณะที่สารกลุ่มอะโรมาติกส์ (aromatic hydrocarbon) รวมถึง เบนซีน โทลูอีน เอธิลเบนซีนและไซลีน (BTEX) กลับพบระดับสูงกว่าในรถที่ใช้ LPG[11] จึงสะท้อนว่าชนิดเชื้อเพลิงเพียงปัจจัยเดียวอาจไม่สามารถอธิบายระดับสารมลพิษภายในห้องโดยสารได้ทั้งหมด นอกจากนี้จำนวนตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีค่อนข้างจำกัด การไม่พบความแตกต่างทางสถิติจึงยังไม่เพียงพอที่จะสรุปว่าประเภทรถหรือชนิดเชื้อเพลิงไม่มีผลต่อระดับการรับสัมผัสแนฟทาลีน

ระดับความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งที่พบในการศึกษาครั้งนี้มีค่า 3.80×10^{-4} ซึ่งสูงกว่าระดับ 1×10^{-4} ที่ใช้เป็นระดับอ้างอิงในการศึกษาครั้งนี้ โดยระดับความเสี่ยงที่พบนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lin et al. (2020) ซึ่งรายงานความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตลอดช่วงชีวิตจากการรับสัมผัสแนฟทาลีนของพนักงานในสถานีรถโดยสารเท่ากับ 4.95×10^{-6} [10] อย่างไรก็ตามลักษณะการรับสัมผัสและสมมติฐานที่ใช้ในการประเมินของทั้งสองการศึกษาแตกต่างกัน จึงควรระมัดระวังในการเปรียบเทียบค่าความเสี่ยงโดยตรง อนึ่งค่า IUR ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้อาศัยข้อมูลการเกิดเนื้องอกในสัตว์ทดลองเพื่อประมาณความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในมนุษย์ ซึ่งยังมีความไม่แน่นอนในการนำข้อมูลการเกิดเนื้องอกในระบบทางเดินหายใจของสัตว์ทดลองมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงมะเร็งในมนุษย์เชิงปริมาณ ดังนั้นค่าความเสี่ยงที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จึงควรพิจารณาเป็นค่าประมาณภายใต้สมมติฐานและข้อจำกัดของการประเมินความเสี่ยง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพิจารณาระดับความเข้มข้นเทียบกับค่าขีดจำกัดการรับสัมผัสจากการทำงานเพียงอย่างเดียวอาจไม่สะท้อนความเสี่ยงจากการรับสัมผัสสะสมในระยะยาว โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง จึงควรมีการลดและควบคุมการรับสัมผัสเพื่อสุขภาพอนามัยของกลุ่มพนักงานขับรถโดยสาร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการประเมินการรับสัมผัสและความเสี่ยงสุขภาพจากการรับสัมผัสระยะยาวแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการลดและควบคุมระดับการสัมผัสแนฟทาลีนด้วยมาตรการต่าง ๆ อาทิ การใช้รถยนต์พลังงานไฟฟ้าหรือเชื้อเพลิงพลังงานสะอาดที่ไม่ปลดปล่อยแนฟทาลีนและสารเคมีอันตรายชนิดอื่น ๆ หรือเครื่องยนต์ที่ปลดปล่อยมลพิษน้อย การดูแลบำรุงรักษาเครื่องยนต์และรถโดยสารอย่างสม่ำเสมอ การปรับปรุงระบบการระบายอากาศและติดตั้งอุปกรณ์กรองอากาศภายในห้องโดยสาร การให้ความรู้กับพนักงานเกี่ยวกับอันตรายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับสัมผัสแนฟทาลีนจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งวิธีป้องกันการรับสัมผัส การดูแลสุขภาพอนามัย การจัดชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม พนักงานขับรถควรได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง รายการตรวจสุขภาพสำหรับผู้สัมผัสแนฟทาลีนจากการประกอบอาชีพ เช่น การตรวจตาและสมรรถภาพการมองเห็น การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count:CBC) การทดสอบหน้าที่การทำงานของตับและไต (Liver and kidney function tests)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างและขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมเส้นทางการเดินรถ ประเภทของรถ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนที่ดีมากขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับสัมผัสแนฟทาลีนของพนักงานขับรถโดยสาร โดยอาจพิจารณาใช้เครื่องมือและเทคนิคการตรวจวัดแบบอ่านค่าทันที เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างระดับความเข้มข้นของแนฟทาลีนกับระดับของปัจจัยที่ศึกษา ณ ช่วงเวลาต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมการรับสัมผัส

3. ควรศึกษาการรับสัมผัสและประเมินความต่อเสี่ยงสุขภาพจากการรับสัมผัสสารเคมีหลายชนิดที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน

4. ควรมีการประเมินระดับการสัมผัสของพนักงานตำแหน่งอื่น เช่น พนักงานเก็บค่าโดยสาร นายท่าและนายช่างซ่อมบำรุงด้วย เนื่องจากมีโอกาสสัมผัสสารในกลุ่มนี้เช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มพนักงานขับรถโดยสารประจำทางอาสาสมัครและหน่วยงานต้นสังกัดที่ให้ความอนุเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

เอกสารอ้างอิง

1. Preuss R, Angerer J, Drexler H.(2003). Naphthalene--an environmental and occupational toxicant. Int Arch Occup Environ Health. 2003;76(8):556-76. doi:10.1007/s00420-003-0458-1.
2. International Programme on Chemical Safety. Naphthalene.(2000). Poisons Information Monograph 363. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. US Environmental Protection Agency.(1998). Toxicological review of naphthalene (CAS No. 91-20-3) in support of summary information on the Integrated Risk Information System (IRIS). Washington, DC: US Environmental Protection Agency; 1998
4. International Agency for Research on Cancer.(2002). Some traditional herbal medicines, some mycotoxins, naphthalene and styrene. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2002;82:1-556.
5. National Toxicology Program. Naphthalene. In: Report on carcinogens. 15th ed. Research Triangle Park (NC): US Department of Health and Human Services; 2021.
6. ล้อมพงศ์ ศ.(2020). การศึกษาการประเมินการรับสัมผัสสารโทลูอีนและอาการแสดงที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของพนักงานขับรถโดยสารธรรมดาในเขตกรุงเทพมหานคร. PHJ BUU [อินเทอร์เน็ต]. 3 ตุลคม 2020
7. พลยง ฌป, พลดงนอก ช, เทพทอง บ, นิลผาย เ, ทีนาคะ ข.(2023). การปฏิบัติงาน สารเคมีในอากาศ และอาการทางสุขภาพ ของพนักงานบันรถโดยสารประจำทางแบบไม่ปรับอากาศ. J Offic Dis Prev Control 7 [อินเทอร์เน็ต]. 1 พฤษภาคม 2023
8. Jo WK, Lee JH.(2009). In-vehicle levels of naphthalene and monocyclic aromatic compounds according to vehicle type. Environ Eng Res. 2009;14(3):180-5.
9. Tokumura M, Hatayama R, Tatsu K, Naito T, Takeda T, Raknuzzaman M, et al.(2016). Car indoor air pollution by volatile organic compounds and aldehydes in Japan. AIMS Environ Sci. 2016;3(3):362-81.
10. Lin CC, Yen GW, Cheng YH, Shie RH.(2020). Exposure levels of volatile organic compounds and potential health risks for passengers and workers at an intercity bus terminal. Atmos Pollut Res. 2020;11:1820-8.
11. Besis A, Katsaros T, Samara C.(2023). Concentrations of volatile organic compounds in vehicular cabin air–implications to commuter exposure. Environ Pollut. 2023;330:121763. doi:10.1016/j.envpol.2023.121763.
12. United Nations General Assembly.(2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015.

13. Tuntawiroon J, Mahidol C, Navasumrit P, Autrup H, Ruchirawat M.(2007). Increased health risk in Bangkok children exposed to polycyclic aromatic hydrocarbons from traffic-related sources. Carcinogenesis. 2007;28(4):816-22.
14. National Institute for Occupational Safety and Health.(1994). Polynuclear aromatic hydrocarbons by GC: Method 5515. Issue 2. In: NIOSH manual of analytical methods. 4th ed. Cincinnati (OH): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health; 1994.
15. US Environmental Protection Agency.(2009). Risk assessment guidance for Superfund. Volume I: Human health evaluation manual (Part F, supplemental guidance for inhalation risk assessment). EPA-540-R-070-002. Washington, DC: US Environmental Protection Agency; 2009.
16. Office of Environmental Health Hazard Assessment.(2009). Technical support document for cancer potency factors: Appendix B. Chemical-specific summaries of the information used to derive unit risk and cancer potency values. Oakland (CA): California Environmental Protection Agency; 2009.
17. Zhu X, Lei L, Han J, Wang P, Liang F, Wang X.(2020). Passenger comfort and ozone pollution exposure in an air-conditioned bus microenvironment. Environ Monit Assess. 2020;192(8):496.
18. American Conference of Governmental Industrial Hygienists.(2026). TLVs and BEIs: threshold limit values for chemical substances and physical agents and biological exposure indices. Cincinnati (OH): ACGIH; 2026.

ผลลัพธ์ของโครงการป้องกันผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกข้อสะโพกหัก (Phanat FLS) โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

Outcome of Phanat FLS in Phanat Nikhom hospital, Chon buri province

(Received: September 21, 2026; Revised: September 23, 2026 ; Accepted: September 25, 2026)

พีรพัฒน์ วัฒนานนท์[1]
Peerapat Wattananon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบของบริการ Phanat Fracture Liaison Service (FLS) ในการลดอัตราการเกิดกระดูกหักซ้ำ และปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ผู้ป่วยทั้งหมด 248 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกสะโพกหัก และได้รับการดูแลผ่านโปรแกรม Phanat FLS ถูกนำมารวมในงานวิจัยนี้ ผลลัพธ์ทางคลินิกที่รวบรวมจากบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย การเกิดกระดูกหักซ้ำ อัตราการเสียชีวิต สถานะการเดิน และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันสุขภาพ เช่น การตรวจตา และการตรวจฟัน การตรวจระดับวิตามินดี การประเมินความหนาแน่นของมวลกระดูก และการรับประทานยารักษาโรคกระดูกพรุน ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และรายงานผลในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วง

ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 4 ราย (1.6%) ที่เกิดกระดูกหักซ้ำ โดยพบการหักที่ข้อมือ แขน ต้นขา และสะโพกข้างตรงข้าม อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย คือ 13.7% สำหรับสถานการณ์เดิน พบว่า 19.8% ของผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตนเองหลังการรักษา ขณะที่ 42.8% สามารถเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยเดิน ซึ่งสะท้อนถึงการฟื้นตัวที่ดีขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรม FLS อัตราการปฏิบัติตามมาตรการตรวจสุขภาพเชิงป้องกัน ได้แก่ การตรวจตา 34.3% การตรวจฟัน 33.9% การตรวจระดับวิตามินดี 88.3% และการตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูก 27.4% นอกจากนี้ 22.2% ของผู้ป่วยได้รับการจ่ายยา และปฏิบัติตามการรักษาด้วยยารักษาโรคกระดูกพรุน

คำสำคัญ: กระดูกข้อสะโพกหัก, โรคกระดูกพรุน, กระดูกหักซ้ำ, โครงการรู้ทันกันหักซ้ำ

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to assess the impact of the Phanat Fracture Liaison Service (FLS) on reducing refracture rates and improving overall health outcomes in patients with hip fractures. A total of 248 patients who had sustained a hip fracture and were enrolled in the Phanat FLS program were included in this study. Clinical outcomes collected from medical records included refracture occurrence, mortality rate, ambulatory status, and adherence to preventive health measures such as eye and dental check-ups, vitamin D levels, bone mineral density assessment, and osteoporosis medication adherence. Data were analyzed using descriptive statistics, with findings reported as frequencies, percentages, means, standard deviations, and ranges.

The results demonstrated that refracture occurred in only four patients (1.6%), with subsequent fractures observed at the wrist, arm, thigh, and contralateral hip. The program also observed a mortality rate of 13.7% among patients. Regarding mobility, 19.8% of patients regained independent walking ability at 1-year follow-up, while 42.8% could ambulate with a supportive device, indicating substantial functional recovery facilitated by FLS involvement. Preventive health measure adherence rates were as follows: 34.3% of patients underwent eye check-ups, 33.9% received dental check-ups, 88.3% had vitamin D assessments, and 27.4% received bone mineral density evaluations. Additionally, 22.2% of patients were prescribed and adhered to osteoporosis medication.

Keyword: hip fracture, refracture prevention, Fracture liaison service, osteoporosis

[1] ว.ว.สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพนัสนิคม

บทนำ

กระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขทุกประเทศทั่วโลก เนื่องด้วยสังคมโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มสูงมาก สาเหตุเกิดจากโรคกระดูกพรุนทำให้กระดูกเปราะบางแตกหักได้ แม้จะเกิดอุบัติเหตุล้มเพียงเล็กน้อย การหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศ อัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงเป็นอันดับ 2 เฉลี่ย 3 คนต่อวัน รองจากการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ในแต่ละปีจะพบอุบัติเหตุผู้สูงอายุหกล้มประมาณ 3 ล้านราย และบาดเจ็บต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 60,000 รายต่อปี 1 กระดูกข้อสะโพกหักเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย อุบัติการณ์การเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุสูงขึ้นจากปีละ 180 รายต่อแสนประชากร เป็น 450-750 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2568 อัตราการเสียชีวิตในปีแรก ร้อยละ 17 ไม่สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ร้อยละ 80 สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวเกิดทุพลภาพ ร้อยละ 25-30 มีโอกาสเกิดกระดูกหักซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 23.6 การรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยใช้เวลานาน ส่งผลให้ประเทศ รับภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลสูง[1,2]

หลักการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก สถาบันโรคกระดูกพรุน ประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดแนวทางในการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการหักซ้ำ โดยใช้รูปแบบ Fracture Liaison service (FLS) โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง และในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ใช้กรอบแนวคิดของโครงการรู้ทันกันหักซ้ำ (Refracture Prevention) ที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เช่น จักษุแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรแพทย์ รวมทั้งมีการตรวจประเมินมวลกระดูก การประเมินภาวะโภชนาการ การให้ยาป้องกันกระดูกพรุน ประเมินความเสี่ยงในการหกล้ม การฝึกการทรงตัว และการแนะนำการทำกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัยโดยนักกายภาพบำบัด ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และโอกาสการเกิดกระดูกหักซ้ำได้ถึง ร้อยละ 50 ลดภาระงบประมาณในการดูแลรักษาเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว[3,4]

โรงพยาบาลพนัสนิคม เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ มีผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ที่รับการรักษาทั้งในอำเภอพนัสนิคม และอำเภอใกล้เคียง คือ อำเภอเกาะจันทร์ อำเภอบ่อทอง และอำเภอพานทอง ข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุในช่วง 5 ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562-2566) เป็นจำนวน 52, 80, 48 และ 68 คนเฉลี่ยปีละ 62 คน ได้นำรูปแบบ FLS มาใช้โดยปรับรูปแบบให้เหมาะกับการดูแลรักษาพยาบาลในบริบทของโรงพยาบาลในชื่อ Phanat FLS[5] การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการป้องกันผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก เพื่อนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ และเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักให้ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการป้องกันผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลพนัสนิคม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบ Retrospective descriptive study รวมระยะเวลาเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2566 (วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับภยันตรายที่ไม่รุนแรง (fragility fracture) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพนัสนิคม ระหว่างวันที่

วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 248 คน

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าสู่งานวิจัย คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่บริเวณ neck of femur, intertrochanter of femur และ subtrochanter of femur อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับภยันตรายที่ไม่รุนแรง เกณฑ์การคัดออกจากงานวิจัย คือ ผู้ป่วยที่กระดูกสะโพกหักจากภยันตรายรุนแรง มีภาวะเนื้องอกกระดูกบริเวณที่หัก และเวชระเบียนมีการบันทึกที่ไม่สมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่ได้รับภยันตรายที่ไม่รุนแรง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพนัสนิคม ระหว่างวันที่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 บันทึกข้อมูลโดยใช้ Case record form ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของการหักของกระดูกสะโพก การรักษา ประเภทการผ่าตัด การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง 2) ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการหักซ้ำ (Refracture) ในกลุ่มผู้ป่วย Operation/Non operation Ambulatory status after fracture for 1 year อัตราการเสียชีวิตในปีแรก (Mortality) สถานะการเดิน (Status of ambulation) อัตราการตรวจตา (eye for correct vision) อัตราการตรวจช่องปาก (Dental check up) อัตราการตรวจระดับวิตามินดี (Vitamin D level) อัตราการตรวจมวลกระดูก (Bone Mineral Density ; BMD) และอัตราการได้รับยารักษากระดูกพรุน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด นำเสนอค่า Coefficient ช่วงความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 กำหนดให้ข้อมูลมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อค่า $p<0.05$ ด้วยโปรแกรม SPSS version 22.0

จริยธรรมการวิจัย

โดยงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ CBO rec 003-2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 248 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 180 คน (ร้อยละ72.6) เพศชาย 68 คน (ร้อยละ 27.4) อายุเฉลี่ยทั้งหมด 77 ปี อายุมากที่สุด 103 ปี อายุน้อยที่สุด 50 ปี ได้รับการรักษาโดยผ่าตัด 148 คน (ร้อยละ 59.7) ไม่รับผ่าตัด 100 คน (ร้อยละ 40.3) ผ่าตัดใส่ Cephalomedullary nail 78 คน (ร้อยละ 52.7) Bipolar hemiarthroplasty 62 คน (ร้อยละ 41.9) total hip replacement 8 คน (ร้อยละ 5.4) ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง 35 คน (ร้อยละ 23.7) ได้รับการผ่าตัดเกิน 72 ชั่วโมง 113 คน (ร้อยละ 76.4) ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า หลังจากติดตามการรักษาครบ 1 ปี พบอัตราผู้ป่วยที่กระดูกหักซ้ำ 4 คน ร้อยละ 1.6±0.1 โดยตำแหน่งที่หัก ได้แก่ กระดูกข้อมือ 1 คน กระดูกต้นแขน 1 คน กระดูกต้นขา 1 คน และกระดูกสะโพกข้างตรงข้าม 1 คน อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 13.7±0.3 โดยอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผ่าตัด ร้อยละ 5.4 และกลุ่มไม่ผ่าตัด ร้อยละ 26 สถานะการเดิน เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง ร้อยละ 19.8 เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง ร้อยละ 42.8 รถเข็น ร้อยละ 7.7 นอนติดเตียง ร้อยละ 16.1 ในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง ร้อยละ 34.3 เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง ร้อยละ 55 รถเข็น ร้อยละ 3.6 นอนติดเตียง ร้อยละ 7.1 ส่วนในกลุ่มไม่ผ่าตัด เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง ร้อยละ 1.4 เดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง ร้อยละ 39.2 รถเข็น ร้อยละ 18.9 นอนติดเตียง ร้อยละ 40.5 อัตราการตรวจตา ร้อยละ 34.3±0.5 อัตราการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 33.9±0.5 อัตราการตรวจระดับวิตามินดี ร้อยละ 88.3±0.3 พบผู้ป่วยที่มีภาวะขาดวิตามินดี (deficiency) ร้อยละ 31.1 วิตามินดีไม่เพียงพอ (insufficiency) ร้อยละ 33.8 และวิตามินดีเพียงพอ (sufficiency) ร้อยละ

35.2 อัตราการตรวจมวลกระดูก ร้อยละ 27.4±0.4 และได้รับยารักษากระดูกพรุน ร้อยละ 22.2±0.4

สรุปและอภิปรายผล

ในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยการนำ FLS มาใช้เป็นกรอบแนวคิดของโครงการรู้ทันกันหักซ้ำ (Refracture Prevention) ที่มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพแบบองค์รวม ตั้งแต่ในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถลดอัตราการหักซ้ำ และอัตราการเสียชีวิต การศึกษานี้พบว่า อัตราการเสียชีวิต และอัตราการหักซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนวัฒน์ อำพันทรัพย์ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งได้เริ่มโครงการ FLS มาเป็นเวลา 10 ปี อัตราการเสียชีวิตในปีแรกลดลงเหลือร้อยละ 5.95 อัตราการหักซ้ำ ร้อยละ 2.93 จากการติดตามหลังการรักษา 1 ปี อัตราการกลับมาเดินได้ของโรงพยาบาลพนัสนิคมต่ำกว่าเล็กน้อย ซึ่งเกิดจากอัตราการรักษาแบบไม่ผ่าตัดสูงค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 40.3

อัตราการตรวจตา และสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 34.3 และร้อยละ 33.9 ซึ่งอยู่ในอัตราต่ำ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องความแออัดของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลพนัสนิคม รับผิดชอบผู้ป่วยโรงพยาบาลเครือข่าย จึงได้นัดผู้ป่วยมารับการคัดกรองหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการบริการด้านจักษุ ได้รับการรักษาเพื่อให้การมองเห็นได้ชัดเจน ลดโอกาสการเกิดพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดกระดูกหักซ้ำ และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยลดอุบัติการณ์การเกิดกระดูกขากรรไกรเสื่อม หลังจากให้ยากลุ่มบิสฟอสโฟเนตจากการรักษาโรคกระดูกพรุน การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกบาง และกระดูกพรุน ของโรงพยาบาลพนัสนิคม ขาดวิตามินดี (deficiency) ร้อยละ 31.1 วิตามินดีไม่เพียงพอ ร้อยละ 33.8 เนื่องจาก ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปในเพศหญิง อยู่ในวัยหมดประจำเดือน จะพบว่ามวลกระดูกลดลงร้อยละ 82 ผลการศึกษานำมาสู่การวางแผนการให้การรักษาโดยการให้วิตามินดี

ความคุ้มค่าของการดำเนินโครงการ จากการศึกษาของ คุณจุฑาทิพ อาธีรพรรณ ศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า ค่าใช้จ่ายในโครงการเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 ราย คือ 139,504.34 บาท เมื่อเทียบกับการรักษาแบบดั้งเดิม คือ 150,720 บาท และความคุ้มค่าของโครงการอย่างมีนัยสำคัญจะเกิดขึ้น เมื่อสามารถพัฒนาโครงการให้ผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดมีจำนวนมากกว่า ร้อยละ 83 และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าร้อยละ 20 ในการศึกษานี้กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 59.7 อยู่ในอัตราที่ต่ำ[2]

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าโครงการ Phanat FLS เป็นโครงการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว อัตราการหักซ้ำ และอัตราตายลดลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาฟื้นฟูร่างกายให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะนอนติดเตียงได้ในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด ความคุ้มทุนของโครงการยังถือว่ายังไม่คุ้มทุน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดยังสูง

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาระบบ Phanat FLS ให้มีศักยภาพในการผ่าตัด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และพัฒนาระบบการจัดการความปวด ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด เริ่มโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพให้รวดเร็ว เพื่อลดโอกาสการติดเตียง และภาวะแทรกซ้อน นำรูปแบบ Phanat FLS ขยายผลไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักได้มาตรฐานและมีคุณภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). โครงสร้างประชากรไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบใน พ.ศ. 2564. Retired from http://www.dop.go.th/th

2. จุฑาทิพ อาธีรพรรณ, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, ชิตวีร์ เจียมตน. ต้นทุน-ประสิทธิผลของโครงการรู้ทัน..กันหักซ้ำในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลเลิดสิน.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 15(3): 326-343,
3. Åkesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, et al. (2013). Capture the fracture: a best practice framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Osteoporos Int 2013;24:2135-52.
4. Ganda K, Puech M, Chen JS, Speerin R, Bleasel J, Center JR, et al. (2012). Models of care for the secondary prevention of osteoporotic fractures: a systematic review and meta-analysis. Osteoporosis Int 2012;24:393-406.
5. โรงพยาบาลพนัสนิคม. (2567). ข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุในช่วง 5 ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562-2566). โรงพยาบาลพนัสนิคม.
6. Tanawat Amphansap, Nitirat Stitkitti, Alisara Arirachakaran.(2020). The effectiveness of Police General Hospital's fracture liaison service (PGH's FLS) implementation after 5 years: A prospective cohort study. Osteoporosis and Sarcopenia, 6(4), 199-204

การพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดระยะเวลาการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

Development of a Stroke Fast Track Service Model to Reduce Door-to-Needle Time for Intravenous Thrombolysis in Patients with Acute Ischemic Stroke at Kranuan Crown Prince Hospital

(Received: September 21, 2026; Revised: September 23, 2026 ; Accepted: September 25, 2026)

สัตกช โพธิ์คำ[1]

Satakoch Phokham[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงคเพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 2 วงรอบ ระหว่างเดือนตุลาคม 2567–กันยายน 2568 ผู้เข้าร่วมประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ 22 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 70 ราย แบ่งเป็นก่อนพัฒนา 31 ราย และหลังพัฒนา 39 ราย เครื่องมือประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบบันทึกการประชุมและสะท้อนผล และแบบประเมินรูปแบบบริการ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Mann–Whitney U test, Fisher's exact test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: ได้รูปแบบ KRANUAN 7R Stroke Fast Track Model ประกอบด้วย Recognize, Relay, Route, Run Parallel, Regulate, Reperfusion และ Recover ครอบคลุมการคัดกรองและแจ้งเตือน การนำส่ง การปฏิบัติงานคู่ขนาน การประสานงาน การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการดูแลต่อเนื่อง โดยมี CPG, CNPG, Clinical Pathway, Fast Lab, Fast Pharmacy, QR Code และสื่อวิดีโอเป็นระบบสนับสนุน ภายหลังพัฒนา ค่าเฉลี่ย Door-to-CT Time ลดลงจาก 18.23 ± 8.30 เป็น 13.31 ± 8.27 นาที)p<.001) ค่าเฉลี่ย Door-to-Needle Time ลดลงจาก 51.71 ± 13.94 เป็น 44.62 ± 13.37 นาที)p=.005) และสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 45 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.71 เป็น 69.23 (p=.015)

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน; ระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง; KRANUAN 7R; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม; Door-to-Needle Time

Abstract

This study aimed to examine the existing situation, develop a stroke fast-track service model appropriate to the context of Kranuan Crown Prince Hospital, and evaluate its effectiveness. This participatory action research was conducted in two cycles from October 2024 to September 2025. Participants included 22 multidisciplinary healthcare professionals and 70 patients with acute ischemic stroke who received intravenous thrombolysis. The patients were divided into a pre-implementation group of 31 patients and a post-implementation group of 39 patients. The research instruments comprised a semi-structured interview guide, patient data record forms, meeting and reflection records, and a service model evaluation form. The content validity of the instruments was examined by five experts, with an item-objective congruence index of 1.00 for all items. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, the Mann–Whitney U test, and Fisher's exact test. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The developed KRANUAN 7R Stroke Fast Track Model consisted of seven components: Recognize, Relay, Route, Run Parallel, Regulate, Reperfusion, and Recover. These components covered screening and early activation, rapid transportation, parallel workflow, multidisciplinary coordination, intravenous thrombolysis, and continuity of care. The model was supported by clinical practice guidelines, clinical nursing practice guidelines, a

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

clinical pathway, Fast Lab and Fast Pharmacy systems, QR codes, and educational videos. Following implementation, the mean door-to-CT time significantly decreased from 18.23 ± 8.30 to 13.31 ± 8.27 minutes (p<.001). The mean door-to-needle time significantly decreased from 51.71 ± 13.94 to 44.62 ± 13.37 minutes (p=.005). Furthermore, the proportion of patients receiving intravenous thrombolysis within 45 minutes significantly increased from 38.71% to 69.23% (p=.015).

Keywords: acute ischemic stroke; stroke fast-track service; KRANUAN 7R; participatory action research; door-to-needle time

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความพิการ และการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตในระยะยาว รายงาน Global Stroke Fact Sheet 2025 ระบุว่าภาระโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ขณะที่ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของประเทศไทยสะท้อนว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีจำนวนมากและจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ [1,2] โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันเกิดจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงหรือหยุดชะงัก ส่งผลให้เนื้อสมองขาดออกซิเจนและเกิดความเสียหายอย่างรวดเร็ว จึงถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ทุกขั้นตอนของการดูแลต้องดำเนินการโดยไม่ล่าช้า

แนวคิด “Time is Brain” อธิบายว่าทุกนาทีที่การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองถูกขัดขวางย่อมสัมพันธ์กับการสูญเสียเซลล์ประสาทและการทำงานของระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง [3] การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ภายในกรอบเวลาที่เหมาะสมเป็นการรักษามาตรฐานที่เพิ่มโอกาสเกิดผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ที่ดี โดยประโยชน์ของการรักษาจะลดลงเมื่อเริ่มยาในเวลาที่ช้าลง [4,5,6] แนวทางเวชปฏิบัติทั้งของ American Heart Association/American Stroke Association และ European Stroke Organisation จึงให้ความสำคัญกับการลดระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยา หรือ Door-to-Needle Time ตลอดจนการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองอย่างรวดเร็วเพื่อวินิจฉัยแยกภาวะเลือดออกในสมองและประเมินความเหมาะสมของการรักษา [5,6]

การลดความล่าช้าไม่อาจดำเนินการเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง แต่ต้องปรับระบบตั้งแต่การรับรู้อาการ การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การคัดกรอง การแจ้งเตือนทีม การตรวจวินิจฉัย การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมยา และการเฝ้าระวังภายหลังให้ยา โครงการ Target: Stroke แสดงให้เห็นว่าการกำหนดเป้าหมายเวลาร่วม การแจ้งทีมล่วงหน้า การทำงานหลายขั้นตอนพร้อมกัน และการทบทวนผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นมาตรการสำคัญในการลด Door-to-Needle Time [7] ขณะเดียวกัน การศึกษาของ Meretoja และคณะพบว่าการปรับกระบวนการแบบหลายองค์ประกอบสามารถลดความล่าช้าภายในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ [8] งานวิจัยในประเทศไทยยังสนับสนุนว่าการพัฒนา Stroke Fast Track และระบบรายงานผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบเร่งด่วนช่วยลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยได้ [9,10,11]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่รับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากพื้นที่รับผิดชอบและเครือข่ายบริการ การทบทวนระบบบริการเดิมพบว่า Door-to-CT Time เฉลี่ยเท่ากับ 18.23 ± 8.30 นาที Door-to-Needle Time เฉลี่ยเท่ากับ 51.71 ± 13.94 นาที และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 38.71 ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 45 นาที นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านความแตกต่างของประสบการณ์บุคลากร การปฏิบัติงานแบบเรียงตามลำดับ การไม่มีช่องทางแจ้งเตือนเฉพาะ ความไม่พร้อมของอุปกรณ์และหน่วยสนับสนุน รวมถึงการขาดผู้กำกับภาพรวม

และระบบติดตามตัวชี้วัดร่วมกัน ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เกิดเวลารอในหลายช่วงของกระบวนการและอาจลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาภายในเวลาที่เหมาะสม

ผู้วิจัยจึงประยุกต์การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเปิดโอกาสให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ทดลองปฏิบัติ สังเกตผลและสะท้อนผลเป็นวงรอบ[12] กระบวนการดังกล่าวมุ่งให้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับทรัพยากรข้อจำกัด และวิถีการทำงานจริงของโรงพยาบาล รวมทั้งสร้างความเป็นเจ้าของร่วมของผู้ปฏิบัติงาน อันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ก่อนถึงโรงพยาบาลจนถึงการฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นโดยเปรียบเทียบระยะเวลาการให้บริการ สัดส่วนการบรรลุเป้าหมาย ผลลัพธ์ทางคลินิก และความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนา รวมทั้งประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบบริการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยและระยะเวลาดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการตามวงจรการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตผล และการสะท้อนผล จำนวน 2 วงรอบ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น โดยมุ่งศึกษาระบบบริการเดิม พัฒนารูปแบบบริการร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน และประเมินผลก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้

ประชากรและผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 22 คน ประกอบด้วย แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เภสัชกร 2 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักรังสีการแพทย์ 2 คน และเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉิน 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนการพัฒนา 31 ราย และกลุ่มหลังการพัฒนา 39 ราย โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาศึกษา

เกณฑ์คัดเข้าของผู้ป่วย ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และมีข้อมูลสำคัญในเวชระเบียนเพียงพอต่อการวิเคราะห์ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ข้อมูลระยะเวลาหลักไม่ครบถ้วน หรือได้รับการส่งต่อก่อนเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและตัวชี้วัดระยะเวลา 3) แบบบันทึกการประชุม การสังเกต และการสะท้อนผล และ 4) แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบบริการ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตามดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยใช้หลักการของ Rovinelli และ Hambleton [13] ผลการตรวจสอบได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ

เครื่องมือดำเนินงานประกอบด้วยเป้าหมายเวลาร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ แนวทางเวชปฏิบัติ แนวปฏิบัติการพยาบาล Clinical Pathway ระบบ Fast Lab ระบบ Fast Pharmacy รหัสคิวอาร์สำหรับเข้าถึงแนวปฏิบัติ และสื่อวิดีโอเพื่อการเรียนรู้ เครื่องมือเหล่านี้ใช้สนับสนุนให้ทุกวิชาชีพปฏิบัติงานตามมาตรฐานเดียวกันและลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 2 วงรอบ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล โดยเปิดโอกาสให้ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบและทดลองใช้แนวทาง ตลอดจนการประเมินและปรับปรุงรูปแบบบริการ ดังนี้

วงรอบที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนากระบวนการบริการเบื้องต้น

Plan (วางแผน) ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ระบบบริการเดิมโดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในปีงบประมาณ 2567 เพื่อวิเคราะห์ระยะเวลาในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ Door-to-CT Time และ Door-to-Needle Time

รวมทั้งสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาเป้าหมาย นอกจากนี้ ผู้วิจัยสังเกตกระบวนการปฏิบัติงานจริง สัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ และจัดประชุมร่วมกับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุของความล่าช้า

Act (ปฏิบัติ) ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันกำหนดเป้าหมายระยะเวลาการปฏิบัติงานร่วมกัน หรือ Shared Time Targets พร้อมทั้งปรับปรุง Clinical Practice Guideline และ Clinical Nursing Practice Guideline ให้สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานและบริบทของโรงพยาบาล จัดทำ Clinical Pathway เพื่อกำหนดลำดับขั้นตอนและบทบาทของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน รวมถึงพัฒนาระบบ Fast Lab และ Fast Pharmacy เพื่อลดระยะเวลาการรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเตรียมยาละลายลิ่มเลือด นอกจากนี้ ได้ทดลองใช้ช่องทางสื่อสารสำหรับแจ้งเตือนทีม ตลอดจน QR Code และสื่อวิดีโอเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงแนวปฏิบัติได้สะดวกและรวดเร็ว

Observe (สังเกตการณ์) ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติงานของทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานการณ์จริง โดยบันทึกระยะเวลาในแต่ละขั้นตอน ความครบถ้วนของการปฏิบัติตามแนวทาง ปัญหาในการประสานงาน และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการทดลองใช้มาตรการพัฒนา พร้อมรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานแต่ละวิชาชีพ

Reflect (สะท้อนผล) ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทบทวนผลการดำเนินงานเปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมายเวลาที่กำหนด และวิเคราะห์ปัญหาที่ยังคงเกิดขึ้น ผลการสะท้อนพบว่ากระบวนการบริการมีความชัดเจนขึ้น แต่ยังจำเป็นต้องปรับปรุงการแจ้งเตือน การกำกับเวลาการทำงานคู่ขนาน และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ข้อค้นพบดังกล่าวจึงนำไปใช้ปรับปรุงและสังเคราะห์รูปแบบบริการในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบบริการ

Plan (วางแผน) ผู้วิจัยนำผลการสะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นรูปแบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โดยกำหนดองค์ประกอบ กระบวนการปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบและเป้าหมายระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน รูปแบบเน้นการแจ้งเตือนทีมผ่านช่องทางเดียว การกำหนดเส้นทางเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วย การดำเนินงานหลายขั้นตอนพร้อมกัน และการกำกับประสานงานโดย Stroke Nurse Coordinator

Act (ปฏิบัติ) ทีมสหสาขาวิชาชีพนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง โดยดำเนินการคัดกรองและแจ้งเตือนทีมทันทีเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง กำหนดเส้นทางให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยเร็ว และดำเนินกิจกรรมที่สามารถทำพร้อมกันได้ เช่น การประเมินผู้ป่วย การเจาะเลือด การเตรียมตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การรายงานผลตรวจ และการเตรียมยาโดย Stroke Nurse Coordinator ทำหน้าที่กำกับ

เวลา ประสานการดำเนินงาน ติดตามความครบถ้วนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแล

Observe (สังเกตการณ์) ผู้วิจัยติดตามผลการนำรูปแบบไปใช้โดยเก็บข้อมูลระยะเวลาหลัก ประเมินสัดส่วนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมาย Door-to-CT Time และ Door-to-Needle Time ตรวจสอบความครบถ้วนของการปฏิบัติตามรูปแบบ รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คะแนน Barthel Index ณ วันจำหน่าย ระดับ modified Rankin Scale ภาวะเลือดออกในสมองที่มีอาการ และการเสียชีวิตระหว่างพักรักษาตัว นอกจากนี้ ยังประเมินความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ของรูปแบบบริการ

Reflect (สะท้อนผล) ผู้วิจัยนำผลการดำเนินงานและตัวชี้วัดทั้งหมดเข้าสู่การประชุมสะท้อนผลร่วมกับผู้บริหารและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพิจารณาจุดแข็ง ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปรับปรุง โดยให้ความสำคัญกับการกำกับเวลา การรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินหลายรายพร้อมกัน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่ และการเชื่อมโยงการประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่าย จากนั้นจึงปรับปรุงและสรุปเป็น KRANUAN 7R Stroke Fast Track Model ฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ตามระดับการวัดและการกระจายของข้อมูล การเปรียบเทียบตัวแปรต่อเนื่องระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาใช้ Mann–Whitney U test ส่วนตัวแปรจัดกลุ่มใช้ Fisher's exact test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกต การประชุม และการสะท้อนผลวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ประเด็น ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแหล่งข้อมูล และนำผลกลับไปตรวจสอบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เลขที่ HE006

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 22 คนมีอายุเฉลี่ย 34.5 ปี และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย 8.2 ปี โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด ผู้ป่วยจำนวน 70 รายแบ่งเป็นก่อนพัฒนา 31 รายและหลังพัฒนา 39 ราย ลักษณะพื้นฐานส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยง ช่องทางการมาโรงพยาบาล และคะแนน NIHSS แรกรับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม อายุเฉลี่ย การรับรู้อาการโรคหลอดเลือดสมองก่อนมาถึงโรงพยาบาล และการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ($p < .05$)

2. สถานการณ์ระบบบริการเดิมและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความล่าช้า การทบทวนเวชระเบียนร่วมกับการสังเกตและสัมภาษณ์พบว่าความล่าช้าเกิดจากปัจจัยที่เชื่อมโยงกัน 6 ด้าน ได้แก่ 1) บุคลากรมีประสบการณ์และความชำนาญแตกต่างกันโดยเฉพาะเวรดึกและวันหยุด 2) กระบวนการไม่มีเป้าหมายเวลาร่วมและดำเนินงานเรียงทีละขั้นตอน 3) เครื่องมือและอุปกรณ์บางรายการไม่พร้อมใช้ทันที เช่น การชั่งน้ำหนักและชุดเตรียมยา 4) การสื่อสารต้องแจ้งหลายหน่วยงานและไม่มีช่องทางเฉพาะ 5) พื้นที่ห้องฉุกเฉินและห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ต้องใช้ร่วมกับผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทอื่น และ 6) การบริหารจัดการยังไม่มีผู้กำกับภาพรวมและระบบทบทวนตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ ทีมวิจัยจึงกำหนดให้การปรับกระบวนการและการสื่อสารเป็นประเด็นเร่งด่วน

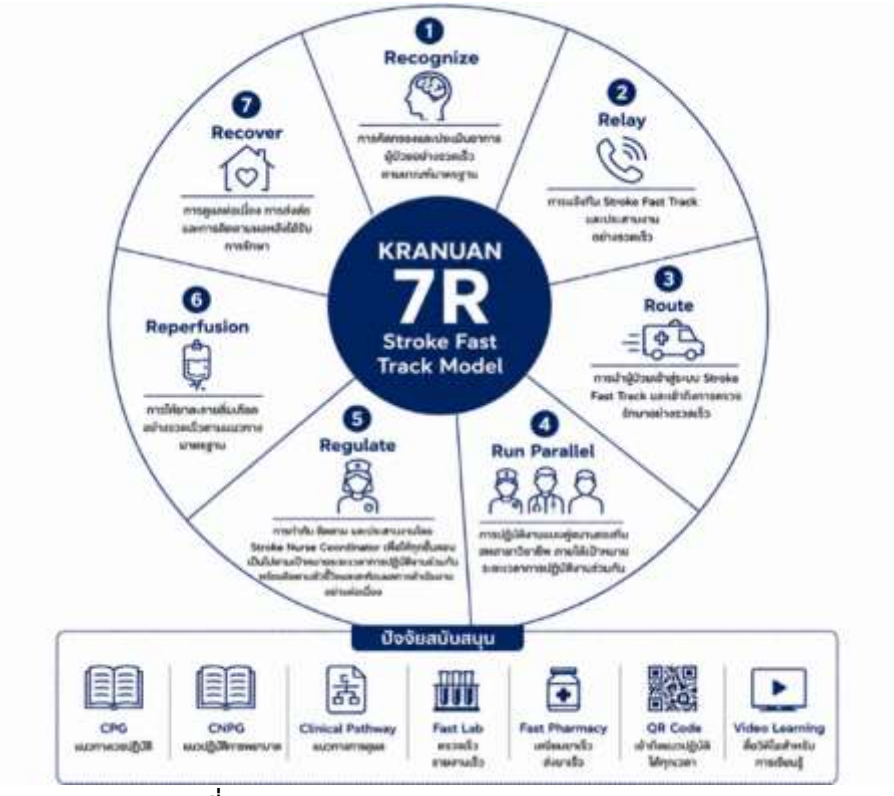
3. รูปแบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น

ตารางที่ 1 **องค์ประกอบของ** KRANUAN 7R Stroke Fast Track Model

องค์ประกอบ	**สาระสำคัญ**	**ผู้รับผิดชอบหลัก**
1. Recognize	คัดกรองด้วย BEFAST หรือ FAST และแจ้งเตือนทันทีเมื่อสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง	พยาบาลคัดกรองและห้องฉุกเฉิน
2. Relay	แจ้งทีมผ่านช่องทางเดียวและรับการแจ้งล่วงหน้าจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ห้องฉุกเฉินและเครือข่าย EMS
3. Route	กำหนดเส้นทางเร่งด่วนและนำผู้ป่วยไปตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยตรงเมื่อเหมาะสม	ห้องฉุกเฉินและรังสีวิทยา
4.Run Parallel	ดำเนินกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันตามขอบเขตวิชาชีพ	ทีมสหสาขาวิชาชีพ
5. Regulate	กำกับเวลา ประสานงาน บันทึกตัวชี้วัด และสะท้อนผลตามเป้าหมายร่วม	Stroke Nurse Coordinator
6. Reperfusion	ให้ยาละลายลิ่มเลือดตามแนวปฏิบัติและเฝ้าระวังภายหลังได้รับยา	แพทย์และพยาบาล
7. Recover	ดูแลต่อเนื่อง ฟื้นฟู ส่งต่อ ติดตาม และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ	ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย

การดำเนินงาน 2 วงรอบทำให้ได้ KRANUAN 7R Stroke Fast Track Model ซึ่งเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่การคัดกรองและแจ้งเตือน การนำส่ง การตรวจวินิจฉัย การปฏิบัติงานคู่ขนาน การกำกับเวลา การให้ยาละลายลิ่มเลือด จนถึงการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่อง องค์ประกอบและผู้รับผิดชอบหลักแสดงในตารางที่ 1

รูปแบบได้รับการสนับสนุนด้วย CPG, CNPG, Clinical Pathway, Fast Lab, Fast Pharmacy, QR Code และสื่อวิดีโอเพื่อการเรียนรู้ โดย Stroke Nurse Coordinator ทำหน้าที่เชื่อมโยงการทำงาน ติดตาม Shared Time Targets และประสานการแก้ไขปัญหาแบบทันเวลา ส่งผลให้ทีมสามารถเตรียมความพร้อมและปฏิบัติงานหลายขั้นตอนได้พร้อมกัน ดังแสดงความเชื่อมโยงในภาพที่1



ภาพที่ 1 KRANUAN 7R Stroke Fast Track Model

4. ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาการให้บริการและการบรรลุเป้าหมาย

ภายหลังพัฒนา Door-to-CT Time เฉลี่ยลดลงจาก 18.23 ± 8.30 นาที เป็น 13.31 ± 8.27 นาที (p < .001) และ Door-to-Needle Time เฉลี่ยลดลงจาก 51.71 ± 13.94 นาที เป็น 44.62 ± 13.37 นาที (p = .005) ดังตารางที่ 2

สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองภายใน 15 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.61 เป็นร้อยละ 82.05 (p = .009) สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 45 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.71 เป็นร้อยละ 69.23 (p = .015) และสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยาภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.19 เป็นร้อยละ 82.05 (p = .560 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ดังตารางที่ 3

5. ผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัย คะแนน Barthel Index และคะแนน modified Rankin Scale ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อมูลแรกรับและวันจำหน่ายครบเป็นคู่ (n = 30 ในกลุ่มก่อนพัฒนา และ n = 33 ในกลุ่มหลังพัฒนา) มีขนาดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มหลังพัฒนามากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .033 และ p = .006 ตามลำดับ) ภาวะเลือดออกในสมองที่มีอาการและการเสียชีวิตระหว่างพักรักษาตัวไม่พบในทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 4 การแปลผลด้านความปลอดภัยควรพิจารณาร่วมกับจำนวนตัวอย่างที่จำกัดและการที่ไม่พบเหตุการณ์เลย (zero-event) ในทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาการให้บริการก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวแปร	**ก่อนพัฒนา mean ± SD**	**หลังพัฒนา mean ± SD**	**p-value**
Door-to-CT Time (นาที)	18.23 ± 8.30	13.31 ± 8.27	< .001
Door-to-Needle Time (นาที)	51.71 ± 13.94	44.62 ± 13.37	.005

หมายเหตุ: เปรียบเทียบด้วย Mann–Whitney U test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายระยะเวลาก่อนและหลังการพัฒนา

เป้าหมาย	ก่อนพัฒนา n (%)	หลังพัฒนา n (%)	p-value
Door-to-CT Time ≤ 15 นาที	16 (51.61)	32 (82.05)	.009
Door-to-Needle Time ≤ 45 นาที	12 (38.71)	27 (69.23)	.015
Door-to-Needle Time ≤ 60 นาที	23 (74.19)	32 (82.05)	.560

หมายเหตุ: เปรียบเทียบด้วย Fisher’s exact test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัยก่อนและหลังการพัฒนา

ผลลัพธ์	**ก่อนพัฒนา (n = 31)**	**หลังพัฒนา (n = 39)**	**p-value**
Barthel Index, mean ± SD (n = 30/33)			
แรกรับ	27.83 ± 26.02	35.91 ± 30.37	
จำหน่าย	51.00 ± 38.27	73.79 ± 35.31	
การเปลี่ยนแปลงของคะแนน	23.17 ± 20.40	37.88 ± 27.30	.033
p-value ภายในกลุ่ม	< .001	< .001	
Modified Rankin Scale, mean ± SD (n = 30/33)			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและความปลอดภัยก่อนและหลังการพัฒนา

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา (n = 31)	หลังพัฒนา (n = 39)	p-value
แรกรับ	4.67 ± 0.55	4.27 ± 1.15	
จำหน่าย	3.60 ± 1.45	2.27 ± 1.57	
การเปลี่ยนแปลงของคะแนน	1.07 ± 1.14	2.00 ± 1.27	.006
p-value ภายในกลุ่ม	< .001	< .001	
ภาวะเลือดออกในสมองที่มีอาการ, n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	–
เสียชีวิตระหว่างพักรักษาตัว, n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	–

6. ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบบริการ

ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 22 คนมีคะแนนความคิดเห็นต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก เท่ากับ 4.41 ± 0.55 คะแนน องค์ประกอบที่มีคะแนนสูงสุดคือ Regulate เท่ากับ 4.59 ± 0.50 รองลงมาคือ Recognize 4.55 ± 0.51 และ Reperfusion 4.50 ± 0.51 ข้อเสนอแนะสำคัญ ได้แก่ การอบรมบุคลากรใหม่ การซ้อมระบบเป็นระยะ การติดตามตัวชี้วัดรายเดือน การเตรียมแผนรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินหลายรายพร้อมกัน และการเชื่อมโยงข้อมูลกับโรงพยาบาลเครือข่าย

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ระบบบริการและการพัฒนารูปแบบ

ผลการศึกษาชี้ว่าความล่าช้าในระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากปัจจัยหลายระดับที่สัมพันธ์กัน ทั้งบุคลากร กระบวนการ เครื่องมือ การสื่อสาร สิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการ การแก้ไขจึงต้องใช้มาตรการหลายองค์ประกอบพร้อมกัน ไม่ใช่ปรับเพียงขั้นตอนการให้ยา การกำหนด Shared Time Targets ทำให้ทุกวิชาชีพเห็นเป้าหมายเดียวกัน ขณะที่ Clinical Pathway และแนวปฏิบัติมาตรฐานช่วยลดความไม่แน่นอนในการตัดสินใจ Fast Lab และ Fast Pharmacy ลดเวลารอจากหน่วยสนับสนุน ส่วนการแจ้งเตือนผ่านช่องทางเดียวและการทำงานคู่ขนานช่วยให้ทีมเตรียมการก่อนผู้ป่วยถึงแต่ละจุดบริการ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของ Target: Stroke ซึ่งสนับสนุนการแจ้งทีมล่วงหน้า การรักษาความเร่งด่วนตลอดกระบวนการ และการทบทวนข้อมูลเพื่อปรับปรุงคุณภาพ [7]

การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมตั้งแต่การระบุปัญหาจนถึงการประเมินผล รูปแบบจึงพัฒนาจากข้อจำกัดและทรัพยากรจริงของโรงพยาบาล ไม่ได้เป็นเพียงการนำแนวทางภายนอกมาใช้โดยตรง กระบวนการสะท้อนผลทำให้สามารถปรับบทบาท การประสานงาน และมาตรการรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินซ้อนได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ที่มองการปฏิบัติและการสะท้อนผลเป็นกระบวนการสร้างความรู้และการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน [12]

ผลลัพธ์ด้านระยะเวลาและการบรรลุเป้าหมาย

Door-to-CT Time ลดลง 4.92 นาที หรือประมาณร้อยละ 27.0 และ Door-to-Needle Time ลดลง 7.09 นาที หรือประมาณร้อยละ 13.7 ภายหลังการใช้รูปแบบ การลดลงดังกล่าวมีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากประโยชน์ของการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีความสัมพันธ์กับเวลาที่เริ่มรักษา โดยการรักษาที่เร็วกว่าจะเพิ่มโอกาสเกิดผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ที่ดี [3,4] การที่สัดส่วนผู้ป่วยได้รับยาภายใน 45 นาทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญยังสะท้อนว่ารูปแบบช่วยให้ระบบบรรลุเป้าหมายที่ท้าทายกว่ามาตรฐาน 60 นาทีได้มากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Meretoja และคณะ ซึ่งรายงานว่าการใช้มาตรการแบบหลายองค์ประกอบและการขจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นสามารถลดความล่าช้าภายในโรงพยาบาลได้ [8] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของประกอบทรัพย์ที่พบว่าโปรแกรม Stroke Fast Track ช่วยลด Door-to-Needle Time [9] และการศึกษาของศิริยาและคณะที่พัฒนาระบบรายงานผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบเร่งด่วนสำหรับ Stroke Fast Track [10] ความสอดคล้องของผลลัพธ์สนับสนุนว่าการลดเวลาต้องเชื่อมโยงทั้งการคัดกรอง การวินิจฉัย การสื่อสาร และการเตรียมยา

ผลลัพธ์ทางคลินิก ความปลอดภัย และการยอมรับของทีม

ในกลุ่มที่มีข้อมูลแรกรับและวันจำหน่ายครบเป็นคู่ (n = 30/33) Barthel Index และ modified Rankin Scale มีขนาดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มหลังพัฒนามากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .033 และ p = .006 ตามลำดับ) ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับจำนวนตัวอย่างที่จำกัด ความรุนแรงของโรค โรคร่วม และการฟื้นฟูที่ผู้ป่วยได้รับ แม้หลักฐานระดับนานาชาติสนับสนุนว่าการรักษาที่เร็วขึ้นสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น [4] แต่เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาโดยไม่มีกลุ่มควบคุม การศึกษานี้จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างรูปแบบกับผลลัพธ์ทางคลินิกได้โดยตรง

ภาวะเลือดออกในสมองที่มีอาการและการเสียชีวิตระหว่างพักรักษาตัวไม่พบในทั้งสองกลุ่ม (zero-event) แสดงว่าไม่พบสัญญาณว่าการเร่งกระบวนการเพิ่มความเสี่ยงในกลุ่มตัวอย่างนี้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่พบเหตุการณ์เลยและการศึกษามีขนาดตัวอย่างไม่มาก จึงไม่ควรตีความว่าเป็นหลักฐานยืนยันความเท่าเทียมด้านความปลอดภัย ควรมีการติดตามในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และระยะยาว

ความคิดเห็นของทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก โดย Regulate ได้คะแนนสูงสุด แสดงให้เห็นความสำคัญของ Stroke Nurse Coordinator ในการกำกับเวลา เชื่อมโยงข้อมูล ประสานงาน และสะท้อนผล จุดเด่นนี้ทำให้กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายวิชาชีพมีผู้รับผิดชอบภาพรวมอย่างชัดเจน และลดความเสี่ยงที่ขั้นตอนสำคัญจะหยุดรอระหว่างหน่วยงาน

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาใช้การเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนหรือสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้อย่างสมบูรณ์

2. จำนวนผู้ป่วยมีจำกัดและกลุ่มก่อนกับหลังมีขนาดไม่เท่ากัน ซึ่งอาจลดอำนาจการทดสอบสำหรับผลลัพธ์ที่เกิดไม่บ่อยหรือมีความแปรปรวนสูง

3. ผลลัพธ์ Barthel Index และ mRS ประเมินณ วันจำหน่าย ยังไม่ครอบคลุมผลลัพธ์มาตรฐานที่ 90 วันหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4. การดำเนินงานในโรงพยาบาลแห่งเดียวอาจจำกัดการอ้างอิงผลไปยังสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรโครงสร้างบริการ หรือเครือข่ายแตกต่างกัน

5. กลุ่มก่อนและหลังการพัฒนามีลักษณะพื้นฐานบางประการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุเฉลี่ย การรับรู้อาการโรคหลอดเลือดสมองก่อนมาถึงโรงพยาบาล และการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกได้โดยไม่ขึ้นกับรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น จึงควรพิจารณาผลลัพธ์ทางคลินิกที่พบด้วยความระมัดระวัง

สรุปผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้เกิด KRANUAN 7R Stroke Fast Track Model ซึ่งประกอบด้วย Recognize, Relay, Route, Run Parallel, Regulate, Reperfusion และ Recover ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่การคัดกรองและแจ้งเตือน การนำส่ง การทำงานคู่ขนาน การกำกับและประสานงาน การให้ยาละลายลิ่มเลือด จนถึงการดูแลต่อเนื่อง โดยมี CPG, CNPG, Clinical Pathway, Fast Lab, Fast Pharmacy, QR Code และสื่อวิดีโอเป็น

ระบบสนับสนุน ภายหลังนำรูปแบบไปใช้ Door-to-CT Time และ Door-to-Needle Time ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสัดส่วนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายภายใน 15, 45 และ 60 นาทีเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ขนาดการเปลี่ยนแปลงของคะแนน Barthel Index และ modified Rankin Scale ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบเป็นคู่ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยไม่พบภาวะเลือดออกในสมองที่มีอาการหรือการเสียชีวิตในทั้งสองกลุ่ม รูปแบบจึงเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนและมีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรกำหนด Stroke Nurse Coordinator และผู้ปฏิบัติแทนในทุกช่วงเวลา พร้อมระบุอำนาจหน้าที่ในการกำกับเวลาและประสานการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน

2. ควรติดตาม Shared Time Targets และทบทวนผลรายเดือน โดยวิเคราะห์ระยะเวลาย่อยและเหตุการณ์ที่ไม่บรรลุเป้าหมายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ควรจัดอบรมบุคลากรใหม่ ซ้อมระบบเป็นระยะ และปรับปรุง CPG, CNPG, Clinical Pathway ตลอดจนสื่อ QR Code และวิดีโอให้สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติปัจจุบัน

4. ควรพัฒนาแผนรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินหลายรายพร้อมกัน และเชื่อมระบบแจ้งเตือนกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและโรงพยาบาลเครือข่ายให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นหรือการศึกษาแบบหลายศูนย์ เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการอ้างอิงผล

2. ควรติดตามผลลัพธ์มาตรฐานที่ 90 วัน เช่น mRS, Barthel Index คุณภาพชีวิต การกลับเข้ารักษาซ้ำ และการเสียชีวิต

3. ควรประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ความยั่งยืนของการปฏิบัติตามรูปแบบ และปัจจัยที่มีผลต่อการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ทีมสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรโรงพยาบาลเครือข่าย ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al.(2025). World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*. 2025;20(2):132–144. doi:10.1177/17474930241308142.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) ปีงบประมาณ 2567* [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 9 สิงหาคม 2569].
3. Saver JL.(2006). Time is brain—quantified. *Stroke*. 2006;37(1):263–266. doi:10.1161/01.STR.0000196957.55928.ab.
4. Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al.(2014). Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet*. 2014;384(9958):1929–1935. doi:10.1016/S0140-6736(14)60584-5.
5. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al.(2019). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic *Stroke*: 2019 Update to the 2018 Guidelines. Stroke. 2019;50(12):e344–e418. doi:10.1161/STR.0000000000000211.

6. Berge E, Whiteley W, Audebert H, et al.(2021). European Stroke Organisation (ESO) guidelines on intravenous thrombolysis for acute ischaemic stroke. *European Stroke Journal*. 2021;6(1):I–LXII. doi:10.1177/2396987321989865.
7. Fonarow GC, Smith EE, Saver JL, et al.(2011). Improving door-to-needle times in acute ischemic stroke: the design and rationale for the American Heart Association/American *Stroke* Association's Target: Stroke initiative. Stroke. 2011;42(10):2983–2989. doi:10.1161/STROKEAHA.111.621342.
8. Meretoja A, Strbian D, Mustanoja S, Tatlisumak T, Lindsberg PJ, Kaste M.(2012). Reducing in-hospital delay to 20 minutes in stroke thrombolysis. *Neurology*. 2012;79(4):306–313. doi:10.1212/WNL.0b013e31825d6011.
9. ประกอบทรัพย์ ร. (2562). Effects of Using Acute Stroke Fast Track Program on Door to Needle Time in Somdejprasangkharach 17th Hospital, Suphanburi. *วารสารโรงพยาบาลหัวหิน*. 2562;4(3):e0072.
10. ศิริยา บ, มะโนยานะ น, ถือแก้ว จ, เขตสมัคร ร.(2568). Rapid response computed tomography reporting protocol for stroke fast track in Phrae Hospital. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2568;34(3):521–530.
11. อังกูร ก, สุวรรณโณ จ.(2560). Development and Evaluation of the Stroke Fast Track Care System for Acute Ischemic Stroke Patients at Hatyai Hospital and Songkhla Provincial Hospital Network. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*. 2560;16(2):5–15.
12. Kemmis S, McTaggart R.(2000). Participatory action research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2000. p. 567–605.
13. Rovinelli RJ, Hambleton RK.(1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*. 1977;2:49–60.

การพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Quality Improvement of Patient Transfer After Open Heart Surgery, Cardio thoracic Surgical Intensive Care Unit, Buddhachinnaraj Phitsanulok Hospital

(Received: August 10, 2026; Revised: August 19, 2026 ; Accepted: August 21, 2026)

ขวัญทิชา อินชาวนา[1] เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล[2] อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์[2]
Khwanthicha Inchaona[1] Petsunee Thungjaroenkul[2] Apiradee Nantsupawat[3]

บทคัดย่อ

การศึกษา วิจัยและพัฒนานี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจโดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วย โฟกัส พีดีซีเอ ที่ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง สร้างทีมงานให้ความรู้ สร้างความเข้าใจในสถานการณ์เกี่ยวกับกระบวนการ ทำความเข้าใจสาเหตุในกระบวนการ การเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง วางแผนปรับปรุง วิเคราะห์และทำการแก้ไข ตรวจสอบผลการปฏิบัติและการนำผลการประเมินมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 6 คนที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ดำเนินการวิจัยโดยใช้เครื่องมือวิจัย 4 ชนิด ประกอบด้วย แนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก แบบฟอร์มบันทึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และแบบบันทึกอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเก็บข้อมูลจากการปฏิบัติของพยาบาลกับผู้ป่วยที่รักษาในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 30 ราย ได้ข้อมูลนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแก่พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกแล้ว ประชากรในการศึกษานี้มีการปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอย่างถูกต้องร้อยละ 99.74 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดคือร้อยละ 80 และยังพบว่าในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีผู้ป่วย จำนวน 3 รายจากทั้งหมด 30 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.99) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระหว่างการเคลื่อนย้าย ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 2 ราย และผู้ป่วยมีความดันโลหิตผิดปกติ จำนวน 1 ราย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้ง 3 รายได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยทุกคนกลับมาถึงหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย, ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก, การพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to enhance the quality of postoperative cardiac patient transfer by applying the continuous quality improvement concept through the Focus–PDCA (Plan–Do–Check–Act) cycle. The process consisted of nine steps: identifying processes requiring improvement, building a knowledgeable team, fostering understanding of the clinical situation, analyzing root causes, selecting processes for improvement, planning interventions, implementing corrective actions, evaluating outcomes, and integrating results into ongoing improvement. The study population included 17 professional nurses and 6 nurse assistants working in the Cardiothoracic Intensive Care Unit at Buddhachinnaraj Hospital, Phitsanulok. Four research instruments were employed: (1) guidelines for postoperative cardiac patient transfer, (2) a transfer recording form, (3) an observation checklist for adherence to transfer guidelines, and

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Corresponding author, E-mail: petsunee @gmail.com

(4) an incident report form for adverse events during transfer. Data was collected from 30 patients who underwent transfer and analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that after training nurses on the standardized transfer guidelines, adherence reached 99.74%, exceeding the target benchmark of 80%. Additionally, during transfers, 3 out of 30 patients (10%) experienced adverse events: two cases of cardiac arrhythmia and one case of abnormal blood pressure. All three patients received immediate and appropriate interventions according to the transfer protocol and were safely returned to the intensive care unit.

Keywords: Patient transfer, Cardio thoracic Surgical Intensive Care Unit, Nursing

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ถึงแม้ว่าหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤตจะมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยในการติดตามอาการและความผิดปกติของผู้ป่วยวิกฤตตลอดเวลา แต่มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยวิกฤตมีความจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายออกไปหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล เนื่องจากการตรวจรักษาหรือทำหัตถการบางอย่างไม่สามารถทำที่เตียงผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงานเฉพาะ[1] ซึ่งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้[2] โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตที่อาการสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วตลอดเวลา การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตออกจากหอผู้ป่วยจึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการผิดปกติและเสียชีวิตได้[3] ทั้งนี้ ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะมีการเคลื่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยไปหน่วยอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือการทำหัตการอื่นๆที่ภายในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถทำได้ เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography: CT) การใส่สายสวนหัวใจ (Cardiac Catheter) การส่องกล้องและหัตถการพิเศษ เป็นต้น ดังนั้นในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตจึงจะต้องมีความระมัดระวังและดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย[4]

จากการทบทวนพบว่ามีอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤตในระหว่างการเคลื่อนย้ายภายในโรงพยาบาล โดย Zirpe และคณะ พบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตสามารถจำแนกออกมาได้เป็น 3 กลุ่มโดยแต่ละกลุ่มมีความถี่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ดังนี้ 1) ความผิดปกติของระบบหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ความดันโลหิตสูง (hypertension) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias) ภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) ภาวะหัวใจหยุดเต้น (arrest) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 30.3% ของเหตุการณ์ทั้งหมด 2) ความผิดปกติของระบบหายใจ ได้แก่ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia: O2saturation <90%) การสำลักเข้าปอด (pulmonary aspiration) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 17.6% ของเหตุการณ์ทั้งหมด และ 3) ความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ ภาวะกระวนกระวาย (agitation) สับสน (restless) ภาวะชัก (seizure) ระดับน้ำตาลลดลงเฉียบพลัน (acute hypoglycemia) คิดเป็น 16.6% ของเหตุการณ์ทั้งหมด[5]

ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการศึกษาแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลโดย ในงานวิจัยของ Gleicและคณะ ได้นำแนวคิดลีนมาช่วยแก้ปัญหาความล่าช้าในกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเมโย สหรัฐ อเมริกา โดยมีการกำจัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออกและ รวม

กิจกรรมบางอย่างเข้าส่งผลให้ระยะเวลาตลอดกระบวนการลดลงจากเดิม 25.5 นาที เหลือเพียง 16.5 นาที[6] ส่วนงานวิจัยของ Lin และคณะ ได้นำเครื่องมือ Healthcare Failure Mode and Effects Analysis (HFMEA) มาช่วยในการวิเคราะห์สาเหตุปัญหาและเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาในกระบวนการเคลื่อนย้ายภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการปรับปรุงกระบวนการทำให้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (fisher exact p value = .027)[7] และงานวิจัยของ Bodley และคณะ ได้พัฒนาแบบบันทึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วยทั่วไป ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ประเทศแคนาดา ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการใช้แบบบันทึกฯ มีการปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 48.8 แต่ภายหลังการใช้แบบบันทึกมีการปฏิบัติความครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 93.3 จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลที่มีปัญหาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์กระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุที่จะนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และวางแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขจุดที่มีความบกพร่องโดยเลือกใช้เครื่องมือปรับปรุงคุณภาพที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล จึงจะทำให้การแก้ปัญหาที่เกิดในกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
ได้[8]

ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นหน่วยบริการที่สำคัญของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจหลอดเลือดและทรวงอก ในทุกๆ วันของการให้บริการผู้ป่วยของห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไปยังหอผู้ป่วยและแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทางหอผู้ป่วยได้มีการกำหนดเป้าหมายคุณภาพในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยเกิดภาวะออกซิเจนลดต่ำ ระดับสัญญาณชีพไม่คงที่เท่ากับ 0 ซึ่งปัจจุบันหอผู้ป่วยนี้ได้นำแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กำหนดไว้ในปีพ.ศ. 2565 มาใช้[9] อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเกิดขึ้นในระหว่างการเคลื่อนย้าย ซึ่งบางเหตุการณ์เป็นเรื่องที่ป้องกันได้ เช่น ปริมาณออกซิเจนในถังน้อยเกินไปทำให้เครื่องช่วยหายใจทำงานผิดปกติ มีการหักพับของสายน้ำเกลือทำให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตน้อยเกินไป เป็นต้น[10]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องทำการพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โดยเลือกใช้กระบวนการโฟกัสพีดีซีเอ (FOCUS PDCA) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรพยาบาลในการแก้ปัญหาและมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องจนบรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยของห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) และศึกษาผลลัพธ์จาก 1) การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 2. อุบัติการณ์อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึง

ประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกโดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องแบบโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยบุคลากรพยาบาล และผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดย บุคลากรพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรง พยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 23 คน แยกเป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 17 คน (ไม่รวมหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมพัฒนา 2 คน) และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 6 คน ในการศึกษานี้ใช้ประชากรทั้งหมด และ ผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่รักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่มีคำสั่งแพทย์ให้เคลื่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วย ไปตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการภายนอกหอผู้ป่วย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1.1แนวคำถามในการประชุมทีมปฏิบัติการ เป็นแนวคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับสาเหตุปัญหาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล และแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่จำแนกได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย 2) ระยะระหว่างการเคลื่อนย้ายและ 3) ระยะยุติการเคลื่อนย้าย

1.2แนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจสำหรับห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมกิจกรรมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลกทั้ง 3 ระยะ คือ 1) ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย 2) ระหว่างการเคลื่อนย้าย และ 3) ยุติการเคลื่อนย้าย

1.3แบบฟอร์มบันทึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยและทีมพัฒนา พัฒนาขึ้นเพื่อใช้สำหรับบันทึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการเคลื่อนย้าย ระยะระหว่างการเคลื่อนย้ายและระยะยุติการเคลื่อน ย้าย โดยให้ทีมผู้ปฏิบัติการ เป็นผู้ลงข้อมูลด้วย ตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่ง อายุ ประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประสบการณ์ในการทำงานที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต โดยเป็นคำถามปลายปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา

2.2แบบสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งผู้วิจัยและทีมพัฒนา พัฒนาขึ้นให้มีความสอดคล้องกับแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้พัฒนาขึ้น โดยแบบสังเกตจะมีราย การกิจกรรม

แยกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วย 2) ระหว่างการเคลื่อนย้าย และ 3) ยุติการเคลื่อนย้าย และมีข้อเลือก 3 ข้อ คือ ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และ ไม่ปฏิบัติ

2.3แบบบันทึกอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ สำหรับห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งประกอบด้วย ชนิด ประเภท จำนวนครั้งที่เกิด และวันที่เกิด ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยของห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นทั้งหมด ยกเว้น ข้อมูลส่วนบุคคล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน แพทย์ประจำห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรง พยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 1 ท่าน และหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรง พยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง ครอบคลุมของเนื้อหาของการพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และความเหมาะสมของสำนวนภาษาที่ใช้ หลังจากได้รับข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขแล้ว ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter rater reliability โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนา 2 คนทำการการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจำนวน 10 รายพร้อมกันและนำผลที่ได้มาตรวจสอบความสอดคล้องตรงกันและหาค่าตัวชี้วัดความสอดคล้อง พบว่าได้ค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 0.89 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.8[11] แสดงว่า ผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับที่ยอมรับได้

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการนำโครงร่างการค้นคว้าอิสระ เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และได้รับอนุมัติแล้วตามหนังสือราชการเลขที่ 088/2568 และ 137/68 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลและขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และ ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้

2. ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามวงจร FOCUS PDCA ซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอน[12] ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ขั้นตอนแสวงหากระบวนการปรับปรุง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลสถิติอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ข้อมูลอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วย ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2568 - เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2568 เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น

2.2 ขั้นตอนสร้างทีมงาน ผู้วิจัยได้เชิญพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และมีประสบการณ์ในการทำงานที่หอผู้ป่วยวิกฤตแห่งนี้ อย่างน้อย 10 ปี จำนวน 2 คน มาเป็นทีมพัฒนา จากนั้นผู้วิจัยประชุมทีมพัฒนาเพื่ออธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์บุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการศึกษา

2.3 ขั้นตอนสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจุบัน (clarify current knowledge of process) ผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกับทีมพัฒนา (ครั้งที่

1) ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ทำให้ได้แผนภาพขั้นตอนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วย หนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกที่ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการเคลื่อนย้าย ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย และระยะยุติการเคลื่อนย้าย

2.4 ขั้นตอนทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (understand causes of process variation) ผู้วิจัยและทีมพัฒนา ได้เชิญทีมปฏิบัติการประชุมร่วมกัน (ครั้งที่ 1) โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ระดมสมองค้นหาสาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แผนภูมิก้างปลา นำสาเหตุและปัญหามาวิเคราะห์ เรียงลำดับ ได้ข้อสรุป ดังนี้ 1) ไม่มีแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยในการเคลื่อนย้าย 2) ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3) พยาบาลไม่มีทักษะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 4)ไม่มียาช่วยชีวิต(กล่องยา)สำหรับช่วยชีวิตในระหว่างการเคลื่อนย้าย 5)ลิฟต์สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีไม่เพียงพอ ทำให้รอลิฟต์นาน

2.5 ขั้นตอนเลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (Select the process to improve) ผู้วิจัยและทีมพัฒนา ได้เชิญทีมปฏิบัติการประชุมร่วมกัน (ครั้งที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง สรุปข้อเสนอแนะในการแก้ไขสาเหตุของปัญหา ได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1)จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในการปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และการใช้แบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล 2)จัดทำคู่มือแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 1 ฉบับ

2.6 ขั้นตอนวางแผนการปรับปรุง (plan the improvement) ผู้วิจัยและทีมพัฒนาประชุม (ครั้งที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เพื่อร่วมกันพัฒนา 1)ร่างแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาล 2)แบบฟอร์มบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาล 3) แบบบันทึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ 4) แบบบันทึกอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่เกิด ขึ้นจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล จากนั้นนำไปตรวจสอบความสอด คล้องของเนื้อหา และนำไป ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

2.7 ขั้นตอนวิเคราะห์และแก้ไข (do the data collection, analysis and improvement effort) 1)จัดอบรมให้ความรู้กับทีมปฏิบัติการทำเกี่ยวกับแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง 2)ทีมปฏิบัติการทดลองปฏิบัติตามแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นเวลา 1 สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วย 10 ราย พบว่า ยังมีเจ้าหน้าที่ ยังไม่ปฏิบัติ ตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บข้อมูล โดยการสอบถามสำหรับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ในครั้งที่ 1 คือ ลืม บางครั้งย้ายแบบเร่งด่วนทำตามไม่ครบทุกขั้นตอน หัวหน้าทีมสื่อสารไม่ชัดเจน และเป็นน้องใหม่จึงยังไม่กล้าจึงทำตามจนครบกระบวนการ ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจง และปรับปรุงแบบสังเกตการณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดย จากเดิมเป็นการสังเกต ว่า ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ เพิ่มเป็น ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติถูกต้อง และปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเริ่มดำเนินการทำการทดลอง

ปฏิบัติตามแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรง พยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในวงรอบที่ 2 ต่อไป

ในวงรอบที่ 2 ทีมปฏิบัติการเริ่มทำการทดลองปฏิบัติตามแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในวงรอบที่ 2 กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นเวลา 1 สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วย 10 ราย โดยสรุป ในรอบที่ 2 เมื่อนำแนวปฏิบัติแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วย หนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 10 ราย เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ไม่พบว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเกิดขึ้น และเจ้าหน้าที่ทุกคนได้ปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ร้อยละ 100 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการในขั้นตอนตรวจสอบผลการปฏิบัติ

2.8 ขั้นตอนตรวจสอบผลการปฏิบัติ (check the result) ผู้วิจัยให้ทีมปฏิบัติการ ลงมือปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นระยะเวลา 1 เดือน จำนวนผู้ป่วย 30 ราย แยกเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ ในระหว่างการเคลื่อนย้าย 21 ราย และ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในระหว่างการเคลื่อนย้าย 9 ราย โดยใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล 2 ชนิด คือ แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และแบบบันทึกอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

2.9 ขั้นตอนประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (act to hold the gain and continue improvement) ผู้วิจัย ทีมพัฒนาประชุมร่วมกับทีมปฏิบัติการ (ครั้งที่ 3) โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาและรับฟังข้อคิดเห็นของทีมผู้ปฏิบัติ ได้ข้อสรุปจากการประชุมพบว่า ทีมปฏิบัติการ พึงพอใจกับแนวทางในการปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช ที่ได้พัฒนาขึ้น และผลลัพธ์ของการดำเนินการที่ทำให้อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุสุดวิสัยที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วย และทีมเคลื่อนย้ายสามารถจัดการกับอาการผิด ปกติของผู้ป่วยโดยไม่เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตแก่ผู้ป่วย และสนับสนุนให้มีการนำแนวทางในการเคลื่อน ย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่พัฒนา ขึ้น เพื่อนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติตามแนวทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วย หนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และข้อมูลอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มาวิเคราะห์ด้วยการหาค่าความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจำนวน 30 คน ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยของห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยโฟกัส พีดีซีเอ(FOCUS-PDCA) พบว่าประชากรในการศึกษานี้มีการปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอย่างถูกต้องร้อยละ 99.74 โดยแยกเป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อ

ช่วยหายใจจำนวน 9 ราย และ ผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 21 ราย ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการพยาบาลตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ฯ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการพยาบาลตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ฯ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 99.58

2. ในระหว่างการเคลื่อนย้าย พบว่า มีผู้ป่วย 3 รายเกิดอาการผิดปกติจากทั้งหมด 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.99 คือ ผู้ป่วยมีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.66 ความดันโลหิตผิดปกติ จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33 อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติ คือ ทีมเคลื่อนย้ายแจ้งแพทย์และมีข้อวินิจฉัยให้สังเกตอาการและดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยทั้ง 3 ราย กลับมาที่หอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามขั้นตอน โฟกัส พีดีซีเอ ครั้งนี้ ได้ผลการศึกษาโดยสรุปดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการพยาบาลตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ฯ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 100 ส่วน ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจได้รับการพยาบาลตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ฯ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 99.58 แสดงว่าพยาบาลมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้เป็นอย่างดี ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ในการศึกษานี้ได้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน โฟกัส พีดีซีเอ ซึ่งมีการเปิดโอกาสให้บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานทุกคนมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนไปจนถึงการลงมือปฏิบัติ จึงทำให้พยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม และเข้าใจอย่างละเอียดในการลงมือปฏิบัติตามแนวทาง สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff[13] ที่อธิบายว่า การมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้คนทำงานเข้าถึงข้อมูลและรับรู้ปัญหา พร้อมทั้งมีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติ การเปิดกว้างนี้ยังช่วยเพิ่มอิสระในการทำงาน ส่งผลให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาการทำงานและพร้อมให้ความร่วมมือ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้น

อีกเหตุผลหนึ่งก็คือ ในการศึกษานี้ได้มีการให้ความรู้แก่พยาบาลและบุคลากรพยาบาลทุกคน และมีการนิเทศอย่างใกล้ชิดในระหว่างการทดลองใช้จนกระทั่งทุกคนเข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางฯ ได้เนื่องจากแนวทางการปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นวิธีการทำงานใหม่จึงจำเป็นต้องมีการชี้แจงและแนะนำวิธีการปฏิบัติให้ทุกคนเข้าใจ นอก จากนี้ต้องมีการนิเทศอย่างใกล้ชิดในระหว่างการทดลองใช้ เนื่องจาก ร้อยละ 76.20 ของพยาบาลในหอผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และ ร้อยละ 58.82 ของพยาบาลทั้งหมด มีประสบการณ์ในการทำงานในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก น้อยกว่า 5 ปี ดังนั้นการอบรมให้ความรู้อย่างเดียวจึงอาจไม่เพียงพอ สอดคล้องกับ งาน วิจัยของวาง และคณะ[14] ที่ได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พบว่าการพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทำให้บุคลากรทางด้านสุข ภาพเลือกปฏิบัติตามแนวทางเดิมมากกว่าการเปลี่ยนมาทำตามแนวปฏิบัติ และต้องมีการนิเทศอย่างใกล้ชิดสอดคล้องกับงานวิจัยของอารี ชีวเกษมสุข[15] พบว่า การนิเทศ

ทางการพยาบาลในคลินิกด้วยหลักความปลอดภัย 2P(Patient and personnel safety) เป็นแนวคิดใหม่สำหรับองค์การพยาบาลในการใช้เป็นเครื่องมือเพิ่มและพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลซึ่งต้องดำเนินการเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามความรับผิดชอบอย่างมีคุณภาพและเสริมสร้างความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

2. งานวิจัยครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วย 3 ราย (คิดเป็นร้อยละ 9.99 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการเคลื่อนย้าย) โดยผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 2 ราย และความดันโลหิตผิดปกติ จำนวน 1 ราย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการทำงานที่ผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายเมื่อมีสิ่งแวดล้อมภายนอกมากระตุ้น[16] อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับหอผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย สิ่งนี้สนับสนุนว่าแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สามารถนำไปใช้ได้จริง และหากบุคลากรพยาบาลปฏิบัติตามแล้วจะทำให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตออกไปนอกหอผู้ป่วยมีความปลอดภัย

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ากระบวนการโฟกัส พีดีซีเอ เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก นำมาใช้จริงและ ช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วยวิกฤตในระหว่างการเคลื่อนย้ายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกท่านที่กรุณาช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ในห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Schwebel, C., Clec'h, C., Magne, S., Minet, C., Garrouste-Orgeas, M., Bonadona, A., Dumenil, A. S., Jamali, S., Kallel, H., Goldgran-Toledano, D., Marcotte, G., Azoulay, E., Darmon, M., Ruckly, S., Souweine, B., Timsit, J. F., & OUTCOMEREA Study Group. (2013). Safety of intrahospital transport in ventilated critically ill patients: a multicenter cohort study*. Critical Care Medicine, 41(8), 1919–1928. https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31828a3bbd

2. Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Joint Faculty of Intensive Care Medicine. (2003). Minimum standards for intrahospital transport of critically ill patients. Emergency Medicine, 15, 202-204.

3.Parmentier-Decrucq, E., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T., Guerry, M. J., Durocher, A., & Mathieu, D. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. Annals of Intensive care, 3(1), 10. https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-10

4. Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S., & Okada, Y. (2022). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. The American journal of emergency medicine, 52, 13 19. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021

5. Zirpe, K. G., Tiwari, A. M., Kulkarni, A. P., Govil, D., Dixit, S. B., Munjal, M., Sinha, S., Samavedam, S., Singh, Y. P., Kuragayala, S. D., Chandankhede, S. R., Patil, V., Agarwala, B., Jain, S., Pattajoshi, S., Padyana, M., Kumar, A., Joshi, Z., Sircar, M., ... Mishra, R. (2023). Adverse Events during Intrahospital Transport of Critically Ill Patients:

A Multicenter, Prospective, Observational Study (I-TOUCH Study). Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine, 27(9), 635–641. https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24530

6. Gleich, S. J., Nemergut, M. E., Stans, A. A., Haile, D. T., Feigal, S. A., Heinrich, A. L., Bosley, C. L., & Tripathi, S. (2016). Improvement in Patient Transfer Process From the Operating Room to the PICU Using a Lean and Six Sigma-Based Quality Improvement Project. Hospital Pediatrics, 6(8), 483–489. https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0232

7.Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. British journal of sports medicine, 54(2), 79–86. https://doi.org/10.1136/bjsports201 8099878

8. Bodley, T., Rassos, J., Mansoor, W., Bell, C. M., & Detsky, M. E. (2020). Improving Transitions of Care between the Intensive Care Unit and General Internal Medicine Ward. A Demonstration Study. ATS Scholar, 1(3), 288–300. https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2019-0023OC

9. ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. (2565). ข้อกำหนด (Work in) เรื่อง แนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก.

10. ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก. (2565). สรุปรายงาน ประจำปี2565. ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก.

11. Bujang, M. A., & Baharum, N. (2017). A simplified guide to determination of sample size requirements for estimating the value of intraclass correlation coefficient: A review. Archives of Orofacial Sciences, 12(1), 1–11.

12. McLaunghlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). Continuous quality improvement in health care: Theory, implementation, and application (2nd ed.). Jones and Bartlett Publishers.

13. Cohen, J. and Uphoff, N. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity', World Development, 8: 213-235.

14. Wang et al. (2023). Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews. BMJ Open. 2023 Jan 6;13(1):e062158. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062158

15. อารี ชีวเกษมสุข. (2563). การนิเทศการพยาบาลในคลินิกแนวใหม่ด้วยหลักความปลอดภัย 2P:แนวคิดและการประยุกต์ใช้. วารสารพยาบาลทหารบก; ปีที่ 21 ฉบับที่ 2: 9-17.

16. Beard, Lax, & Tindall. (2016). Physiological effects of transfer for critically ill patients. Retrieved from http: www.wfsahq.org/resources/anaesthesia-tutorial-of-the-week

ผลของรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชั่นต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์

Effect of a Surveillance and Monitoring Model Using the LINE Application on Knowledge and Preterm Birth Prevention Behaviors Among Pregnant Women

(Received: August 17, 2026; Revised: August 21, 2026 ; Accepted: August 24, 2026)

มลิจันทร์ เกียรติสังวร[1] จุไรรัตน์ ชลกรโชติทรัพย์[2] สาวิตรี แจ่มถาวร[3]
Malijan Kiatsangworn[1] Jurairat Chollakornchotsup[2] Savitree Jamthavol[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน และศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ตัวอย่างวิจัยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน แบบประเมินความรู้ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.38, p = .014) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (p = .500) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด
คำสำคัญ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด, ความรู้, พฤติกรรม, ไลน์แอปพลิเคชัน, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to compare pregnant women's mean scores of knowledge and preventive behaviors regarding preterm labor before and after receiving a surveillance and monitoring model using the LINE application and to assess their satisfaction with the model. The participants were 22 pregnant women diagnosed with preterm labor and admitted to the labor room at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. The research instruments included the surveillance and monitoring model using the LINE application, a preterm labor knowledge questionnaire, a preterm labor preventive behavior questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired samples t-test.

The results showed that, after receiving the model, the participants had a significantly higher mean score for preterm labor preventive behaviors than before the intervention (t = 2.38, p = .014). However, there was no significant difference in the mean knowledge scores between pre- and post-intervention assessments (p = .500). Overall satisfaction with the model was at the highest level.
keywords: Preterm Birth Prevention, Knowledge, Behavior, LINE Application, Pregnant Women

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญและ

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี Corresponding author: Email: jurairat.ch@ptu.ac.th
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ซึ่งหมายถึงการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์[1] ปัญหาดังกล่าวยังคงเป็นประเด็นสำคัญด้านสุขภาพมารดาและทารกทั่วโลก โดยในปี ค.ศ. 2020 มีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคน และอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกอยู่ประมาณร้อยละ 4–16 ของการเกิดมีชีพ[2,3] สำหรับประเทศไทยยังคงพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในระดับสูง โดยมีรายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.38 ในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 12.47 ในปี พ.ศ. 2564 และร้อยละ 11.61 ในปี พ.ศ. 2565[4] สะท้อนให้เห็นว่าการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง[5]

การคลอดก่อนกำหนดก่อให้เกิดผลกระทบต่อทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดมีการเจริญและพัฒนาของอวัยวะต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก เลือดออกในสมอง การติดเชื้อ ความผิดปกติของระบบประสาท ตลอดจนความบกพร่องด้านการเรียนรู้ การมองเห็น และการได้ยิน[2,6] นอกจากนี้ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรของระบบสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับทารกและภาวะทางจิตใจของครอบครัว[6] ดังนั้น การป้องกันไม่ให้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดดำเนินไปสู่การคลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์ ทารก ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ[7]

การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้และปัจจัยที่สามารถจัดการหรือป้องกันได้ เช่น อายุของมารดาที่น้อยหรือมากเกินไป ประวัติการคลอดก่อนกำหนด การตั้งครรภ์แฝด ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การฝากครรภ์ไม่เพียงพอ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ภาวะเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว การสูบบุหรี่ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและการทำงาน[6] แม้ว่าปัจจัยบางประการไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง ความสามารถในการสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง และการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพและครอบครัว การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถประเมินและสังเกตอาการเตือนของตนเอง และมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสม จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด หลักฐานจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ การประเมินปัจจัยเสี่ยง การสังเกตอาการ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มความรู้และความสามารถในการสังเกตอาการของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] ขณะที่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล การจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย พบว่าสามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และหญิงตั้งครรภ์สามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนคลอดครบกำหนดได้ร้อยละ 90.00[9]

ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลและโทรศัพท์สมาร์ตโฟนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสามารถใช้เป็นช่องทางในการให้ข้อมูล ความรู้ คำปรึกษา การติดตามอาการ และการสื่อสารระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคลากรสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาผลของการใช้สื่อแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่าภายหลังใช้แอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าควรเพิ่มการติดตามและกระตุ้นเตือนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง[10] สะท้อนให้เห็นว่า การให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอ แต่ควรผสมผสานกับกระบวนการเฝ้าระวังติดตาม และการสื่อสารระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแอปพลิเคชันไลน์ (LINE Application) เป็นเทคโนโลยีการสื่อสารที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากสามารถสื่อสารแบบสองทาง ส่งข้อความ รูปภาพ อินโฟกราฟิก วิดีโอ ตลอดจนใช้ในการติดตามอาการและให้คำปรึกษาได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาของ Protcharoen และคณะ[11] ซึ่งใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับ LINE Application ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาเพื่อยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีสัดส่วนการกลับมาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ การศึกษาโปรแกรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงโดยใช้การให้ความรู้ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และช่องทางออนไลน์ พบว่าสามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ[6] ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนศักยภาพของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์[12]

อย่างไรก็ตาม ในบริบทของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ จากการบันทึกสถิติอัตราการคลอดก่อนกำหนดในแผนกห้องคลอด พบว่าในปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 ร้อยละ 8.90 และ 10.02 ตามลำดับ ประกอบกับแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดภายหลังได้รับการดูแลในห้องคลอดและจำหน่ายกลับบ้านที่ผ่านมา เน้นการให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายโดยพยาบาลประจำห้องคลอด และนัดหมายให้มารับบริการต่อเนื่องที่แผนกฝากครรภ์เป็นหลัก ยังขาดระบบการเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องระหว่างที่หญิงตั้งครรภ์อยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์ต้องประเมินอาการและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หากหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ไม่สามารถจำแนกอาการเตือน หรือไม่สามารถเข้าถึงบุคลากรสุขภาพได้อย่างทันท่วงที อาจส่งผลให้มารับบริการล่าช้าและเพิ่มโอกาสที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะดำเนินไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อเป็นช่องทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน และการปฏิบัติตนที่เหมาะสม[13] รวมทั้งใช้ติดตามอาการกระตุ้นเตือน และสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินอาการดูแลตนเอง และเข้ารับบริการได้อย่างทันท่วงที ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชั่นต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยคาดว่าจะช่วยส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการป้องกัน และความต่อเนื่องของการดูแล ตลอดจนเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนาระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน

2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบทดลองกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest posttest design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2569

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent samples t-test) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.77 อ้างอิงจากการศึกษาของจีราภรณ์ Jomkan และคณะ[8] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษา จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 22 ราย โดยคำนึงถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและมีโอกาสยุติการเข้าร่วมการศึกษาจากการคลอดหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการติดตาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ (1) เป็นหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 24^{+6} ถึง 36^{+6} สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (2) มีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 1 ชั่วโมง (3) มีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 1 เซนติเมตร และมีความบางของปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 80 (4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และภายหลังได้รับการรักษาสามารถจำหน่ายกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ (5) สามารถอ่าน เข้าใจ และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ (6) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดตั้งและใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ และ (7) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria) คือ หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อย 1 ครั้ง หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์ มีภาวะน้ำเดินหรือมีเลือดออกผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ประกอบด้วย (1) แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะชี้นทะเบียนใน Line Application 2) คู่มือการสอนและคลิปและอินโฟกราฟฟิก มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการที่ต้องเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัยของ Kitima[14] เป็นกรอบในการสร้างคำถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว สิทธิในการรับบริการสุขภาพ รายได้ครอบครัว อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน อายุครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการได้รับ Utrogestran ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นๆขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติซีดขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน รวมจำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีจำนวน 20 ข้อ กำหนดให้เลือกตอบแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ แบ่งเป็นการวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 13 ข้อ แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการได้รับยาเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด จำนวน 4 ข้อและแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนับลูกดิ้น จำนวน 3 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน โดยคะแนนที่เป็นไปได้ของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดคือระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมาก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 16.01 - 20.00 หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูง 12.01-16.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง 0.00-12.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำ[15]

ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย จนถึง 4 คะแนน หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 6-7 วัน/สัปดาห์ และเกณฑ์การแปลผล คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง มีมีพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดีมาก (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง และ (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำ[15]

ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน มีจำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนคือ 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ไปจนถึง 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับน้อยที่สุด และกำหนดเกณฑ์การแปลผล คือ (1) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับดีมาก (2) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับดี (3) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง (4) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับน้อย และ (5) ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับน้อยมาก[15]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระยะคลอด 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและ

ทารกแรกเกิด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระยะคลอด 1 ท่าน โดยประเมินความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาด้านความเหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรม ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และด้านประโยชน์ของรูปแบบฯ ผลการประเมินคุณภาพโดยรวมของรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.62, SD = 0.49) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้านเช่นกัน ได้แก่ ด้านความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา (M = 4.54, SD = 0.51) ด้านความเหมาะสมของรูปแบบและกิจกรรม (M = 4.50, SD = 0.52) ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (M = 4.67, SD = 0.50) และด้านประโยชน์ของรูปแบบฯ (M = 4.80, SD = 0.41) จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความรู้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 ราย เนื่องจากแบบประเมินความรู้มีลักษณะการให้คะแนนแบบตอบถูก–ผิด จึงวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยสูตร Kuder–Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 สำหรับแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้[16] จึงนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นเตรียมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานหัวหน้าห้องคลอดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้ LINE Application ประกอบด้วย แผนการดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังและติดตามหญิงตั้งครรภ์เป็นระยะสิ้นสุดการคลอดของตัวอย่างวิจัยแต่ละราย (อยู่ระหว่าง 3-16 สัปดาห์) และสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบคลิปวิดีโอและอินโฟกราฟิก โดยเนื้อหาครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการและอาการเตือนที่ต้องเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2) ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังมีอาการคงที่และไม่มีภาวะฉุกเฉิน ชี้แจงวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับของข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจึงลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1) การประเมินก่อนการทดลอง (pretest) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2.2) การดำเนินการทดลอง (intervention) เมื่อแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยลงทะเบียนกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระบบ LINE Application และแนะนำวิธีการใช้งาน การเข้าถึงสื่อการติดตามข้อมูล และช่องทางการติดต่อกับผู้วิจัย จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่องไปจนตัวอย่างวิจัยคลอดบุตร ผ่าน LINE Application โดยได้รับสื่อในรูปแบบคลิปวิดีโอและอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาการและอาการเตือนที่ต้องเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมทั้งสามารถติดต่อสอบถามหรือขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยผ่าน LINE Application ได้ สำหรับการส่งสื่อและติดตามกลุ่มตัวอย่างกำหนดความถี่ตามแผนของโปรแกรม คือ สัปดาห์ที่ 1 ส่งสื่อหรือคลิปวิดีโอทุกวัน (จำนวน 7 ครั้ง) สัปดาห์ที่ 2 ส่งสื่อหรือคลิปวิดีโอทุก 2 วัน (จำนวน 3 ครั้ง) สัปดาห์ที่ 3 ส่งสื่อหรือคลิปวิดีโอทุก 3 วัน (จำนวน 1 ครั้ง) และสัปดาห์ที่ 4 เป็นต้นไปส่งสื่อสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง สามารถสังเกตอาการผิดปกติ ประเมินอาการของตนเอง และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสม

2.3) การประเมินหลังการทดลอง (Posttest) เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการดำเนินการตามรูปแบบ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำอีกครั้ง โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับการประเมินก่อนการทดลอง พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูล ลงรหัสข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ paired samples t-test โดยทดสอบการแจกแจงแบบปกติของ ค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง (difference scores) ด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test พบว่า ค่าความแตกต่างของคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีการแจกแจงไม่แตกต่างจากการแจกแจงปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Shapiro–Wilk W เท่ากับ 0.92 (p = .084) และ 0.97 (p = .775) ตามลำดับ จึงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระหว่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันด้วยสถิติ paired samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2568 เลขที่โครงการวิจัย 042/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 22 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21–30 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 54.54) มีสถานภาพไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน จำนวน 10 คน (ร้อยละ 45.46) และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 15 คน (ร้อยละ 68.18) สำหรับด้านลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับสามีและบุตร จำนวน 13 คน (ร้อยละ 59.09) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท จำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.64) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001–20,000 บาท จำนวน 10 คน (ร้อยละ 45.46) สำหรับอาชีพ พบว่าตัวอย่างวิจัยส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน จำนวน 7 คน (ร้อยละ 31.81) รองลงมาเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 22.73) สำหรับด้านข้อมูลทางสูติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวน 15 คน (ร้อยละ 68.18) และมีอายุครรภ์ระหว่าง 32^{+1}–36 สัปดาห์ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 63.63) สำหรับประวัติการได้รับ Utrogestan พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้รับ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 50.00) รองลงมาไม่แน่ใจเกี่ยวกับประวัติการได้รับยา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 31.82) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและไม่มีประวัติการติดเชื้อในระบบอื่นระหว่างการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ในสัดส่วนเท่ากันจำนวน 20 คน (ร้อยละ 90.91) และไม่มีภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ จำนวน 17 คน (ร้อยละ 77.27)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.77 (*SD* = 1.31) และ 8.77 (*SD* = 1.48) ตามลำดับ (p = .500) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 3.33 (SD = 0.26) เป็น 3.52 (SD = 0.25) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 2.38, p = .014) สามารถกล่าวได้ว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันมีผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ดีขึ้น แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรม ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯโดยใช้สถิติ paired sample t-test (n = 22)

โปรแกรมฯ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		*df*	*t*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ความรู้	8.77	1.31	8.77	1.48	21	0.00	.500
พฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	3.33	0.26	3.52	0.25	21	2.38*	.014

*p<.05

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ใน

ระดับมากที่สุด (*M* = 4.34, *SD* = 0.72) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การเข้าร่วมกลุ่ม “ห้องคลอดห่วงใย คลอดปลอดภัย ครบกำหนด” ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (*M* = 4.55, *SD* = 0.60) รองลงมาซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ได้แก่ เนื้อหารูปภาพ/วิดีโออ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย และการเข้าร่วมกลุ่มช่วยให้สามารถปฏิบัติตนและดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (*M* = 4.50, *SD* = 0.67) และการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด (*M* = 4.50, *SD* = 0.60) สำหรับข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งยังคงมีความพึงพอยู่ใจอยู่ในระดับมาก คือ ขั้นตอนการลงทะเบียนและสแกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน (*M* = 3.91, *SD* = 0.87) รองลงมา คือ ความรวดเร็วในการตอบคำถามหรือข้อสงสัยจากผู้ดูแลระบบ (*M* = 4.09, *SD* = 0.68) ผลการศึกษาสะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านประโยชน์ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่าลักษณะของรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น ได้ออกแบบให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะจนสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ได้มีการส่งคลิปวิดีโอและอินโฟกราฟิกผ่านไลน์แอพลิเคชันตามช่วงเวลาที่กำหนด เนื้อหาครอบคลุมอาการและอาการเตือนของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว รวมถึงเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามและขอคำปรึกษาจากพยาบาลได้โดยตรง การได้รับข้อมูลซ้ำอย่างต่อเนื่องเป็นการกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเสนอว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของปัญหา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การลดอุปสรรค และการได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ[17] โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนด ร่วมกับการส่งข้อความและการติดตามผ่านไลน์แอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่อง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและเกิดการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Boobpamala และคณะ[6] ซึ่งพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตาม Health Belief Model อธิบายว่า การให้ข้อมูลด้านความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติร่วมกับการใช้สื่อออนไลน์ การให้คำปรึกษา และการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ยังเป็นการเปิดช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสื่อสารกับพยาบาล เพื่อซักถามข้อสงสัย ประเมินอาการของตนเอง และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถตัดสินใจและจัดการปัญหา และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Protcharoen และคณะ[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับไลน์แอปพลิเคชันในหญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าไลน์แอปพลิเคชันเป็นช่องทางที่เอื้อต่อการสนับสนุนและติดตามพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ และยังสอดคล้องกับ Thanom และคณะ[9] ที่พบว่าภายหลัง

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การดูแล การจำหน่าย และการติดตามมาใช้ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 90 สามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนคลอดครบกำหนดได้ แสดงให้เห็นว่าการไลน์แอปพลิเคชันในการให้ข้อมูล กระตุ้นเตือน และสามารถขอคำปรึกษากับพยาบาลในช่วงเวลาที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการ อาจเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมมากกว่าการให้คำแนะนำเพียงครั้งเดียวก่อนจำหน่าย

สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับรูปแบบไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งอาจเป็นไปได้ว่าการที่คะแนนความรู้ไม่เพิ่มขึ้นไม่ได้หมายความว่ารูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันไม่มีประโยชน์ด้านการเรียนรู้ แต่อาจอธิบายได้จากหลายสาเหตุ อาทิเช่น กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ก่อนการทดลองเฉลี่ย 8.77 จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับหนึ่งก่อนเข้าร่วมรูปแบบฯ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาล และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพก่อนจำหน่าย จึงมีโอกาสได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนมาก่อน เมื่อคะแนนตั้งต้นค่อนข้างสูง การเพิ่มขึ้นของคะแนนจึงอาจเกิดขึ้นได้ไม่มาก อีกทั้งรูปแบบฯ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองผ่านคลิปวิดีโอ อินโฟกราฟิก การกระตุ้นเตือน และการสื่อสารกับพยาบาล มากกว่าการเพิ่มปริมาณข้อเท็จจริงที่ต้องจดจำ ดังนั้น ผลลัพธ์ของโปรแกรมจึงอาจสะท้อนออกมาในรูปของ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าคะแนนความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของนัทบีม ที่ให้ความสำคัญไม่เฉพาะการได้รับความรู้ แต่รวมถึงความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ สื่อสาร ตัดสินใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งการศึกษาของ Timsin และ Wangpitipanit[18] อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับการนำความรู้ไปใช้จริง การสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ดังนั้น การที่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างด้านคะแนนความรู้แต่พบการมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีขึ้น

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเกิดจากรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในปัจจุบัน คือ การใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ทำให้เข้าถึงข้อมูลได้สะดวกโดยไม่จำกัดสถานที่ สามารถเปิดดูคลิปวิดีโอและอินโฟกราฟิกซ้ำได้ตามความต้องการ รวมทั้งมีช่องทางสื่อสารกับพยาบาลเมื่อมีข้อสงสัย การสื่อสารในลักษณะสองทางดังกล่าวทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เป็นเพียงผู้รับข้อมูล แต่สามารถสอบถาม ขอคำแนะนำ และได้รับการตอบสนองต่อปัญหาของตน ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและสร้างความต่อเนื่องของการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน สอดคล้องกับลักษณะการศึกษาของ Boobpamala และคณะ[6] ซึ่งพบว่าการจัดช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสอบถามข้อมูล การติดตามทางโทรศัพท์และช่องทางออนไลน์ ตลอดจนการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงข้อมูลที่ต้องการสำหรับการตัดสินใจและได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและติดตามภาวะเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน นอกจากนี้ควรมีการนำเสนอข้อมูลทั้งในรูปแบบของสื่อคลิปวิดีโอและอินโฟกราฟิกมาใช้ร่วมกับการให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน การติดตามอาการ และการเปิดช่องทางให้หญิงตั้งครรภ์สามารถสอบถามหรือขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาและประโยชน์ของรูปแบบในระดับมากที่สุด แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนและพัฒนาเนื้อหาและวิธีการให้ความรู้ให้มีความหลากหลายและส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุกมากขึ้น เช่น การใช้คำถามทบทวนแบบทดสอบสั้นหลังรับชมสื่อ หรือสถานการณ์จำลอง เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินอาการเตือนและตัดสินใจเข้ารับบริการได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม หรือการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติและช่วยเพิ่มความสามารถในการอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์เกิดจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในโรงพยาบาลหรือพื้นที่หลายแห่ง เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างและความสามารถในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในประชากรที่กว้างขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยปทุมธานีที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณโรงพยาบาลและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Obstetricians and Gynecologists.(2023). Preterm labor and birth [Internet]. Washington (DC): ACOG; 2023 [cited 2023 Jul 1]. Available from: https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth
2 World Health Organization.(2023). 152 million babies born preterm in the last decade [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 May 9 [cited 2023 Jun 6]. Available from: https://www.who.int/news/item/09-05-2023-152-million-babies-born-preterm-in-the-last-decade
3. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, et al.(2010). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023;402:1261-71.
4. Department of Health, Ministry of Public Health.(2023). Situation of preterm birth and operations to prevent preterm birth. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2023. Thai.
5. Buayaem T, Yapan P, Pongprasobchai S.(2019). Nursing care for pregnant women at risk of preterm labour. Rama Nurs J;25(3):243-54. Thai.
6. Boobpamala S, Jindapaisan S, Wanniyom N, Thetsahwatwong R.(2024). Effectiveness of the preterm labor prevention program for high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. Pac Rim Int J Nurs Res. 2024;28(1):71-87. doi:10.60099/prijnr.2024.263001.
7. Horsuwannanon c, Teanchaithut C, Aumpram K, Kansompoj K.(2023). The preterm birth preventive behavoirs among pregnant women at risk of preterm birth in Phetchaburi Provine. JNHR. 2023;24(3):112-24. Thai

8. Jomkan J, Wangkha N, Hongranai S.(2024). Effectiveness of a program of care for pregnant women at risk of preterm labor in Maesuai Hospital, Chiang Rai Province. J Chiang Rai Provincial Health Office. 2024;1(3):37-52. Thai.
9. Thanom C, Thanahematulin N, Parnsamsan P.(2024). Development of nursing practice guidelines for pregnant women with preterm labor, Chiang Yuen Hospital. J Acad Nurs Health Sci. 2024;4(3):140-53. Thai.
10. Mayukhachot S, Howharn C.(2021). Effectiveness of mobile application usage on knowledge and behaviors for prevent premature delivery among pregnant women who have premature labor pain. Med J Srisaket Surin Buriram Hosp. 2021;36(1):35-44. Thai.
11. Protcharoen M, Siriarunrat S, Suppasri P.(2023). Effects of the empowerment program with LINE application on health behaviors and recurrent preterm labor among women having preterm labor. J Fac Nurs Burapha Univ. 2023;31(3):1-12. Thai.
12. Wisoram N, Somchai K.(2025). Monitoring and care of adolescent pregnant women using a digital platform to promote adolescent pregnancy well-being (Smart mom). JFONUBUU. 2025;33(2):119-30. Thai.
13. Timsin N, Wangpitipanit S.(2025). The effects of a health literacy promotion program for prevention of preterm birth among pregnant women who received antenatal care services in the hospital-based. Women Child Nurs. 2025;3:20-6. doi:10.1016/j.wcn.2025.01.003.
14. Kitima, K.(2023). Effects of developing a surveillance and monitoring model for pregnant women at risk of preterm birth using a line application. PMJCS. 2023;31:60-74.
15. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Prentice-Hall; 1977.
16. Tavakol M, Dennick R.(2011). Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011;2:53-5. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
17. Becker MH.(1974). The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):409-19. doi:10.1177/109019817400200407
18. Timsin N, Wangpitipanit S.(2025). The effects of a health literacy promotion program for prevention of preterm birth among pregnant women who received antenatal care services in the hospital-based. Women Child Nurs. 2025;3:20-6. doi:10.1016/j.wcn.2025.01.003.

แบบจำลองสมการโครงสร้างของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

A Structural Equation Model of Digital Health Literacy and Factors Influencing Chronic Disease Self-Management Support Behaviors of Village Health Volunteers for Older Adults

(Received: August 19, 2026; Revised: August 24, 2026 ; Accepted: August 26, 2026)

นฤนาท ยืนยง[1] วนัสรา เชาวน์นิยม[2] จรรยา เสียงเสนาะ[3]
Narunart Yuenyong[1] Wanasara Chaoniyom[2] Chanya Saungsanao[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองสมการโครงสร้างของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล การมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้บทบาทหน้าที่ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 636 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ครอบคลุมตัวแปรหลัก 6 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.27, SD = 0.45) รองลงมาคือการรับรู้บทบาทหน้าที่ (Mean = 4.24, SD = 0.49) และตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = .563$) ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .531$, $p < .001$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ($\beta = .199$, $p < .001$) มีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วม ขณะที่การมีส่วนร่วม ($\beta = .265$, $p = .004$) และการรับรู้บทบาทหน้าที่ ($\beta = .211$, $p = .036$) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลและการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมผ่านกลไกการมีส่วนร่วม แบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 79.8 และพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 40.0

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล; การมีส่วนร่วม; การสนับสนุนทางสังคม; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การจัดการโรคเรื้อรัง; ผู้สูงอายุ

Abstract

This study aimed to develop and examine a structural equation model of digital health literacy, participation, social support, self-efficacy, and role perception influencing chronic disease self-management support behaviors among village health volunteers (VHVs) caring for older adults. A survey research by cross-sectional design was employed. The participants were 636 VHVs in Khlong Luang District, Pathum Thani Province, Thailand. Data were collected using a structured questionnaire covering six major constructs and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients, confirmatory factor analysis, and structural equation modeling.

[1] นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
[2] อาจารย์ ดร., หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี Corresponding Author: E-mail: wanasara.c@ptu.ac.th
[3] รองศาสตราจารย์, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
Corresponding Author: E-mail: wanasara.c@ptu.ac.th

The results showed that social support had the highest mean score (Mean = 4.27, SD = 0.45), followed by role perception (Mean = 4.24, SD = 0.49). All study variables were positively correlated with chronic disease self-management support behaviors ($p < .001$), with participation demonstrating the strongest correlation ($r = .563$). Structural equation modeling showed that social support ($\beta = .531$, $p < .001$) and digital health literacy ($\beta = .199$, $p < .001$) had significant positive direct effects on participation. Participation ($\beta = .265$, $p = .004$) and role perception ($\beta = .211$, $p = .036$) had significant positive direct effects on chronic disease self-management support behaviors. Digital health literacy and social support also contributed to support behaviors through participation, indicating the important mediating role of participation in translating individual and social resources into practice. The model explained 79.8% of the variance in participation and 40.0% of the variance in chronic disease self-management support behaviors.

keyword: digital health literacy; participation; social support; village health volunteers; chronic disease self-management support; older adults

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว โดยผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2567 ระบุว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนมากกว่าชาย (57.9% และ 42.1%) และส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น 60-69 ปี (59.3%) ในปี พ.ศ.2566 มีผู้สูงอายุประมาณ 13.64 ล้านคน (19.5%) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นกว่าร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ.2580[1] สถานการณ์นี้สะท้อนว่าระบบสุขภาพไทยต้องปรับตัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับนิยาม healthy aging ขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการคงไว้ซึ่ง functional ability การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุสัมพันธ์โดยตรงกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งองค์การอนามัยโลกระบุว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 ทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[2] สะท้อนว่าปัญหานี้เชื่อมโยงกับระบบสังคม เศรษฐกิจ และศักยภาพระบบสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มักมีหลายโรคร่วมและต้องการการดูแลต่อเนื่อง การดำรงชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ หมายถึงการจัดการสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการรับประทานยา ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ติดตามอาการ และตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม "การจัดการโรคเรื้อรัง" จึงครอบคลุมมากกว่าการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ แต่รวมถึงความสามารถของบุคคลและเครือข่ายสนับสนุน ขณะเดียวกันระบบสุขภาพโลกกำลังเข้าสู่ยุคดิจิทัลอย่างรวดเร็ว โดย WHO ระบุว่า digital health เป็นกลไกสำคัญในการเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ แต่ประสิทธิผลของเทคโนโลยีขึ้นอยู่กับการบูรณาการทรัพยากรด้านการเงิน องค์กร บุคลากร และเทคโนโลยี รวมถึงศักยภาพของผู้ใช้และระบบสนับสนุนด้วย[3]

แนวคิดสำคัญในบริบทนี้คือ "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" (health literacy) ซึ่ง WHO นิยามว่าเป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม โดยสัมพันธ์กับอายุ การศึกษา รายได้ และความเหลื่อมล้ำทางสังคม เมื่อขยายสู่บริบทดิจิทัลจึงหมายถึงความสามารถในการค้นหา คัดกรอง ประเมินความน่าเชื่อถือ และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพจากสื่อดิจิทัล ผู้สูงอายุมักมีความรอบรู้ด้านนี้ค่อนข้างต่ำ จากการศึกษาที่พบว่าระดับ eHealth literacy ของผู้สูงอายุโดยรวมยังต่ำกว่าที่ควร ขณะที่ Shi และคณะพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ ความพร้อมของอุปกรณ์/อินเทอร์เน็ต และการสนับสนุนทางสังคม[4] เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุในประเทศรายได้ปานกลางมี eHealth literacy ที่เพียงพอในสัดส่วนต่ำ และเชื่อมโยงกับความพร้อมใช้ telemedicine อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ[5]

โดยความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับ health-related behaviors, โดยความสัมพันธ์นี้ถูกส่งผ่าน self-efficacy และ self-care ability พบว่า digital health literacy และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเรื้อรังผ่านการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางจิตสังคม[6]

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต้องอาศัยกลไกชุมชนที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ บทบาทของ อสม. ขยายจากการให้สุขศึกษาไปสู่การเยี่ยมบ้าน ติดตาม คัดกรอง และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสื่อสารข้อมูลสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้พัฒนาหลักสูตร "สมาร์ท อสม." เพื่อเสริมศักยภาพการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สนับสนุนนโยบายคนไทยทุกครัวเรือนมีหมอประจำตัว 3 คน โดย อสม.เป็น "หมอคนที่ 1" ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของ อสม. จึงสำคัญมากขึ้น เช่นเดียวกับรายได้และระยะเวลาการเป็น อสม. สะท้อนว่าศักยภาพดิจิทัลของ อสม. แตกต่างกันตามบริบทส่วนบุคคล[7] อีกตัวแปรสำคัญคือ "การมีส่วนร่วม" การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะมีประสิทธิภาพเมื่อ อสม. มีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหาจนถึงการสะท้อนผล ขณะที่การส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบช่วยยกระดับพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังมีบทบาทสำคัญ[8] โดย health literacy, social support และ self-efficacy สัมพันธ์กับ self-management ของผู้มีหลายโรคเรื้อรัง self-efficacy เป็นตัวคั่นกลางระหว่าง eHealth literacy กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[9] และอีกมิติหนึ่งคือ "การรับรู้บทบาทหน้าที่" เพราะ อสม. ที่เข้าใจบทบาทของตนชัดเจนย่อมมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังได้ดีกว่า ซึ่งสมรรถนะของ อสม. ในการดูแลผู้สูงอายุเรื้อรังขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งสามารถอธิบายสมรรถนะได้ถึงร้อยละ 46.30 สะท้อนว่าพฤติกรรมการปฏิบัติงานเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วม ไม่ใช่เพียงความรู้หรือแรงจูงใจเฉพาะบุคคล[10]

สำหรับอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเป็นเมืองและกึ่งเมืองผสมผสานกัน มีพลวัตรทางสังคม เทคโนโลยี และประชากรที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนจึงต้องอาศัย อสม. ที่สามารถทำหน้าที่เชื่อมโยงข้อมูล บริการ และเครือข่ายการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ หาก อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลสูง[11] มีส่วนร่วมในการกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน และรับรู้บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ย่อมมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุได้ดีกว่า ในทางกลับกันหากองค์ประกอบเหล่านี้อ่อนแอ การดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนก็อาจจะขาดความต่อเนื่องและประสิทธิผล ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ กล่าวคือ ในเชิงวิชาการ การศึกษาครั้งนี้จะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับแบบจำลองเชิงโครงสร้างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทของ อสม. ในยุคดิจิทัล ส่วนในเชิงปฏิบัติ ผลการศึกษาจะเป็นฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางฝึกอบรม การเสริมพลัง และการออกแบบระบบสนับสนุน อสม. เพื่อการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองสมการโครงสร้างของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล การมีส่วนร่วม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional quantitative research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

(Confirmatory Factor Analysis: CFA) และการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล การมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้บทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจากข้อมูลระบบ 3 หมอรู้จักคุณ ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หน้า ‘รายงานข้อมูลอำเภอคลองหลวง’ พบจำนวนหมอประจำบ้านรวม 2,472 คน[12]

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane[13] ที่ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 344 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริง 379 คน ปรับเป็นจำนวน 380 คน จากนั้นแจกสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวน อสม. ของแต่ละตำบลด้วยวิธีสัดส่วนตามขนาดประชากร ในการเก็บข้อมูลจริงสามารถเก็บได้มากกว่าขนาดขั้นต่ำ และภายหลังตรวจสอบความครบถ้วนพบข้อมูลสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์จำนวน 636 ราย จึงนำข้อมูลทั้ง 636 รายเข้าสู่การวิเคราะห์โดยเฉพาะ SEM ซึ่งการมีขนาดตัวอย่างมากกว่าขั้นต่ำเป็นประโยชน์ต่อความเสถียรของค่าประมาณที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนของอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ปฏิบัติงานานไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถอ่าน และตอบแบบสอบถามภาษาไทยได้ รวมถึงสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย ขณะที่เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนในสาระสำคัญ และขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามปลายปิด โดยการพัฒนาข้อคำถามผู้วิจัยได้นำมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้คำถามของการวิจัยนั้นสามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ครบถ้วน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 7 ตอน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอสม. ประสบการณ์อบรม และความถี่ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการปฏิบัติงาน เป็นข้อคำถามแบบชนิดเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 12 ข้อ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล ตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของนัทบีม[14] ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับคะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ และแปลผลเป็น 5 ระดับ[15] ได้แก่

1.00 – 1.80 คือ น้อยที่สุด
1.81 – 2.61 คือ น้อย
2.62 – 3.41 คือ ปานกลาง
3.42 - 4.21 คือ มาก
4.22 –5.00 คือ มากที่สุด

3. การมีส่วนร่วม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

4. การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคะแนน จำนวน 8 ข้อ

5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคะแนน จำนวน 8 ข้อ

6. การรับรู้บทบาทหน้าที่ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคะแนน จำนวน 10 ข้อ

7. พฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับคะแนน จำนวน 12 ข้อ และแปลผลเป็น 5 ระดับ[15] ได้แก่ 1. 00 – 1.80 คือ น้อยที่สุด

1.81 – 2.61 คือ น้อย

2.62 – 3.41 คือ ปานกลาง

3.42 - 4.21 คือ มาก

4.22 –5.00 คือ มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วย Confirmatory Factor Analysis (CFA) และแบบจำลองเชิงโครงสร้างด้วย Structural Equation Modeling (SEM) เพื่อทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองตามกรอบแนวคิด และศึกษาทั้งอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังของ อสม.

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ PTURB-EXP-2026-0047 รับรองวันที่ 16 พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีอายุเฉลี่ย 59.48 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 56.30 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.ร้อยละ 30.40 ประกอบอาชีพอื่น ๆ หรือไม่ประสงค์ระบุอาชีพ ร้อยละ 32.10 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 48.90 โดยมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 11.91 ปี และส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 48.90 และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3 ครั้งขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 32.00 สำหรับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี กลุ่มตัวอย่างใช้สมาร์ตโฟนเพื่อปฏิบัติงาน อสม. สัปดาห์ละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.40 และรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1–10 ร้อยละ 61.30

การสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.27, S.D. = 0.45) รองลงมาคือ การรับรู้บทบาทหน้าที่ ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.49) และตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.64)

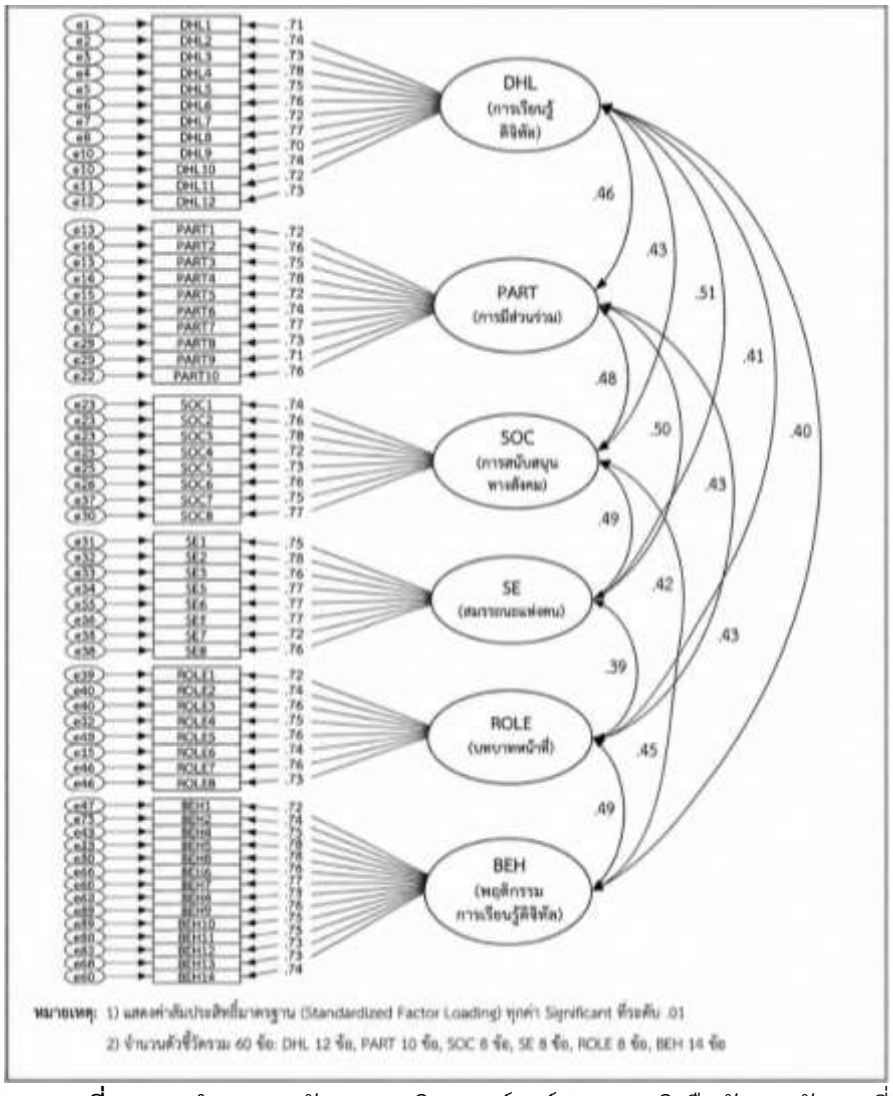
ตัวแปรทุกคู่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่า การมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์สูงที่สุด (r = .563) รองลงมาคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r = .557) การรับรู้บทบาทหน้าที่ (r = .539) การสนับสนุนทางสังคม (r = .531) และความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (r = .506) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์สูงที่สุด (r = .818) รองลงมาคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ (r = .805) แสดงให้เห็นว่าตัวแปรบางคู่มีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างสูง ดังนั้นการตีความอิทธิพลเฉพาะของตัวแปรแต่ละตัวในแบบจำลองสมการโครงสร้างจึงควรพิจารณาร่วมกับผลการตรวจสอบแบบจำลองการวัดและความตรงเชิงจำแนกความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายที่สูงที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r = .818) รองลงมาคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ (r = .805)

ค่า HTMT ระหว่างตัวแปรแฝงส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่า .90 อย่างไรก็ตาม เมื่อใช้เกณฑ์ที่เข้มงวดที่ .85 พบว่ามีค่ามากกว่าเกณฑ์ในหลายคู่ ได้แก่ การมีส่วนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (HTMT = .877) การมีส่วนร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (HTMT = .857) การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้สมรรถนะ

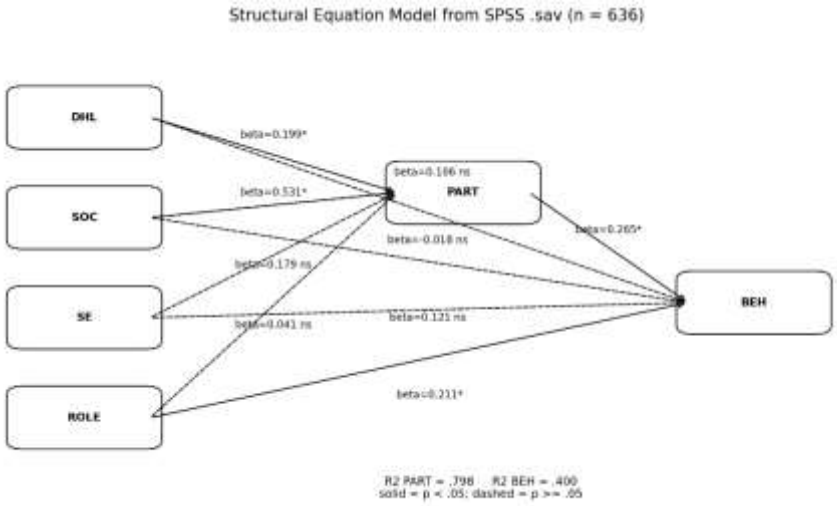
แห่งตน (HTMT = .915) การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ (HTMT = .851) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการรับรู้บทบาทหน้าที่ (HTMT = .893) เมื่อใช้เกณฑ์ผ่อนปรนที่ .90 พบว่า คู่การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SOC–SE) มีค่า HTMT = .915 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ แสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความทับซ้อนเชิงแนวคิดและเชิงประจักษ์บางส่วน ขณะที่ตัวแปรคู่อื่นยังมีค่าไม่เกิน .90

ดังนั้น เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบด้วยเกณฑ์ Fornell–Larcker และ HTMT ร่วมกัน สรุปได้ว่า ความตรงเชิงจำแนกของแบบจำลองได้รับการสนับสนุนบางส่วน โดยเฉพาะตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีความทับซ้อนกันค่อนข้างสูง จึงควรใช้ความระมัดระวังในการตีความอิทธิพลเฉพาะของตัวแปรดังกล่าวในแบบจำลองสมการโครงสร้าง

ผลการเปรียบเทียบแบบจำลองการวัดใน Printout พบว่า แบบจำลอง 6 องค์ประกอบตามกรอบทฤษฎีมีค่า AIC และ BIC ต่ำกว่าแบบจำลองทางเลือกที่รวม SOC–SE หรือ SE–ROLE และดีกว่าแบบจำลององค์ประกอบเดียว จึงยังมีหลักฐานสนับสนุนการคงตัวแปรทั้ง 6 องค์ประกอบแยกจากกัน แม้ว่าความตรงเชิงจำแนกระหว่างบางองค์ประกอบจะยังไม่สมบูรณ์ก็ตาม ดังภาพประกอบที่ 1 และ 2



ภาพประกอบที่ 1 แบบจำลองการวัดจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรที่ศึกษา



ภาพประกอบที่ 2 แบบจำลองสมการโครงสร้างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงของแบบจำลองสมการโครงสร้าง

เส้นทางอิทธิพล	β มาตรฐาน	S.E.	z	*p*-value
การมีส่วนร่วม ⟵ ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	.199	.038	4.803	<.001
การมีส่วนร่วม ⟵ การสนับสนุนทางสังคม	.531	.106	5.750	<.001
การมีส่วนร่วม ⟵ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.179	.113	1.635	.102
การมีส่วนร่วม ⟵ การรับรู้บทบาทหน้าที่	.041	.067	.585	.559
พฤติกรรม ⟵ ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	.106	.058	1.767	.077
พฤติกรรม ⟵ การสนับสนุนทางสังคม	-.018	.171	-.129	.897
พฤติกรรม ⟵ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.121	.169	.775	.438
พฤติกรรม ⟵ การรับรู้บทบาทหน้าที่	.211	.103	2.091	.036
พฤติกรรม ⟵ การมีส่วนร่วม	.265	.098	2.855	.004

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมสูงที่สุด (β = .531, p < .001) รองลงมาคือความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (β = .199, p < .001) ขณะที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลในทิศทางบวกแต่ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .179, p = .102) และการรับรู้บทบาทหน้าที่ไม่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .041, p = .559) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่า การมีส่วนร่วมมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกสูงที่สุด (β = .265, p = .004) รองลงมาคือการรับรู้บทบาทหน้าที่ (β = .211, p = .036) โดยทั้งสองตัวแปรมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (β = .106, p = .077) การสนับสนุนทางสังคม (β = –.018, p = .897) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = .121, p = .438) ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง

ตัวแปรต้น	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วม	อิทธิพลรวม
ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล	.106	.053	.158
การสนับสนุนทางสังคม	-.018	.141	.123
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.121	.047	.168
การรับรู้บทบาทหน้าที่	.211	.011	.222

จากตารางที่ 2 พบว่าการรับรู้บทบาทหน้าที่มีค่าอิทธิพลรวมสูงที่สุดเท่ากับ .222 รองลงมาคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน .168 ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล .158 และการสนับสนุนทางสังคม .123

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ตรวจสอบแบบจำลองสมการโครงสร้างของความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล การมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้บทบาทหน้าที่ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมและการรับรู้บทบาทหน้าที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรัง ขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านการมีส่วนร่วม แสดงให้เห็นว่า อสม. ที่มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตามประเมินผล และเสนอแนวทางพัฒนางาน มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังมากขึ้น ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมทำให้ อสม. ไม่ได้อยู่ในสถานะผู้รับความรู้หรือนโยบายเท่านั้น แต่มีบทบาทเป็นผู้ร่วมตัดสินใจและดำเนินงาน ซึ่งเอื้อต่อการเปลี่ยนความรู้และทรัพยากรที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitchalard et al. ที่พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับ อสม. ในการจัดการโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชนบทไทย โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนความรู้ peer support การเสริมพลัง การสื่อสาร และการเยี่ยมบ้าน ผลหลังการดำเนินโปรแกรมพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการจัดการโรคเรื้อรัง และความมั่นใจของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[16] เช่นเดียวกับ Theeranut et al. ที่รายงานว่าโมเดลการดูแลแบบบูรณาการโดย อสม. ในชุมชนชนบทของประเทศไทยสามารถสร้างการเสริมพลังร่วมกันระหว่าง อสม. และประชาชน และสนับสนุนการปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรัง หลักฐานเหล่านี้สนับสนุนความสำคัญของการจัดระบบให้ อสม. มีบทบาทเชิงรุกและมีส่วนร่วมจริงมากกว่าการอบรมแบบถ่ายทอดความรู้เพียงอย่างเดียว[17]

ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม แสดงว่า เมื่อ อสม. เข้าใจและตระหนักอย่างชัดเจนว่าตนมีหน้าที่ติดตามอาการ ให้คำแนะนำ เยี่ยมบ้าน ประสานบุคลากรสุขภาพ เชื่อมโยงครอบครัว และสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ความชัดเจนดังกล่าวสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานจริง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับบทบาทของ อสม. ในระบบสุขภาพปฐมภูมิไทย ซึ่งทำหน้าที่เชื่อมโยงประชาชนกับระบบบริการ ให้ข้อมูลสุขภาพและสนับสนุนการดูแลระดับครัวเรือนและชุมชน นอกจากนี้ Wang et al. พบความสัมพันธ์ระหว่าง social participation, self-efficacy และ digital health literacy ในผู้สูงอายุในชุมชน แม้ประชากรศึกษาจะแตกต่างจาก อสม. แต่สนับสนุนแนวคิดว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลมีความเชื่อมโยงกับกระบวนการทางสังคมและจิตสังคม ไม่ควรถูกพิจารณาเป็นคุณลักษณะทางเทคนิคที่แยกออกจาก

บริบทการมีส่วนร่วม ต่อการพัฒนา อสม. ในยุค digital health กล่าวคือ การอบรมการใช้สมาร์ตโฟน แอปพลิเคชัน หรือการค้นข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ควรจัดให้ อสม. ได้ใช้เทคโนโลยีกับภารกิจจริง เช่น การติดตามผู้สูงอายุ การประเมินข้อมูลสุขภาพ การบันทึกและส่งต่อข้อมูล การให้คำแนะนำ และการประสานงานกับบุคลากรสุขภาพ ตัวอย่างจากประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า อสม. สามารถนำเครื่องมือบนเว็บมาใช้ในการคัดกรองและให้สุขศึกษาในชุมชนได้ ต่อมาคือ การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม แต่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในระดับสูง และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมผ่านการมีส่วนร่วมอย่างมี แสดงให้เห็นว่าการได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือ กำลังใจ และทรัพยากรจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อน อสม. ครอบครัว และผู้นำชุมชน อาจไม่ได้ทำให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง แต่ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน[18]สอดคล้องกับการศึกษา Pitchalard et al. ซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของ peer support และ supportive environment ต่อการพัฒนาศักยภาพของ อสม.[16] และพบว่าการติดตามและสนับสนุนโดย อสม. เมื่อทำงานร่วมกับโปรแกรมสุขศึกษา สามารถสนับสนุนผลลัพธ์ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายภาวะได้[11] ภาพรวม แบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 79.8 (R^2 = .798) และพฤติกรรมการสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังได้ประมาณร้อยละ 40.0 (R^2 = .400) แสดงให้เห็นว่าโมเดลสามารถอธิบายการมีส่วนร่วมได้ในระดับสูง แต่ยังมีความแปรปรวนของพฤติกรรมอีกประมาณร้อยละ 60 ที่อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น เช่น ภาระงาน แรงจูงใจ การนิเทศ ความพร้อมของระบบดิจิทัล ทรัพยากรของหน่วยบริการ ความร่วมมือของครอบครัว และความซับซ้อนของโรคในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในระดับยอมรับได้บางส่วน มากกว่าระบุว่าโมเดลมีความสอดคล้องอย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถยืนยันลำดับเหตุและผลจากเส้นทางของ SEM ได้

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เน้นการเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล อย่างเป็นระบบ เช่น การค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการใช้โทรศัพท์มือถือหรือสื่อออนไลน์ในการติดตามงานสุขภาพชุมชน

2. ควรส่งเสริม การมีส่วนร่วมของ อสม. ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนกิจกรรม ไปจนถึงการติดตามประเมินผล

3. ควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม.ในฐานะองค์ประกอบสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้การฝึกปฏิบัติจริง การโค้ช การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ

4. ควรสื่อสาร บทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในยุคสังคมออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [อ้างถึง 5 ม.ค. 2569]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/strorage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf

2. World Health Organization.(2020). Decade of healthy ageing: baseline report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Jan 5]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

3. Jiang X, Wang L, Leng Y, Xie R, Li C, Nie Z, et al.(2024). The level of electronic health literacy among older adults: a systematic review and meta-analysis. Arch Public Health. 2024;82:204.
4. Sainimnuan S, Preedachitkul R, Petchthai P, Paokantarakorn Y, Siriussawakul A, Srinonprasert V.(2025). Low prevalence of adequate eHealth literacy and willingness to use telemedicine among older adults: cross-sectional study from a middle-income country. J Med Internet Res. 2025;27:e65380.
5. Kim K, Shin S, Kim S, Lee E.(2023). The relation between eHealth literacy and health-related behaviors: systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2023;25:e40778.
6. Wang Y, Song Y, Zhu Y, Ji H, Wang A.(2022). Association of eHealth literacy with health promotion behaviors of community-dwelling older people: the chain mediating role of self-efficacy and self-care ability. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(10):6092.
7. ไพชยนต์ ชาจันดา, ภูวสิทธิ์ ภูลวรรณ, กาญจนา วงษ์สวัสดิ์.(2569). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2569;12(1):25-35.
8. น้ำฝน วีรภัทรธาดากุล, ปัญจมาพร รัตนหน.(2568). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไฮ่ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(2):104-12.
9. Dinh TTH, Bonner A.(2023). 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.
10. ยมนา ชนะนิล, สุนันทา ครองยุทธ, ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, อรทัย บุญชูวงศ์ และเพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง.(2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข;34(2):125-37.
11. พันธะกานต์ ยืนยง, ญาณันธร กราบทิพย์, ชัญณัชชา บุญรัตน์.(2568). ความรอบรู้ดิจิทัลที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2568;35(2):10-20.
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2568). รายงานข้อมูลอำเภอคลองหลวง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2568 [อ้างถึง 5 ก.พ. 2569]. Available from: https://url.in.th/IrvvK
13. Yamane T.(1973). Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
14. Nutbeam D.(2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.
15. Best JW.(1981). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1981.
16. Pitchalard K, Moonpanane K, Wimolphan P, Singkhorn O, Wongsuraprakit S.(2022). 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. doi:10.1016/j.ijnss.2022.06.011.
17. Theeranut, A., Methakanjanasak, N.,tchalard, K., Moonpanane, K., Wimolphan, P., Singkhorn, O., & Wongsuraprakit, S. (2022). Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand. International Journal of Nursing Sciences, 9(3), 328–333.
18. Wang H, Yang L, Hu D, Tu X, Hu Y, Tang M, et al.(2026). Social participation and digital health literacy among older adults in the community: the mediating roles of self-efficacy and technophobia. J Am Med Dir Assoc. 2026;27(4):106111. doi:10.1016/j.jamda.2026.106111.

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บเพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานในบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

Development of a Behavioral Modification Program on Food Consumption Using Carbohydrate Counting to Reduce the Risk of Diabetes Among At-Risk Health Personnel in Lamduan District, Surin Province.

(Received: August 21, 2026; Revised: August 30, 2026 ; Accepted: September 1, 2026)

อัจฉรา ม่วงศรี[1]
Atchara Muangsri

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บ เพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานในบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบทดสอบความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรต แบบประเมินความพึงพอใจ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการนับคาร์บเพิ่มขึ้นจาก 10.85 เป็น 17.42 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจาก 38.27 เป็น 50.63 คะแนน ขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงจาก 112.48 เป็น 101.26 มก./ดล. และค่าดัชนีมวลกายลดลงจาก 27.14 เป็น 25.98 กก./ม² โดยแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48

คำสำคัญ: การนับคาร์บ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, โรคเบาหวาน, บุคลากรสาธารณสุข, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This quasi experimental research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a behavioral modification program on food consumption using carbohydrate counting to reduce the risk of diabetes among at-risk health personnel in Lamduan District, Surin Province. The sample consisted of 40 at-risk health personnel selected through purposive sampling based on the specified inclusion criteria. The research instruments included an 8-week behavioral modification program using carbohydrate counting, a general information questionnaire, a food consumption behavior questionnaire, a carbohydrate counting knowledge test, a satisfaction assessment form, weighing scales, height measurement equipment, and a fasting blood sugar testing device. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The results revealed that after participating in the program, the participants showed significant improvement in carbohydrate counting knowledge scores, increasing from 10.85 to 17.42 points, and food consumption behavior scores, increasing from 38.27 to 50.63 points. In addition, fasting blood sugar levels decreased from 112.48 to 101.26 mg/dL, and body mass index decreased from 27.14 to 25.98 kg/m². All differences were statistically significant at the .05 level. Overall satisfaction with the program was at the highest level, with a mean score of 4.64 and a standard deviation of 0.48.

[1] กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

Keywords: carbohydrate counting, food consumption behavior, diabetes mellitus, health personnel, health promotion program

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งต้องเผชิญกับภาวะความเครียดจากการทำงานและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นกว่า 400 ล้านคน และคาดว่าจะสูงถึง 600 ล้านคนภายในปี 2035 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการขาดการออกกำลังกาย[1] ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ประมาณร้อยละ 10.1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและบุคลากรสาธารณสุขที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต[2]

บุคลากรสาธารณสุขถือเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน แต่ในขณะเดียวกันกลับพบว่ามีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสภาพการทำงานที่ต้องอยู่ในสถานพยาบาลเป็นเวลานาน การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และขาดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรสาธารณสุข[3] แนวทางการนับคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate Counting) เป็นหนึ่งในกลยุทธ์การจัดการทางโภชนาการที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก เนื่องจากเป็นสารอาหารที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้รวดเร็วที่สุด หลักการสำคัญคือการประมาณปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารแต่ละมื้อ เพื่อให้สามารถวางแผนการบริโภคให้สอดคล้องกับความต้องการของร่างกายและเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยทั่วไปจะกำหนดให้คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม เท่ากับ 1 ส่วนคาร์บ (Carbohydrate Portion)[4] งานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่าการนับคาร์โบไฮเดรตมีประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่ดีขึ้นในกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น การนำแนวทางนี้มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อสร้างความรู้ ความตระหนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืน[5,6]

อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่ที่มีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนหนึ่งอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน พบว่ามีบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มสูงขึ้นจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การพัฒนาโปรแกรมโดยใช้การนับคาร์บจึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถจัดการพฤติกรรมด้านโภชนาการของตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ โปรแกรมดังกล่าวยังสามารถเป็นต้นแบบในการขยายผลไปสู่ประชาชนในชุมชนได้ต่อไป[7]

ดังนั้น การดำเนินการวิจัยเรื่องนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในด้านการป้องกันโรคเบาหวาน การเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของบุคลากร และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่ง

สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพบุคลากรภาครัฐ และลดภาระโรค NCDs ในระดับประเทศ[2]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้เรื่องการนับคาร์บ และภาวะสุขภาพเบื้องต้นของบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บสำหรับบุคลากร

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องการนับคาร์บ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกายสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่มุ่งเน้นการสร้างและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บ เพื่อลดความเสี่ยงโรคเบาหวานในบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงในอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลลำดวนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 5 แห่ง รวมจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 180 คน (ข้อมูลทะเบียนบุคลากร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568) ซึ่งหมายรวมถึงบุคลากรสายวิชาชีพ (เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข) และบุคลากรสายสนับสนุน (เช่น เจ้าหน้าที่ธุรการ พนักงานบริการ)

จากการตรวจสอบข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2567 เบื้องต้น พบว่ามีบุคลากรที่เข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน คือ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตั้งแต่ 23 กก./ม^2 ขึ้นไป หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) ระหว่าง 100–125 มก./ดล. จำนวนประมาณ 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้เป็นการศึกษานำร่อง (Pilot Study) เพื่อทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นและความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้จริง จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ซึ่งเป็นขนาดที่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับการศึกษาเชิงทดลองนำร่อง ตามข้อเสนอแนะของ Hertzog [8] ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างขนาด 30-50 คน มีความเหมาะสมในการประเมินผลเบื้องต้นของโปรแกรมสุขศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บ เป็นชุดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)[9] สำหรับดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก ได้แก่ ความรู้เรื่องโภชนาการ หลักการนับคาร์บ การฝึกปฏิบัติ การตั้งเป้าหมาย การติดตามและให้คำปรึกษา และการเสริมแรงเชิงบวก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบทดสอบความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรต และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทางชีวภาพ ได้แก่ แบบบันทึกผลทางสุขภาพ เป็นแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับบันทึกข้อมูลค่าทางชีวภาพที่วัดได้จากผู้เข้าร่วมโครงการ ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Blood Sugar: FBS) และ ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass

Index: BMI) ซึ่งคำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูงที่วัดด้วยเครื่องมือมาตรฐานของสถานบริการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากเครื่องมือทุกฉบับเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ ผู้วิจัยจึงดำเนินการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพ และการวิจัยทางสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และข้อมูลด้านสุขภาพเบื้องต้น โดยนำเสนอในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ผลของโปรแกรม ผู้วิจัยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บ นอกจากนี้ ยังวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญสูงสุดกับการคุ้มครองสิทธิ์ ศักดิ์ศรี และสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน โดยยึดมั่นในหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามรายงานเบลมอนต์[10] ซึ่งโครงการวิจัยจะถูกเสนอเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่โครงการวิจัย 149/2568 ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานสูงสุด

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการนับคาร์โบไฮเดรตและพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเห็นว่าโปรแกรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Mean ± SD	หลังเข้าร่วมโปรแกรม Mean ± SD	t	p-value
ความรู้เรื่องการนับคาร์บ (20 คะแนน)	10.85 ± 2.31	17.42 ± 1.58	15.64	.000*
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (60 คะแนน)	38.27 ± 4.85	50.63 ± 3.92	13.27	.000*
ระดับน้ำตาลในเลือด FBS (mg/dL)	112.48 ± 8.73	101.26 ± 7.14	9.82	.000*

ค่าดัชนีมวลกาย BMI (kg/m²)	27.14 ± 2.63	25.98 ± 2.41	6.74	.000*

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการนับคาร์บและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ขณะที่ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงโรคเบาหวานในบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.64, SD = 0.48) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (Mean = 4.71, SD = 0.46) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องการนับคาร์บสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมมีกิจกรรมให้ความรู้ที่เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโภชนาการ หลักการนับคาร์โบไฮเดรต การประมาณปริมาณคาร์บในอาหารแต่ละมื้อ และการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน ทำให้ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคาร์โบไฮเดรตกับระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการนับคาร์โบไฮเดรตที่ระบุว่า คาร์โบไฮเดรตเป็นสารอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง และการเรียนรู้วิธีประมาณปริมาณคาร์โบไฮเดรตในอาหารสามารถช่วยให้บุคคลวางแผนการบริโภคอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น[6] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานแนวทางโภชนบำบัดในผู้ป่วยเบาหวานและผู้มีภาวะเสี่ยง ซึ่งชี้ว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลและลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน[7,8]

ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารได้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้ แต่ยังมีการฝึกปฏิบัติ การตั้งเป้าหมาย การบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้เข้าร่วมเกิดความตระหนักและสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura ที่อธิบายว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยการเสริมสร้างความสามารถแห่งตน การเรียนรู้จากตัวแบบ และการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้[5]

ด้านระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตในแต่ละมื้อดีขึ้น ทำให้สามารถลดการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงหรืออาหารที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการนับคาร์บ ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตและวางแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[6] อีกทั้งยังสอดคล้องกับรายงานของ

Evert และคณะ ที่พบว่าการจัดการด้านโภชนาการโดยเฉพาะการควบคุมคาร์โบไฮเดรต มีส่วนช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานและผู้มีภาวะเสี่ยง[7]

ด้านค่าดัชนีมวลกาย พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้การเปลี่ยนแปลงในระยะเวลา 8 สัปดาห์อาจยังไม่มากนัก แต่ถือเป็นแนวโน้มเชิงบวกที่สะท้อนว่าการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่เกินความต้องการของร่างกายและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม สามารถส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนักและลดความเสี่ยงทางสุขภาพได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบว่าภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ[2,3]

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าเนื้อหา กิจกรรม ระยะเวลา และรูปแบบของโปรแกรมมีความเหมาะสมกับบริบทของบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมมีลักษณะเป็นกิจกรรมที่เข้าใจง่าย ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน มีการฝึกปฏิบัติร่วมกับการให้คำปรึกษา และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกว่าโปรแกรมมีประโยชน์และไม่เป็นภาระมากเกินไป นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขอาจทำให้มีพื้นฐานความเข้าใจด้านสุขภาพ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้กับตนเอง ครอบครัว และการให้คำแนะนำแก่ประชาชนในชุมชนได้

โดยสรุป ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บสามารถเพิ่มความรู้เรื่องการนับคาร์บ ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลดระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และลดค่าดัชนีมวลกายของบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง รวมถึงสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ สามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้การนับคาร์บไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้

1.2 ควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องการนับคาร์โบไฮเดรตอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักและเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในระยะยาว

1.3 หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำแนวทางของโปรแกรมไปพัฒนาเป็นกิจกรรมสุขศึกษาในชุมชนสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยปรับเนื้อหาและรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

1.4 ควรมีการติดตามผลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันการกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงเดิม

1.5 บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมสามารถเป็นต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ และถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการนับคาร์บแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และครอบคลุมหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในระดับที่กว้างขึ้นได้

2.2 ควรมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมได้ชัดเจนและลดอคติจากการวิจัย

2.3 ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกายในระยะยาว

2.4 ควรศึกษาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การออกกำลังกาย ความเครียด คุณภาพการนอนหลับ และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยงโรคเบาหวาน

2.5 ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มความสะดวกในการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเหมาะสมกับบริบทการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในปัจจุบัน

2.6 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อสะท้อนความคิดเห็น ประสบการณ์ และปัญหาอุปสรรคของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจะช่วยให้สามารถพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Global report on diabetes. World Health Organization.
2. กรมอนามัย. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ปี 2567. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
3. ภาณุวัฒน์ สมบูรณ์ และคณะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของบุคลากรสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 19(2), 45–59.
4. Warshaw, H. S., Powers, M. A., & Bales, S. (2020). Practical carbohydrate counting: A how-to-teach guide for health professionals. American Diabetes Association.
5. American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes—2023. Diabetes Care, 46(Suppl 1), S1–S156. https://doi.org/10.2337/dc23-S001
6. Evert, A. B., Dennison, M., Gardner, C. D., Garvey, W. T., Lau, K. H. K., MacLeod, J., ... & Yancy, W. S. (2019). Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: A consensus report. Diabetes Care, 42(5), 731–754.
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน. (2567). รายงานผลการตรวจสุขภาพบุคลากรสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำดวน.
8. Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. Research in Nursing & Health, 31(2), 180–191.
9. Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.
10. The Belmont Report. (1979). Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี

Factors Affecting the Success of Compliance with Notification of the Ministry of Public Health, Title: Good Manufacturing Practice (GMP) of Community Enterprise Groups in Kanchanaburi Province

(Received: August 21, 2026; Revised: August 28, 2026 ; Accepted: August 30, 2026)

เกษรา เวทยานนท์[1]
Kedsara Vettayanont[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากรคือวิสาหกิจชุมชนที่มีกิจการประเภทอาหารแปรรูปที่จดทะเบียนกับกรมส่งเสริมการเกษตรในจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมดจำนวน 323 แห่ง โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของวิสาหกิจชุมชน ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) และความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (GMP) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกส์ (Enter Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 122 คน (ร้อยละ 37.77) ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.43, SD=0.79) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ ที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การฝึกอบรมเกณฑ์ GMP (B = 4.679, Sig < 0.001) และ ความรู้เกี่ยวกับ GMP (B = 1.162, Sig = 0.042) ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงบวก ในขณะที่ ขนาดโรงงาน (B = -3.601, Sig = 0.002) และจำนวนขั้นตอนการผลิต (B = -2.189, Sig < 0.001) เป็นปัจจัยเชิงลบ

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์อาหาร, วิสาหกิจชุมชน, หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร

Abstract

This study aimed to study the factors affecting the success of compliance with notification of the ministry of public health, title: Good Manufacturing Practice (GMP) of community enterprise groups in Kanchanaburi province. A survey research by cross-sectional study was conducted. The population included community enterprise who submitted processed food registered with Department of Agricultural Extension in Kanchanaburi province totaling 323 enterprises. Data was collected using a questionnaire that included general community enterprise groups information and opinions on factors affecting the success of compliance with notification of the ministry of public health, title: good manufacturing practice (GMP) and knowledge of Good Manufacturing Practice (GMP). Data were analyzed using descriptive statistics and Enter Logistic Regression Analysis.

Results: A total of 122 respondents (37.77%) completed the questionnaire. The overall level of opinion on factors affecting the success of compliance with notification of the ministry of public health, title: Good Manufacturing Practice (GMP) was high (Mean=3.43, SD=0.79). The factors significantly affecting the success of compliance with notification of the ministry of public health, title: Good Manufacturing Practice (GMP) were history of GMP training (B = 4.679, Sig < 0.001), level of knowledge about GMP (B =

[1] กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จ.กาญจนบุรี 71000

1.162, Sig = 0.042), which were positive factors, while factory size (B = -3.601, Sig = 0.002) and production processes (B = -2.189, Sig < 0.001) are negative factors.

Keywords: food products, community enterprise group, good manufacturing practices

บทนำ

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับวิกฤติเศรษฐกิจหลายครั้ง ทำให้รัฐบาลมีแนวความคิดที่จะหาวิธีทำให้ประเทศสามารถกำหนดยุทธศาสตร์ของประเทศให้มีความสามารถในการแข่งขันที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจโลก รัฐบาลจึงเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจระดับฐานราก เพื่อมุ่งพัฒนาขีดความสามารถและเพิ่มความเข้มแข็งให้กับประชาชนให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น แนวทางการจัดตั้ง “วิสาหกิจชุมชน” จึงเป็นนโยบายของรัฐบาลในการแก้ปัญหาภาพรวมของประเทศ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 โดยคณะกรรมการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน กรมส่งเสริมการเกษตรเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ประกอบด้วยหน่วยงานภาคี เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัด สำนักตรวจบัญชีและสหกรณ์ สถาบันการเงินทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อการส่งเสริมวิสาหกิจชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงได้จัดทำตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ 2569 เรื่อง การส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มเศรษฐกิจฐานรากและผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (Health Economic Excellence) โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้สถานที่และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100 ของค่าเป้าหมาย[1] จากข้อมูลของกรมส่งเสริมการเกษตรตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560-2567 แสดงให้เห็นว่ามีวิสาหกิจชุมชนที่อนุมัติการจดทะเบียนมีจำนวนทั้งหมด 683,381 แห่ง[2] โดยมีการอนุมัติจดทะเบียนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับข้อมูลการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชนของจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมด 1,705 แห่ง จัดเป็นประเภทการผลิตพืชมากที่สุด 652 แห่ง รองลงมาเป็นผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปจำนวน 323 แห่ง และเป็นกิจการอื่นๆ ตามลำดับ[3] ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นหน่วยงานระดับภูมิภาค จึงเป็นหน่วยงานหลักที่ต้องควบคุมดูแลผลิตภัณฑ์อาหารให้มีมาตรฐานรองรับ พัฒนาและยกระดับสถานที่ผลิตอาหารให้ได้คุณภาพมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่ หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice : GMP) ซึ่งเป็นเกณฑ์หรือข้อกำหนดพื้นฐานที่จำเป็นในการผลิตและควบคุมเพื่อให้ผู้ผลิตปฏิบัติตามและทำให้สามารถผลิตอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยเน้นการป้องกันและขจัดความเสี่ยงที่อาจจะทำให้อาหารเป็นพิษและเป็นอันตรายหรือเกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค ในปี พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 420 พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาอาหาร ซึ่งเป็น GMP ฉบับใหม่ เป็นการประยุกต์หลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับหลักการทั่วไปเกี่ยวกับสุขลักษณะอาหารของคณะกรรมาธิการมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศของโครงการมาตรฐานอาหาร เอฟ เอ โอ/ดับเบิลยู เอช โอ (Codex Alimentarius Commission, Joint FAO/WHO Food Standards Programme) เพื่อยกระดับมาตรฐานให้เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภคทั้งภายในและภายนอกประเทศ และได้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 193 พ.ศ.2543 ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐาน GMP ทั่วไปฉบับเดิม และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 342 พ.ศ.2555 ที่เป็นเกณฑ์มาตรฐาน Primary GMP โดยจะมีผลบังคับใช้ในสถานที่ผลิตอาหารรายเก่าในวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ทำให้สถานที่ผลิตอาหารที่เคยตรวจประเมินโดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน Primary GMP ต้องตรวจประเมินโดยใช้ GMP ฉบับใหม่ทุกแห่ง โดยเกณฑ์

มาตรฐาน GMP ฉบับใหม่ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อกำหนดพื้นฐาน เป็นหลักเกณฑ์ที่นำไปใช้ปฏิบัติสำหรับอาหารทุกประเภท อีกส่วนหนึ่ง คือ ข้อกำหนดเฉพาะ ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่เพิ่มเติมจากข้อกำหนดพื้นฐาน เพื่อมุ่งเน้นในเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยของแต่ละผลิตภัณฑ์อาหารเฉพาะมากยิ่งขึ้น แต่ด้วยมาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารใหม่มีมาตรฐานสูงขึ้นมากเมื่อเทียบกับมาตรฐาน Primary GMP อาจส่งผลกระทบให้ผู้ประกอบการรายย่อยไม่สามารถปรับตัวและเตรียมความพร้อมของสถานที่ผลิตได้[4]

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มีสถานที่ผลิตอาหารที่ได้รับอนุญาตทั้งหมด 753 แห่ง แบ่งเป็นประเภทบุคคลธรรมดา 455 แห่ง นิติบุคคล 235 แห่ง วิสาหกิจชุมชน 61 แห่ง สหกรณ์ 2 แห่ง ซึ่งทั้งหมดได้ผ่านการตรวจประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่าสถานที่ผลิตอาหารประเภทวิสาหกิจชุมชนประสบปัญหายกเลิกกิจการมากที่สุดถึง 20 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 32.79 เมื่อเปรียบเทียบกับวิสาหกิจชุมขนที่ได้รับอนุญาตแล้ว) เนื่องจากขาดเงินทุน ขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของสมาชิก ขาดผู้นำที่จะผลักดันให้มีความร่วมมือกันระหว่างคณะบุคคลเพื่อพัฒนาและปรับปรุงสถานที่ผลิตอย่างจริงจังให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GMP ทำให้สถานที่ผลิตไม่มีความยั่งยืนที่จะคงมาตรฐานสถานที่ผลิตไว้ได้ และมีวิสาหกิจชุมชนเพียง 41 แห่ง จากวิสาหกิจชุมชนประเภทกิจการอาหารแปรรูปในจังหวัดกาญจนบุรีทั้งหมด 323 แห่ง ที่ได้รับมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12.69 เท่านั้น[5]

เมื่อทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้ผลิตวิสาหกิจชุมชนกระจายไปตามภาคต่างๆ ซึ่งผลิตภัณฑ์อาหารนั้นเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีกลุ่มผู้ผลิตจำนวนมาก เพราะประเทศไทยมีความหลากหลายทางชีวภาพ อีกทั้งยังมีการบริโภคอาหารแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมแต่ละท้องถิ่น การดำเนินงานที่ผ่านมาของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ได้รับการจดทะเบียนทั้งในระดับภูมิภาคและระดับประเทศยังไม่สามารถแข่งขันทางด้านการตลาดกับผลิตภัณฑ์ประเภทเดียวกันที่ผลิตโดยภาคเอกชน สาเหตุหนึ่งมาจากการไม่ได้รับการรับรองคุณภาพในด้านสถานที่และผลิตภัณฑ์ ดังนั้นจึงส่งผลให้ผลิตภัณฑ์ของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนขาดความน่าเชื่อถือในการเลือกซื้อ นำไปสู่ปัญหาด้านการตลาดตามมา จากประเด็นปัญหาหลัก 5 ด้าน ด้านผู้ประกอบการ คือ ผู้นำองค์กรขาดแรงจูงใจในการพัฒนาสถานประกอบการหรือขาดการมีส่วนร่วมกันภายในกลุ่มอย่างต่อเนื่อง[6, 7] โครงสร้างอาคารไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานหลักเกณฑ์การผลิตที่ดีในการผลิตอาหาร[8, 9] ความซับซ้อนในการผลิตแต่ละประเภทอาหาร ขาดความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งขาดข้อมูลด้านกระบวนการผลิต[8, 10] เจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานรัฐอธิบายข้อมูลไม่ชัดเจน ไม่มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ขาดการสนับสนุนจากภาครัฐที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน [11] จากประเด็นปัญหาทั้งหมดทำให้ผลิตภัณฑ์ไม่ได้รับการพัฒนาให้ได้มาตรฐาน ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือผู้บริโภคอาจได้รับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานไม่ปลอดภัย ท้ายที่สุดผู้ประกอบการอาจโดนร้องเรียน และส่งผลต่อเศรษฐกิจในระยะยาว เนื่องจากไม่ตรงกับความต้องการของผู้บริโภคที่เลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากคุณภาพมาตรฐานเป็นส่วนสำคัญ และไม่สามารถขยายตลาดไปสู่สากลได้[12, 13, 14, 15]

จังหวัดกาญจนบุรีมีอัตราการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีพื้นที่ทางด้านเกษตรกรรมที่อุดมสมบูรณ์แห่งหนึ่งของประเทศ วัตถุดิบทางการเกษตรมีคุณภาพและมีความหลากหลายตามลักษณะภูมิประเทศ และยังเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญทำให้มีจำนวนนักท่องเที่ยวเพิ่มมากขึ้นทุกปี เป็นพื้นที่ชายแดนแหล่งเศรษฐกิจพิเศษ การเดินทางสะดวกและรวดเร็วใช้ระยะเวลาเพียง 1-2 ชั่วโมง จากกรุงเทพมหานครทั้งทางรถยนต์และรถไฟ ซึ่งเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นแหล่งกระจายผลิตภัณฑ์ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงเป็นหน่วยงาน

สำคัญในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารที่ต้องพัฒนาและยกระดับสถานประกอบการด้านอาหารให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ประกอบการสามารถผลิตอาหารที่มีคุณภาพมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภคทั้งภายในและภายนอกประเทศ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับใช้กับวิสาหกิจชุมชนและสถานที่ผลิตของจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อให้ผ่านมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 420 (GMP420) และสามารถนำผลการวิจัยสะท้อนไปยังผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ สำนักงานเกษตรจังหวัดรวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อปรับปรุงและพัฒนาวิสาหกิจชุมชน สร้างเครือข่ายการให้บริการข้อมูลที่จำเป็นต่อมาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วิสาหกิจชุมชนที่มีกิจการประเภทอาหารแปรรูปที่จดทะเบียนกับกรมส่งเสริมการเกษตรในจังหวัดกาญจนบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 ทั้งหมดจำนวน 323 แห่ง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของบุญชม ศรีสะอาด[16] สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนกลุ่มเดียว จำนวนประชากรทั้งหมด 323 แห่ง สัดส่วนของวิสาหกิจที่ประกอบกิจการประเภทอาหารแปรรูปที่จดทะเบียนกับสำนักงานเกษตรจังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้รับมาตรฐาน GMP ในอดีต คือ ร้อยละ 12.69 ค่าความคลาดเคลื่อนของการเลือกตัวอย่างกำหนดให้เท่ากับ 0.02 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 การคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 112 แห่ง โดยมีเกณฑ์คัดตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามที่มีการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวิสาหกิจชุมชน ประกอบด้วย ระยะเวลาดำเนินกิจการ ขนาดโรงงาน สถานที่ตั้ง วัตถุประสงค์การจัดตั้งกลุ่ม อำนาจตัดสินใจการดำเนินกิจการ ยอดจำหน่ายเฉลี่ยต่อปี จำนวนชนิดอาหาร จำนวนขั้นตอนการผลิต ประวัติการจัดอบรมเกี่ยวกับเกณฑ์ GMP และการได้รับมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (GMP) เป็นคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบ (checklist)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการประกอบกิจการ (4M) และด้านการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตัวเลือกเป็นระดับความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ สำคัญมากที่สุด (5 คะแนน) สำคัญ (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) ไม่ค่อยสำคัญ (2 คะแนน) ไม่สำคัญ (1 คะแนน) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรการประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคิร์ทแปลผลตามแนวคิดของ Best[17] ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อสอบวัดความรู้ ทั้งหมด 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 10 คะแนน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ซึ่งการให้คะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้ คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP420) รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อเป็นประโยชน์กับการพัฒนาวิสาหกิจชุมชน โดยมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ เภสัชกรเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นักวิชาการอาหารและยาชำนาญการพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และนักวิชาการส่งเสริมการเกษตรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมและพัฒนาเกษตรกร สำนักงานเกษตรจังหวัด แบบสอบถามทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) มากกว่า 0.5 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 แห่ง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามความรู้ใช้วิธี Kuder-Richardson ได้ค่า 0.92 ถือว่าเครื่องมือมีความเที่ยงสามารถนำมาใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังวิสาหกิจชุมชนที่มีกิจการประเภทอาหารแปรรูปที่จดทะเบียนกับกรมส่งเสริมการเกษตรในจังหวัดกาญจนบุรี ทั้งหมด 323 แห่ง เริ่มดำเนินการส่งแบบสอบถามและเก็บรวบรวมแบบสอบถามตอบกลับระยะเวลา 1 เดือน และเมื่อได้รับแบบสอบถามตอบกลับแล้วทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุดก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของวิสาหกิจชุมชน โดยใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์ความคิดเห็นด้านการประกอบกิจการ และการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้การหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ด้านความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

4. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านการประกอบกิจการ ปัจจัยด้านการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปัจจัยด้านความรู้ และตัวแปรตาม ได้แก่ ความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชน โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกส์แบบสองกลุ่ม (Binary Logistic Regression Analysis) วิธี enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีตาม

หนังสือเลขที่ กจ.0033.002/1793 วันที่รับรอง 29 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 122 คน อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 37.77 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวิสาหกิจชุมชนที่มีระยะเวลาดำเนินกิจการ 5-20 ปี (ร้อยละ 63.1) มีกำลังการผลิตน้อยกว่า 5 แรงม้า และคนงานไม่เกิน 7 (ร้อยละ 85.2) ส่วนใหญ่ตั้งอยู่นอกอำเภอเมือง (ร้อยละ 93.4) ตั้งกลุ่มตามความต้องการของสมาชิก (ร้อยละ 73.8) อำนาจการตัดสินใจขึ้นกับเสียงส่วนมากของสมาชิกภายในกลุ่ม (ร้อยละ 51.6) ยอดจำหน่ายเฉลี่ยต่อปีน้อยกว่า 100,000 บาท (ร้อยละ 69.7) ส่วนใหญ่ผลิตอาหาร 1 ประเภท (ร้อยละ 70.5) มีขั้นตอนการผลิตน้อยกว่า 3 ขั้นตอน (ร้อยละ 45.9) และวิสาหกิจชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีการจัดอบรมพนักงานเกี่ยวกับ GMP (ร้อยละ 80.3)

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.43, SD=0.79) โดยด้านการประกอบกิจการ (4M) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean=3.50, SD=0.76; ระดับมาก) รองลงมาเป็นด้านการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย (Mean=3.33, SD=1.11; ระดับปานกลาง)

หัวข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ยสูงสุดห้าอันดับแรก ได้แก่ สมาชิกทุกคนได้รับการอบรมให้มีความเข้าใจในหลักเกณฑ์ GMP (Mean=3.83, SD=1.28; ระดับมาก) รองลงมาเป็นหัวข้อสมาชิกทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการผลิตได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ GMP (Mean=3.72, SD=1.36; ระดับมาก) หัวข้อสถานที่ติดต่อขออนุญาตมีความเหมาะสม และสะดวกในการเดินทาง (Mean=3.70, SD=1.32; ระดับมาก) หัวข้อภายในกลุ่มควรมีผู้ควบคุมดูแลการผลิตอาหารให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ GMP เป็นหลักอย่างน้อย 1 คน (Mean=3.68, SD=1.34; ระดับมาก) และหัวข้อสมาชิกมีความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ GMP อย่างถูกต้อง (Mean=3.67, SD=1.38; ระดับมาก) ตามลำดับ

ระดับความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 420 พ.ศ.2563 อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.1 ความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.3 และมีความรู้ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 15.6[18]

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชน พบว่า ปัจจัยข้อมูลทั่วไปของวิสาหกิจชุมชน ปัจจัยความคิดเห็นเกี่ยวกับการประกอบกิจการ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และปัจจัยด้านความรู้ สามารถพยากรณ์ถูกต้องเท่ากับ 90.2 โดยปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีจำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ GMP (B = 1.162, Sig = 0.042) และ การฝึกอบรมเกณฑ์ GMP (B = 4.679, Sig < 0.001) ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงบวก ในขณะที่ ขนาดโรงงาน (B = -3.601, Sig = 0.002) และ จำนวนขั้นตอนการผลิต (B = -2.189, Sig < 0.001) เป็นปัจจัยเชิงลบ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (n=122)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศฯ เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP)	ค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณได้จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์					
	B	S.E.	S.E. Wald	Df	Sig.	Exp(B)
ระยะเวลาดำเนินกิจการ (X_1)	.210	.681	.095	1	.757	1.234
ขนาดโรงงาน (X_2)	-3.601	1.173	9.419	1	.002*	.027
สถานที่ตั้ง (X_3)	-1.929	1.508	1.637	1	.201	.145
วัตถุประสงค์การจัดตั้งกลุ่ม (X_4)	.951	.503	3.571	1	.059	2.588
อำนาจตัดสินใจ (X_5)	-1.044	.578	3.263	1	.071	.352
ยอดจำหน่ายเฉลี่ยต่อปี (X_6)	-.174	.510	.117	1	.733	.840
จำนวนชนิดอาหาร (X_7)	.094	.849	.012	1	.912	1.098
จำนวนขั้นตอนการผลิต (X_8)	-2.189	.602	13.235	1	.000*	.112
ประวัติการจัดอบรมเกี่ยวกับเกณฑ์ GMP (X_9)	4.679	.983	22.669	1	.000*	1.766
ปัจจัยด้านการประกอบกิจการ (X_{10})	-.387	.786	.243	1	.622	.679
ปัจจัยด้านการให้บริการของสสจ. (X_{11})	1.045	.545	3.672	1	.055	2.844
ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ GMP (X_{12})	1.162	.573	4.121	1	.042*	3.198
(Constant)	16.069	5.079	10.009	1	.002	0.001

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) เพิ่มเติม ได้แก่ ต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำติดตามและอัพเดตข้อมูลมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง อบรมให้คำแนะนำเกี่ยวกับมาตรฐานและการขออนุญาตตามมาตรฐาน GMP รวมถึงขาดเงินทุนเพื่อปรับปรุงสถานที่ หรืออาคารผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐาน

สรุปและอภิปรายผล

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP)

จากการศึกษา พบว่า วิสาหกิจชุมชนที่มีสถานที่ผลิตอาหารร้อยละ 69.9 ยังไม่ได้รับมาตรฐานตามเกณฑ์ GMP ในขณะที่มีวิสาหกิจเพียงร้อยละ 31.1 ที่ได้รับมาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์ GMP สถานการณ์ที่พบจากการศึกษาจะเห็นว่าวิสาหกิจชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดมาตรฐานอีกเป็นจำนวนมาก ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2569 ที่มุ่งเน้นส่งเสริมผู้ประกอบการกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก โดยเฉพาะกลุ่มวิสาหกิจชุมชนให้ได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต โดยมีเป้าหมายร้อยละ 100[1]

ความคิดเห็นของวิสาหกิจชุมชนที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสมาชิก เนื่องจากวิสาหกิจชุมชนเปรียบเสมือนธุรกิจขนาดย่อมที่ขับเคลื่อนโดยพลังของสมาชิก หัวใจสำคัญของวิสาหกิจชุมชน คือการบริหารจัดการสมาชิกอย่างมีประสิทธิภาพดังแนวคิดของ Asnarulkhadi & Fariborz[19] ที่กล่าวว่าการมีส่วนร่วมมีความสำคัญ เนื่องจาก นโยบายหรือแผนการ

ดำเนินงานใดๆ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมในการคิดวิเคราะห์ ร่วมรับผลประโยชน์และร่วมบำรุงรักษาของสมาชิกร่วมกับต้องมีระบบควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์ และจัดทำบัญชีควบคู่กับการเก็บเอกสารหลักฐานอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตพิสุทธิ์ กิติมูล[20] โดยพบปัญหาการจัดอบรมเพื่อพัฒนาทักษะและความรู้ให้กับผู้นำและสมาชิกวิสาหกิจชุมชนไม่ทั่วถึง ฉะนั้น จึงควรสนับสนุนให้วิสาหกิจชุมชนมีการจัดอบรมให้ความรู้กับสมาชิกอยู่เสมอ โดยอาจจะเป็นการส่งตัวแทนเข้าร่วมอบรมจากหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน และนำความรู้ที่ได้รับนั้นมาเผยแพร่และต่อยอดให้กับสมาชิกภายในกลุ่ม ต้องมีการติดต่อกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อรับความรู้ใหม่ๆ มาแลกเปลี่ยนและสามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของอีสเซอร์ และโรดาฟินอส[21] ที่พบว่าการอิทธิพลจากบุคคลรอบข้างมีผลต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชน ได้แก่ ประวัติการฝึกอบรมเกี่ยวกับเกณฑ์ GMP ระดับความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ GMP ขนาดโรงงาน และจำนวนขั้นตอนการผลิต ผู้วิจัยอภิปรายปัจจัยที่สำคัญดังนี้

ปัจจัยประวัติการจัดอบรมเกี่ยวกับเกณฑ์ GMP ส่งผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การที่วิสาหกิจชุมชนได้รับการฝึกอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับ GMP สูง จะเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานได้สำเร็จถึง 3.198 เท่า เนื่องจากการฝึกอบรมสร้างความเข้าใจในข้อกำหนด ความคุ้นเคยกับหลักสุขาภิบาล และเปลี่ยนทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานให้ตระหนักถึงความปลอดภัยของอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของอิสรี แพทย์เจริญ[11] ที่หนึ่งในปัจจัยความสำเร็จของกลุ่มวิสาหกิจชุมชน คือการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของสมาชิกให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของกู๊ดดินและแม็คอลิสเตอร์[22] ซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายส่งผลต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย อีกทั้งการศึกษาของแยปป์ และแฟร์แมน[23] และการศึกษาของอัลซอร์ และเมียตัน[24] ที่พบว่า ข้อจำกัดสำคัญที่สุดในการไม่บรรลุมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารคือ ขาดความรู้และการฝึกอบรมที่ไม่เพียงพอของบุคลากร รวมถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามกฎหมาย ดังนั้น หากต้องการสนับสนุนให้วิสาหกิจชุมชนปฏิบัติตามมาตรฐาน GMP หน่วยงานภาครัฐจึงควรส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ความรู้ให้วิสาหกิจชุมชนทราบถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้น รวมถึงทำให้ผู้บริโภคเห็นความสำคัญของผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการผลิตที่ได้มาตรฐานและยินดีจะซื้อผลิตภัณฑ์ที่ผ่านกระบวนการผลิตที่ได้มาตรฐานในราคาที่สูงขึ้น

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ GMP ส่งผลต่อความสำเร็จต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) ของวิสาหกิจชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าวิสาหกิจชุมชนที่มีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร จะประสบความสำเร็จมากกว่าวิสาหกิจชุมชนที่มีความรู้น้อยกว่า อาจเนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่มีทักษะเพียงแค่การผลิตเท่านั้น แต่ยังขาดความสามารถทางด้านอื่นๆ อย่างรอบด้าน ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมคุณภาพการผลิต การพัฒนานวัตกรรม ระบบบันทึกการผลิตทั้งกระบวนการ สิ่งเหล่านี้ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของวิสาหกิจชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของศิราภรณ์ ประสพชัยชนะ และการศึกษาของศศิกานต์ กลึงโรจน์พงษ์[10] กล่าวคือ สถานที่ผลิตที่มีบุคลากรที่มีศักยภาพ มีความรู้เพื่อพัฒนาสถานที่ผลิต จะทำให้สถานที่ผลิตอาหารของ

วิสาหกิจชุมชนนั้นๆ ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน ดังนั้นหากวิสาหกิจชุมชนยังมีความรู้ข้อกฎหมาย หลักเกณฑ์การผลิตไม่เพียงพอ อาจส่งผลถึงการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามขั้นตอนแนวทางที่กฎหมายกำหนดไว้ได้อย่างครบถ้วนทำให้เป็นการฝ่าฝืนกฎหมายโดยไม่ได้ตั้งใจ จึงต้องส่งเสริมความรู้ให้แก่วิสาหกิจชุมชนเกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (GMP) ให้มากขึ้น

ปัจจัยขนาดโรงงาน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ขนาดโรงงานกลับเป็นปัจจัยเชิงลบ หมายความว่าโรงงานขนาดใหญ่มีโอกาสสำเร็จน้อยกว่าโรงงานขนาดเล็ก อาจเป็นเพราะวิสาหกิจชุมชนที่มีพื้นที่กระบวนการผลิตขนาดใหญ่ มักมีภาระในการบริหารจัดการ การดูแลรักษาโครงสร้างพื้นฐาน การควบคุมความสะอาด และระบบสุขาภิบาลที่ซับซ้อนกว่า ขณะที่วิสาหกิจชุมชนขนาดเล็กมีความยืดหยุ่น ควบคุมพื้นที่กระบวนการผลิตได้ทั่วถึงและง่ายกว่าภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด รวมถึงการมีแรงงานที่เพิ่มขึ้นทำให้การบริหารจัดการยากขึ้นอาจขาดการประสานงานระหว่างสมาชิก หรือการแบ่งหน้าที่ของสมาชิกไม่ชัดเจน ทำงานซ้ำซ้อนและไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Taylor[25] ที่ศึกษาสถานประกอบการอาหารขนาดเล็กและขนาดใหญ่ พบว่า สถานประกอบการขนาดใหญ่มักประสบปัญหาเรื่องความเทอะทะของโครงสร้างอาคารสถานที่ ทำให้การปรับปรุงสถานที่ให้เข้าเกณฑ์มาตรฐานต้องใช้ต้นทุนสูงและปรับตัวได้ช้ากว่ากลุ่มผู้ประกอบการรายย่อย (Small Scale) ที่มีความคล่องตัวสูงกว่าในการปรับปรุงพื้นที่ให้เป็นไปตามกฎระเบียบ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของศศิกานต์ กลึงโรจน์พงษ์[8] ที่พบว่า ยิ่งกำลังการผลิตมากจะทำให้ผลิตภัณฑ์ได้รับมาตรฐานเลขสารบบอาหารมากกว่าสถานประกอบการที่มีกำลังการผลิตน้อย เนื่องจากสามารถลงทุนในเครื่องจักรอุปกรณ์ รวมถึงการปรับปรุงโครงสร้างอาคารได้มากกว่า และขัดแย้งกับการศึกษาของณัฐนิชา ประสาทเขตวิทย์[26] ที่พบว่าขนาดโรงงานที่มีกำลังการผลิตมาก หรือมีจำนวนสมาชิกมากกว่าจะมีโอกาสดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่มีสมาชิกน้อยกว่า

ปัจจัยจำนวนขั้นตอนการผลิต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า จำนวนขั้นตอนการผลิตที่มากขึ้นส่งผลให้โอกาสสำเร็จในการผ่าน GMP ลดลงอย่างมาก เนื่องจากยิ่งมีขั้นตอนในสายการผลิตมาก ยิ่งเพิ่มจุดเสี่ยงต่อการปนเปื้อนข้าม (Cross-contamination) ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการผลิตได้ยากขึ้น รวมถึงต้องใช้แบบบันทึกและเอกสารควบคุมตามระบบ GMP มากขึ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับวิสาหกิจชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของทักษญา สง่าโยธิน[7] ที่ระบุว่ากระบวนการผลิตที่มีความซับซ้อนหลายขั้นตอนส่งผลให้การควบคุมสภาวะแวดล้อมและสุขลักษณะส่วนบุคคลทำได้ยากขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มความซับซ้อนในการจัดทำเอกสารควบคุมระบบ GMP ซึ่งเป็นจุดอ่อนหลักของผู้ประกอบการระดับชุมชน ดังนั้นหากวิสาหกิจชุมชนมีขั้นตอนการผลิตไม่ซับซ้อน จะทำให้สามารถดำเนินการตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารได้ง่ายกว่าวิสาหกิจชุมชนที่มีขั้นตอนการผลิตที่ซับซ้อน หลายขั้นตอนและอาจส่งผลให้ระบบควบคุมคุณภาพการผลิตไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การวิจัยนี้มีอัตราการตอบกลับน้อย ดังนั้นอาจแก้ไขโดยการให้เจ้าหน้าที่ไปตรวจเยี่ยมสถานที่และส่งมอบแบบสอบถามให้ตอบและเก็บกลับมาในคราวเดียวกัน

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ประกอบการอาหารภายในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งยังขาดการเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่และกลุ่มผู้ประกอบการในพื้นที่อื่น ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงขาดข้อมูลในมุมมองของกลุ่มดังกล่าว

3. ประชากรของการศึกษาครั้งนี้ เป็นวิสาหกิจชุมชนที่มีกิจการประเภทอาหารแปรรูปทั้งหมดของจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งประกอบไปด้วยวิสาหกิจชุมชนที่เคยมีประสบการณ์ขออนุญาตผลิต

อาหารตามหลักเกณฑ์ GMP และที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จึงอาจส่งผลต่อระดับความรู้และความคิดเห็นโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดอบรมและประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ให้กับผู้ประกอบการ ผ่านช่องทางออนไลน์หรือออฟไลน์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้ ข้อมูลวิชาการ เทคนิค เกณฑ์มาตรฐานสถานที่ การปรับปรุงพัฒนาสถานที่ผลิตให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกฎหมายใหม่ๆ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรจัดทำสถานประกอบการต้นแบบในทุกขนาดโรงงาน เล็ก กลาง ใหญ่ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ ศึกษาดูงานให้ผู้ประกอบการเห็นภาพตัวอย่างที่ชัดเจนและนำไปพัฒนาสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐาน ลดการลองผิดลองถูก ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการพัฒนาสถานที่

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรร่วมมือกับหน่วยงานภาคีตั้งกำหนดการเพื่อลงพื้นที่ติดตามสถานวิสาหกิจชุมชนที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP) เพื่อสร้างแรงจูงใจและผลักดันให้เร่งพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารให้มีคุณภาพ

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาคีโดยเฉพาะสำนักงานเกษตรจังหวัดร่วมกันทำสรุปคู่มือการพัฒนาสถานที่ผลิตเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกัน สร้างแบบ Internal audit ที่สำคัญแบบย่อ โดยอ้างอิงหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร เพื่อดำเนินการเรื่องของการฝึกอบรมและประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานควรประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เกษตรอำเภอ เป็นต้น เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารหรือให้บริการเชิงรุกเกี่ยวกับข้อกฎหมายเกี่ยวกับมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหารไปยังวิสาหกิจชุมชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมถึงใช้สื่อที่หลากหลาย ได้แก่ วิทยุชุมชน เว็บไซต์ ไลน์ เป็นต้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ในทุกพื้นที่ อำนวยความสะดวกเรื่องการเดินทางให้วิสาหกิจชุมชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรทำเชิงคุณภาพด้านหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร โดยจัดสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) เพื่อค้นหาข้อมูลทั้งแง่ลบและแง่บวกมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงกฎหมายหรือการบังคับใช้กฎหมาย

2. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบการอื่นๆ ที่เป็นรายย่อย หรือผู้ประกอบการที่มีสถานที่ผลิตที่ไม่เข้าข่ายโรงงานประเภทอื่นๆ เนื่องจากเป็นธุรกิจส่วนใหญ่ของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามและขอขอบคุณวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรีทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.(2569). ตัวชี้วัดสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://kbs.fda.moph.go.th/op-kbs/category/microscope-2569.

2.กองส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน.(2567). ผลการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sceb.doae.go.th/regis.html.

3.กองส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน.(2567). ข้อมูลวิสาหกิจชุมชนรายจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sceb.doae.go.th/datachw.html.

4.กระทรวงสาธารณสุข.(2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร. ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 138 ตอนพิเศษ 31 ง (ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564).

5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี.(2568). ข้อมูลสถานประกอบการผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพในจังหวัดกาญจนบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://dc.kanpho.go.th/consumer/login.

6.จรีภรณ์ มีศรี.(2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนกลุ่มชาลี-วรรณ ชุมชนพัฒนา ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. เอกสารวิชาการฉบับที่ 1/2563. 2563.

7.ทักษญา สง่าโยธิน.(2560). ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานวิสาหกิจชุมชน. วารสารวิทยาลัยพาณิชยศาสตร์บูรพาปริทัศน์. 2560;12(2):11-25.

8.ศศิกานต์ กลึงโรจน์พงษ์.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับเลขสารบบอาหารของผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์ชุมชนในจังหวัดกาญจนบุรี [เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2564.

9.วิภาพร องคนุสสรณ์, เฉลิมรัช ประเสริฐสังข์.(2564). การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนเข้าสู่มาตรฐานการผลิตอาหารที่ดี กรณีศึกษา: วิสาหกิจชุมชนกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรบ้านกองนางอำเภอท่าบ่อ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2564;6(3):72-80.

10.ชยันต์ พิภพลาภอนันต์.(2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมมาตรฐานปฏิบัติที่ดี (GMP) ของโรงสีข้าว. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 56: สาขาเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ. 2561.

11.อิสรี แพทย์เจริญ, อริย์ธัช อักษรทับ, ชาญวิทย์ จาตุประยูร.(2565). ปัจจัยความสำเร็จของการบริหารจัดการวิสาหกิจชุมชนแปรรูปลำไยเนื้อสีทอง ตำบลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ. 2565;32(2):82-98.

12.อรอุมา นาทสีทา.(2563). พฤติกรรมผู้บริโภคและสถานการณ์ของวิสาหกิจชุมชน จังหวัดนครนายก. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี. 2563;4(3):310-27.

13.เจกิตาร์ ศรีสรวล.(2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อสินค้า OTOP ของนักท่องเที่ยวตลาดน้ำบางคล้า. วารสารวิชาการศรีปทุม. 2563;16(4):79-89.

14.ภัทรพล ชุ่มมี.(2565). การวิเคราะห์พฤติกรรมการซื้อและความจงรักภักดีของวิสาหกิจชุมชน จังหวัดปทุมธานี. journal of Modern Learning Development. 2565;7(7):1-12.

15.สนิทเดช จินตนา, ธีระพงษ์ ภูริปาณิก.(2562). ปัญหา ข้อจำกัด และแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งให้กับวิสาหกิจชุมชนในประเทศไทย. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย. 2562;12(3):179-94.

16.บุญชม ศรีสะอาด.(2535). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม; 2535.

17.Best.(1997). Research in education. New Jersy: Prentice Hall.Inc; 1997.

18.Bloom.(1956). Handbook on Formation and Summatic of Student Learning. New York: McGraw Hill; 1956.

19.Samah AA, Aref F.(2011). The theoretical and conceptual framework and application of community empowerment and participation in processes of community development in Malaysia. The Journal of American Science. 2011;7:186-95.

20.จิตพิสุทธิ์ กิติมูล.(2566). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานของวิสาหกิจชุมชนในอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก [ปริญญาเกษตรศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566.

21.Lazuras L, Eiser JR, Rodafinos A.(2009). Predicting smokers' non-compliance with smoking restrictions in public places. Tobacco Control. 2009;18(2):127-31.

22.Goodin M, McAllister I.(1997). Evaluating compliance with Australia's first smoke-free public places legislation. Tob Control. 1997;6(4):326-31.

23.Yapp C, Fairman R.(2006). Factors affecting food safety compliance within small and medium-sized enterprises: implications for regulatory and enforcement strategies. Food Control. 2006;17(1):42-51.

24.Alnsour J, Meaton J.(2009). Factors affecting compliance with residential standards in the city of Old Salt, Jordan. Habitat International. 2009;33(4):301-9.

25.Taylor E.(2001). HACCP in small companies: benefit or burden? Food Control. 2001;12(4):217-22.

26.ณัฐนิชา ประสาทเขตวิทย์, รุจ ศิริสัญลักษณ์, จุฑาทิพย์ เฉลิมพล, มาโนช โพธาภรณ์.(2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความต่อเนื่องของวิสาหกิจชุมชนในตำบลห้วยสัก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. แก่นเกษตร. 2562;47 ฉบับพิเศษ 1:441-46.

สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Spiritual Care Competence of Nurses, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

(Received: August 22, 2026; Revised: August 24, 2026 ; Accepted: August 26, 2026)

ณิชทินันทน์ อยู่สายบัว[1] อรอนงค์ วิชัยคำ[2] กุลวดี อภิชาติบุตร[3]
Nitthinan Yousaibua[1] Orn-Anong Wichaikhum[2] Kulwadee Abhicharttibutra[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 304 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามช่วงอายุงานและสุ่มอย่างง่ายภายในแต่ละชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลย้อนกลับจาก Spiritual Care Competence Scale (SCCS) ของ van Leeuwen et al. โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{}$= 3.88, S.D. = 0.41) โดยสมรรถนะด้านทัศนคติต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย ด้านการสื่อสาร ด้านการประเมินและการดำเนินการดูแลด้านจิตวิญญาณ และด้านการสนับสนุนส่วนบุคคลและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ขณะที่ด้านการพัฒนาวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ และด้านการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: การดูแลด้านจิตวิญญาณ, สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ, พยาบาล

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine the spiritual care competence of nurses at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The sample comprised 304 registered nurses. Participants were selected using stratified random sampling by years of work experience and nursing service, followed by simple random sampling within each stratum. Quantitative data were collected in December 2025. The instruments consisted of a personal information questionnaire and the Thai version of the 27-item Spiritual Care Competence Scale (SCCS), translated using a back-translation process. The overall Cronbach's alpha coefficient was 0.97. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and range.

The results showed that the overall spiritual care competence of nurses was at a high level (Mean = 3.88, SD = 0.41). The domains of attitude toward patients' spirituality, communication, assessment and implementation of spiritual care, and personal support and patient counseling were at a high level, whereas professionalisation and improving the quality of spiritual care and referral to professionals were at a moderate level.

Keywords: spiritual care, spiritual care competence, nurse

บทนำ

การดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยมุ่งตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยด้านความหมายของชีวิต ความหวัง ความเชื่อ และคุณค่า ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมการเผชิญความเจ็บป่วย กระบวนการเยียวยา และคุณภาพชีวิต[1]

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ E-mail: nitthinan19@gmail.com
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ corresponding author
[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ corresponding author

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จึงมีบทบาทสำคัญในการระบุและตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย[1] อย่างไรก็ตาม การนำการดูแลด้านจิตวิญญาณไปสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสมจำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติ[2]

การนำการดูแลด้านจิตวิญญาณไปสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสมจึงต้องอาศัย “สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ” (spiritual care competence) ซึ่งหมายถึงความสามารถของพยาบาลในการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการประเมินสถานการณ์และให้การดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมในบริบทของการปฏิบัติวิชาชีพ[3,4] อย่างไรก็ตาม การนำการดูแลด้านจิตวิญญาณไปสู่การปฏิบัติยังคงมีความท้าทาย โดยพยาบาลและผดุงครรภ์ในหลายประเทศรายงานถึงความไม่พร้อมในการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ[5] ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยซึ่งศึกษาในบริบทการดูแลผู้สูงอายุระยะท้ายพบว่า พยาบาลยังให้ความสำคัญกับการดูแลด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตวิญญาณ และมองว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรมและนำไปบูรณาการในการปฏิบัติได้ยาก[6] ดังนั้น การประเมินสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ทราบระดับสมรรถนะและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร[4] van Leeuwen และ Cusveller[3] ได้พัฒนากรอบสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรมในหลายสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดสมรรถนะไว้ 3องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตระหนักรู้และการใช้ตนเองในการดูแล ซึ่งครอบคลุมการตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อ และความรู้สึกของตนเอง รวมทั้งความสามารถในการสนทนาเรื่องจิตวิญญาณกับผู้ป่วยที่มีความเชื่อและวัฒนธรรมแตกต่างกัน 2) การบูรณาการมิติจิตวิญญาณในกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลและระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณ การวางแผน การให้การดูแล การสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ตลอดจนการประเมินผลการดูแล และ 3) การประกันคุณภาพและการพัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตวิญญาณในระดับองค์กร ต่อมา van Leeuwen et al.[4] ได้นำกรอบสมรรถนะดังกล่าวมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนา Spiritual Care Competence Scale (SCCS) และภายหลังการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติได้แบบวัดจำนวน 27 ข้อ ครอบคลุมสมรรถนะ 6 ด้าน ได้แก่ การประเมินและการดำเนินการดูแลด้านจิตวิญญาณ การพัฒนาวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ การสนับสนุนส่วนบุคคลและการให้คำปรึกษาผู้ป่วย การส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ ทัศนคติต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย และการสื่อสาร[4]

จากการทบทวนการนำ Spiritual Care Competence Scale (SCCS) ไปใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 พบว่ามีการนำเครื่องมือไปใช้ในการศึกษาจำนวน 53 เรื่องจาก 17 ประเทศ และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับอยู่ในช่วง 0.87–0.97 สะท้อนว่า SCCS เป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในหลายประเทศ

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิขั้นสูง สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ให้บริการรักษาขั้นสูงแก่ประชาชนในภาคเหนือ 17 จังหวัด และมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2566 ได้กำหนดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณเป็นหนึ่งในจุดเน้นของการพัฒนาคุณภาพและขับเคลื่อนแนวทาง Spiritual Healthcare in Action (SHA) สู่การปฏิบัติในระดับองค์กร[8] ต่อมาโรงพยาบาลได้รับการรับรองระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ โดยมีระยะเวลาการรับรองตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2571[9]

งานวิจัยภายในโรงพยาบาลก่อนหน้านี้ศึกษาการรับรู้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของบุคลากรทางการพยาบาล 138 คนจาก 8 หอผู้ป่วย และพบว่าการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก[10] อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวมุ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณของบุคลากรทางการพยาบาลเฉพาะบางส่วนขององค์กร และยังไม่ได้ประเมินสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ยังไม่พบรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลในประเทศไทย[7]

ดังนั้น แม้องค์กรจะมีการพัฒนานโยบายและระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง ตามแนวทาง Spiritual Healthcare in Action (SHA) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)[11] แต่ยังไม่มีข้อมูลจากการประเมินสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลอย่างเป็นระบบ การประเมินสมรรถนะดังกล่าวจึงมีความสำคัญในการให้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนพัฒนาบุคลากร กำหนดนโยบาย และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลด้านจิตวิญญาณให้ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวม ตลอดจนสะท้อนความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะของพยาบาลกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการขององค์กร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับสนับสนุนการพัฒนาการพยาบาลแบบองค์รวมและการขับเคลื่อนระบบการดูแลด้านจิตวิญญาณขององค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 1,120 คน จาก 10 งานการพยาบาล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan [12] ได้ 286 คน และเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อรองรับข้อมูลสูญหายหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์[13] จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 343 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ดำรงตำแหน่งสายบริหารตั้งแต่หัวหน้าหน่วยหรือหอผู้ป่วยขึ้นไปและผู้ที่อยู่ระหว่างลาป่วย ลากิจ หรือลาศึกษาต่อในช่วงเก็บข้อมูล

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งตามช่วงอายุงาน 4 ชั้น ได้แก่ 1–3 ปี มากกว่า 3–5 ปี มากกว่า 5–10 ปี และมากกว่า 10 ปี จากนั้นจัดสัดส่วนตาม 10 งานการพยาบาล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรตามโครงสร้างอายุงานและหน่วยงานที่สังกัด ก่อนสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ภายในแต่ละชั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุม อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่งการทำงาน ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล งานการพยาบาล และการได้รับการอบรมด้านการดูแลจิตวิญญาณ และ 2) แบบวัด Spiritual Care Competence Scale (SCCS) จำนวน 27 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การประเมินและการ

ดำเนินการดูแลด้านจิตวิญญาณ 6 ข้อ การพัฒนาวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ 6 ข้อ การสนับสนุนส่วนบุคคลและการให้คำปรึกษาผู้ป่วย 6 ข้อ การส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ 3 ข้อ ทัศนคติต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย 4 ข้อ และการสื่อสาร 2 ข้อ รายงานผลเป็นคะแนนเฉลี่ย 1.00–5.00 ทั้งคะแนนรวมและรายด้าน เพื่อให้เปรียบเทียบองค์ประกอบที่มีจำนวนข้อแตกต่างกันได้

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้ความกว้างอันตรภาคชั้น ได้แก่ 1.00–2.33 ระดับต่ำ 2.34–3.67 ระดับปานกลาง และ 3.68–5.00 ระดับสูง[14,18]

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือให้แปล SCCS เป็นภาษาไทย และดำเนินการแปลย้อนกลับ (back-translation) ตามแนวทางของ Brislin[15] โดยเครื่องมือต้นฉบับได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติแล้ว[4] สำหรับฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 10 คน[13] พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 และรายด้านอยู่ในช่วง 0.82–0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลและประสานหัวหน้างานการพยาบาลทั้ง 10 งาน จากนั้นจัดส่งเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและ QR code สำหรับแบบสอบถามออนไลน์แก่พยาบาลที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านรายละเอียดโครงการ สิทธิของผู้เข้าร่วม และแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถามออนไลน์ เมื่อครบ 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 312 ฉบับ และมีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 304 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 88.63 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณา (Descriptive statistics) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ส่วนข้อมูลสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งโดยรวมและรายด้าน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ 2568-EXP087 เอกสารรับรองเลขที่ 137/2568 อนุมัติเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 และมีผลการรับรองถึงวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2569

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 304 คน มีอายุเฉลี่ย 37.25 ปี (S.D. = 9.83, พิสัย = 23–60 ปี) โดยกลุ่มอายุ 26–30 ปีมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 23.03 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.07 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.05 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.79 และดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 96.38 มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย 14.07 ปี (S.D. = 9.26, พิสัย = 1–37 ปี) เมื่อพิจารณาตามงานการพยาบาล พบว่าปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์มากที่สุด ร้อยละ 24.01 รองลงมาคืองานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ร้อยละ 17.11 และงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ ร้อยละ 13.16 ตามลำดับ นอกจากนี้ ร้อยละ 58.55 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{}$= 3.88, S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 4 ด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านทัศนคติต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{}$= 4.24, S.D. = 0.54) รองลงมา

คือด้านการสื่อสาร ($\bar{}$= 4.22, S.D. = 0.55) ด้านการประเมินและการดำเนินการดูแลด้านจิตวิญญาณ ($\bar{}$= 3.89, S.D. = 0.47) และด้านการสนับสนุนส่วนบุคคลและการให้คำปรึกษาผู้ป่วย ($\bar{}$= 3.89, S.D. = 0.45) ส่วนอีก 2 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการพัฒนาวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ ($\bar{}$= 3.66, S.D. = 0.57) และด้านการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{}$= 3.60, S.D. = 0.53) ดังตารางที่ 1

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณโดยรวมของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่อยู่ในระดับสูง ($\bar{}$= 3.88,S.D.= 0.41) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยประมาณ 3.60 คะแนนของกลุ่มพยาบาลจากการศึกษาที่นำ SCCS ไปใช้ในหลายประเทศ[7] เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าค่าเฉลี่ยดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาของ Alshehry[16] ในประเทศซาอุดีอาระเบีย และ Vogel and Schep-Akkerman[17] ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งรายงานคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ขณะที่สูงกว่าการศึกษาของ Seid and Abdo[18] ในประเทศเอธิโอเปีย และ Abusafia et al.[19] ในประเทศมาเลเซีย ซึ่งรายงานสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง ความแตกต่างของระดับสมรรถนะระหว่างการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ วัฒนธรรมลักษณะองค์กร และคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน[7]

ผลที่พบว่าสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจพิจารณาร่วมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง ทั้งการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ระดับองค์กร การส่งเสริมค่านิยมที่สนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม ตลอดจนการขับเคลื่อนแนวทาง Spiritual Healthcare in Action (SHA) และกิจกรรมพัฒนาบุคลากรสู่การปฏิบัติ[8,9] บริบทดังกล่าวอาจเอื้อต่อการสร้างความตระหนักและการเรียนรู้ด้านการดูแลจิตวิญญาณของพยาบาล สอดคล้องกับ Albaqawi et al.[20] ที่พบว่าบรรยากาศทางจิตวิญญาณในสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.55 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งอาจเป็นอีกบริบทหนึ่งที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะ สอดคล้องกับ Han et al.[21] ที่พบว่าการเคยเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาด้านการดูแลจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณ และยังสอดคล้องกับการศึกษาแบบกึ่งทดลองและการศึกษาการฝึกอบรมที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลมีสมรรถนะด้านการดูแลจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น[22,23]

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลเฉลี่ย 14.07 ปี ซึ่งอาจเอื้อต่อการสั่งสมประสบการณ์จากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย ตามแนวคิดของ Benner[24] ที่เสนอว่าความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลพัฒนาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ในสถานการณ์จริง โดยเมื่อพยาบาลมีประสบการณ์เพิ่มขึ้นจะสามารถรับรู้สถานการณ์ในภาพรวมและนำประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ประกอบการตัดสินใจทางคลินิกได้มากขึ้น สอดคล้องกับ Han et al.[21] ที่พบว่าประสบการณ์การทำงานที่ยาวนานขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาล

เมื่อพิจารณาสมรรถนะรายด้าน พบว่า ด้านทัศนคติต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยและด้านการสื่อสารมีคะแนนสูงที่สุด ขณะที่ด้านการพัฒนาวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ และด้านการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มที่รายงานจากการทบทวนการนำ SCCS ไปใช้ในหลายประเทศ[7] ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่า สมรรถนะที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยประจำวัน เช่น การเปิดรับ การรับฟัง และการสื่อสาร มีคะแนนสูงกว่าสมรรถนะที่เกี่ยวข้อง

กับการพัฒนาวิชาชีพ การปรับปรุงคุณภาพ และการส่งต่อ ทั้งนี้ สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพครอบคลุมการประกันคุณภาพ การพัฒนานโยบาย และการมีส่วนร่วมในระดับองค์กร[4] ขณะที่ด้านการส่งต่อต้องอาศัยการพิจารณาขอบเขตบทบาทและการประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น[25] จึงอาจเป็นสมรรถนะที่ต้องอาศัยทั้งความสามารถของพยาบาลและกลไกสนับสนุนในระดับระบบร่วมกัน

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลมีสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับสูงในด้านที่สามารถนำไปใช้ได้โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยประจำวัน เช่น การมีทัศนคติที่เปิดรับการรับฟัง และการสื่อสาร ขณะที่สมรรถนะด้านการพัฒนาวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ รวมถึงด้านการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น และอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานและกลไกสนับสนุนในระดับระบบ ผลการศึกษาจึงสะท้อนถึงความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณควบคู่กับการสนับสนุนเชิงระบบในระดับองค์กร เพื่อเอื้อต่อการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ควรนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย วางแผน และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลด้านจิตวิญญาณในระดับองค์กร เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลสามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณได้อย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ ดังนี้

1. ควรกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการดูแลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลให้ชัดเจน โดยเฉพาะด้านการพัฒนาวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น

2. ควรพัฒนาแนวทางการปฏิบัติด้านการส่งต่อให้ชัดเจน โดยกำหนดบทบาท ช่องทางการประสานงาน และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความต้องการด้านจิตวิญญาณไปยังผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม

3. ควรสนับสนุนการนำผลการศึกษาไปต่อยอดเป็นงานวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research: R2R) รวมถึงการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมหรือแนวทางการดูแลด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลด้านจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้ประสานงานวิจัย และพยาบาลวิชาชีพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้พัฒนา Spiritual Care Competence Scale ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือมาแปลและใช้ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ghorbani M, Mohammadi E, Aghabozorgi R, Ramezani M. Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. Support Care Cancer. 2021; 29: 1165-1181. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9

2. van Leeuwen R, Attard J, Ross L, Boughey A, Giske T, Kleiven T, et al. The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: an educational mixed methods study. J Adv Nurs. 2021;77(2):973-986. doi:10.1111/jan.14613

3. van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. J Adv Nurs. 2004; 48(3): 234-246. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03192.x
4. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. J Clin Nurs. 2009; 18(20): 2857-2869. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x
5. Ross L, Giske T, Boughey AJ, van Leeuwen R, Attard J, Kleiven T, et al. Development of a spiritual care education matrix: factors facilitating/hindering improvement of spiritual care competency in student nurses and midwives. Nurse Educ Today. 2022; 114: 105403. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105403
6. Wisesrith W, Soonthornchaiya R, Hain D. Thai nurses' experiences of spiritual care for older adults at end of life. J Hosp Palliat Nurs. 2021; 23(3): 286-292. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000748
7. van Leeuwen R, Schep-Akkerman AE. Dissemination of the Spiritual Care Competence Scale (SCCS). J Study Spirituality. 2024;14(1):75-91. doi:10.1080/20440243.2024.2329560
8. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. แผนการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ ปี 2566-2567 [เอกสารภายใน]. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2567.
9. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานแบบประเมินตนเองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบงาน การดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ (Program and Disease Specific Certification: Spiritual Healthcare in Action). เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2568.
10. อิสรีย์ เขื่อนสุวรรณ, ถนอมจิตร์ ปินตาปิน, วีรพงษ์ วงศ์ตัน, ระเบียบ สุวรรณ์ปรีดา, กนกวรรณ นันต๊ะยานา, ฉันทนา ทองผลา, และคณะ. การเปรียบเทียบการรับรู้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณของบุคลากรทางการพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยทั่วไปฯ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร. 2559;55(3):133-142.
11. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ Spiritual Healthcare in Action (SHA). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2565.
12. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30:607-610.
13. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.
14. Pimentel JL. A note on the usage of Likert scaling for research data analysis. USM R&D J. 2010;18(2):109-112.
15. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. J Cross Cult Psychol. 1970;1(3):185-216. doi:10.1177/135910457000100301
16. Alshehry AS. Spirituality and spiritual care competence among expatriate nurses working in Saudi Arabia. Religions. 2018;9(12):384. doi:10.3390/rel9120384
17. Vogel A, Schep-Akkerman AE. Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands. Scand J Caring Sci. 2018;32(4):1314-1321. doi:10.1111/scs.12575
18. Seid K, Abdo A. Nurse's spiritual care competence in Ethiopia: a multicenter cross-sectional study. PLoS One. 2022;17(3):e0265205. doi:10.1371/journal.pone.0265205
19. Abusafia AH, Mamat Z, Rasudin NS, Bakar M, Ismail R. Spiritual care competence among Malaysian staff nurses. Nurse Media J Nurs. 2021;11(1):1-9. doi:10.14710/nmjn.v11i1.34757.
20. Albaqawi HM, Alquwez N, Almazan JU, Alharbi SM, Catimbang CC, Rivera PP Jr, et al. Workplace spiritual climate and its influence on nurses' provision of spiritual care in multicultural hospitals. Religions. 2019;10(2):118. doi:10.3390/rel10020118.

21. Han KH, Hung KC, Cheng YS, Chung W, Sun CK, Kao CC. Factors affecting spiritual care competency of mental health nurses: a questionnaire-based cross-sectional study. BMC Nurs. 2023;22(1):202. doi:10.1186/s12912-023-01302-z.
22. Hsieh SI, Hsu LL, Hinderer KA, Lin HL, Tseng YP, Kao CY, et al. The effects of a scenario-based spiritual care course on spiritual care competence among clinical nurses: a quasi-experimental study. Healthcare (Basel). 2023;11(1):36. doi:10.3390/healthcare11010036
23. Shamsi M, Khoshnood Z, Farokhzadian J. Improving psychiatric nurses' competencies in spiritual care and integration of clients' religion/spirituality into mental healthcare: outcomes of an online spiritual care training program. BMC Psychiatry. 2022;22(1):645. doi:10.1186/s12888-022-04280-9.
24. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984.
25. van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. J Clin Nurs. 2006;15(7):875-884. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x

การเปรียบเทียบองค์ประกอบ แนวคิดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย และหลักฐานทางเภสัชวิทยาของยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ

Comparison of the Constituents, Thai Traditional Medicine Concepts, and Pharmacological Evidence of Ya-Hom Theppachit and Ya-Hom Navakot

(Received: September 21, 2026; Revised: September 23,2026 ; Accepted: September 25,2026)

ระพีพร ชนะภักดิ์[1] พิทักษ์ ศรีสน[1]
Rapeebhorn Chanapuk[1] Pitak Srison[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบองค์ประกอบ แนวคิดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย และหลักฐานทางเภสัชวิทยาของยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ โดยการจัดหมวดหมู่เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบตำรับยาหอม โดยเทียบเคียงรสยาหลัก เครื่องยาหลัก สรรพคุณ กลไกทางการแพทย์แผนไทยและกลไกทางเภสัชวิทยาของตำรับยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายาหอมเทพจิตรมีองค์ประกอบเด่นเป็นกลุ่มดอกไม้และสมุนไพรที่มีกลิ่นหอม ขณะที่ยาหอมนวโกฐมีองค์ประกอบเด่นเป็นกลุ่มโกฐ เทียน และสมุนไพรรสเผ็ดร้อน ทั้งสองตำรับมีศักยภาพเกี่ยวข้องกับการปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ การควบคุมการตึงตัวของหลอดเลือด การต้านอนุมูลอิสระ และการลดการอักเสบ โดยมีหลักฐานทางคลินิกบางส่วนสนับสนุนผลของยาหอมเทพจิตรต่อความดันโลหิตและการนอนหลับ ผลดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงเชิงกลไกกับอาการวิงเวียน หน้ามืด ใจสั่น และคลื่นเหียนตามข้อบ่งใช้ของตำรับได้ อย่างไรก็ตาม หลักฐานส่วนใหญ่ยังมาจากการศึกษาสมุนไพรเดี่ยวหรือการศึกษาระดับก่อนคลินิก ยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐมีความสอดคล้องในระดับหนึ่งระหว่างสรรพคุณตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับกลไกทางเภสัชวิทยาสมัยใหม่ โดยเฉพาะด้านระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือด อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาตำรับโดยตรงและการทดลองทางคลินิกที่มีคุณภาพเพื่อยืนยันประสิทธิผล กลไก และความปลอดภัยของตำรับอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ยาหอมเทพจิตร, ยาหอมนวโกฐ, ระบบประสาท, ระบบไหลเวียนเลือด

Abstract

This survey research was systematic review aimed at studying and analyzing comparative data on the components, concepts according to Thai traditional medicine, and pharmacological evidence of Ya Hom Thep Chit and Ya Hom Navakoth herbal remedies. The research categorizes and analyzes these herbal formulas, comparing their primary tastes, main ingredients, medicinal properties, and the mechanisms of action according to Thai traditional medicine and the pharmacological mechanisms of Ya Hom Thep Chit and Ya Hom Navakoth.

The findings were then analyzed to identify possible relationships between traditional therapeutic uses and scientifically reported physiological and pharmacological mechanisms. The review found that Ya-Hom Theppachit mainly contains aromatic flowers and fragrant medicinal plants, whereas Ya-Hom Navakot mainly contains Kot, Thian, and pungent herbs. Both formulations may affect the autonomic nervous system, vascular tone, oxidative stress, and inflammation. Some clinical evidence also supports the potential effects of Ya-Hom Theppachit on blood pressure and sleep. These findings may help explain its traditional use for dizziness, light-headedness, and palpitations. However, most available evidence is based on individual herbs or preclinical studies rather than direct studies of the complete formulations. In conclusion, Ya-Hom

[1] สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง

Theppachit and Ya-Hom Navakot show some consistency between traditional Thai therapeutic concepts and modern pharmacological mechanisms, particularly in relation to the nervous and circulatory systems. Further clinical and experimental studies of the complete formulations are needed to confirm their effectiveness, mechanisms of action, and safety.

Keywords: Ya-Hom Theppachit, Ya-Hom Navakot, Thai traditional medicine, nervous system, circulatory system

บทนำ

การแพทย์แผนไทยเป็นระบบองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาจากการสังเกตธรรมชาติ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และการสั่งสมภูมิปัญญามาอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวคิดสำคัญในการรักษาความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ โดยเฉพาะธาตุลม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว การไหลเวียน และการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย อาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของลม เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ และอาการคล้ายจะเป็นลม จึงเป็นกลุ่มอาการที่มีการใช้ตำรับยาหอมในการแพทย์แผนไทยมาเป็นเวลานาน ยาหอมจึงมิได้มีความหมายเฉพาะการบำรุงหรือกระตุ้นการทำงานของหัวใจตามแนวคิดทางการแพทย์แผนไทย แต่มีแนวคิดในการปรับสมดุลของลมและการไหลเวียนของเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับการทำงานของหัวใจ สมอง และระบบประสาท[1,2]

ยาหอมเป็นตำรับยาสมุนไพรที่มีองค์ประกอบของพืชสมุนไพรจำนวนมาก โดยตำรับแต่ละชนิดมีองค์ประกอบและสัดส่วนแตกต่างกันตามหลักการแพทย์แผนไทย ยาหอมที่ได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร ได้แก่ ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกฐ ยาหอมทิพโอสถ ยาหอมอินทจักร์ และตำรับอื่นที่กำหนดตามบัญชี โดยมีการใช้เพื่อบรรเทากลุ่มอาการทางระบบไหลเวียนโลหิต เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย ใจสั่น คลื่นไส้ และอาการคล้ายจะเป็นลม[2] ทั้งนี้ ยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐมีความน่าสนใจเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นตำรับที่มีการใช้มาอย่างต่อเนื่องยาวนานและมีองค์ประกอบของสมุนไพรหลากหลายกลุ่ม ทั้งพิกัดเกสร พิกัดเทียน และพิกัดโกฐ ซึ่งอาจก่อให้เกิดฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาหลายเป้าหมายพร้อมกัน อันเป็นลักษณะสำคัญของตำรับยาสมุนไพรหลายองค์ประกอบ

ทางเภสัชวิทยา กลไกของยาหอมอาจอธิบายได้ผ่านการออกฤทธิ์ของสารพฤกษเคมีจากสมุนไพรหลายชนิดที่มีผลต่อระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด และการควบคุมการไหลเวียนเลือด งานทบทวนอย่างเป็นระบบของ Chootip et al.[3] พบหลักฐานจากการศึกษาในหลอดทดลอง สัตว์ทดลอง และในมนุษย์ว่า ยาหอมสามารถมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดหลายรูปแบบ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต การคลายตัวของหลอดเลือด และการเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง นอกจากนี้ยังพบหลักฐานเกี่ยวกับฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบทางเดินอาหาร อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในอดีตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระดับพรีคลินิก และยังมีข้อจำกัดด้านข้อมูลเชิงกลไก เภสัชจลนศาสตร์ และหลักฐานทางคลินิกที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของตำรับกับผลทางเภสัชวิทยาได้อย่างชัดเจน

ยาหอมนวโกฐ มีหลักฐานทางเภสัชวิทยาที่สนับสนุนการใช้ตามองค์ความรู้ดั้งเดิมค่อนข้างชัดเจน โดยการศึกษาทดลองในสัตว์พบว่าสารสกัดยาหอมนวโกฐสามารถเพิ่มความดันโลหิตและมีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับ noradrenaline ในพลาสมา นอกจากนี้ยังพบว่ายาหอมนวโกฐสามารถลดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าในสัตว์ทดลองได้ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่ตำรับยาจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติและการควบคุมการตึงตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของ

การรักษาอาการหน้ามืดและคล้ายจะเป็นลมตามข้อบ่งใช้ของตำรับ[4] นอกจากผลต่อระบบไหลเวียนเลือดแล้ว ยาหอมนวโกฐยังมีหลักฐานเกี่ยวกับผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีรายงานว่าสารสกัดสามารถลดกิจกรรมการเคลื่อนไหวของสัตว์ทดลอง และเพิ่มระยะเวลาการออกฤทธิ์ของ pentobarbital ซึ่งบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ของฤทธิ์กดหรือปรับการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องในระดับหนึ่งกับการใช้ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการบรรเทาอาการวิงเวียนและความผิดปกติที่สัมพันธ์กับลม อย่างไรก็ตาม การเชื่อมโยงผลการทดลองดังกล่าวกับกลไกทางคลินิกในมนุษย์ยังจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะการศึกษาในระดับสาระสำคัญและตัวรับเป้าหมายทางเภสัชวิทยา

ยาหอมเทพจิตร เป็นตำรับที่มีองค์ประกอบของสมุนไพรจำนวนมาก โดยมีดอกมะลิเป็นองค์ประกอบหลักร่วมกับสมุนไพรในกลุ่มพิกัดเกสรพิกัดเทียน และพิกัดโกฐ ตลอดจนสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย เช่น เปลือกส้ม อบเชย กานพลู การบูร และพิมเสน องค์ประกอบที่หลากหลายดังกล่าวสะท้อนแนวคิดการใช้สมุนไพรหลายชนิดร่วมกันเพื่อปรับสมดุลของธาตุและลมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย งานวิจัยล่าสุดพบว่าสารสกัดยาหอมเทพจิตร โดยเฉพาะสารสกัดเอทานอล มีความสามารถในการต้านอนุมูลอิสระจากการทดสอบ DPPH, ABTS และ FRAP ซึ่งชี้ให้เห็นถึงศักยภาพในการลดภาวะ oxidative stress ของตำรับ แม้ผลดังกล่าวยังไม่สามารถสรุปได้โดยตรงถึงประสิทธิผลทางคลินิกต่อระบบประสาทหรือระบบหัวใจและหลอดเลือดก็ตาม[5]

ในด้านระบบไหลเวียนเลือด หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ของยาหอมโดยรวมสนับสนุนแนวคิดว่าตำรับสามารถมีผลต่อการตึงตัวของหลอดเลือดและ cerebral circulation ได้ การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าสารสกัดยาหอมบางตำรับสามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณสมองผ่านการขยายตัวของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้เกิดจากการเพิ่มความดันเลือดเพียงอย่างเดียว แต่มีความเป็นไปได้ว่าเกิดจากผลโดยตรงต่อหลอดเลือดสมอง[6] กลไกดังกล่าวมีความน่าสนใจอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับลม ในทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งเชื่อมโยงกับการเคลื่อนไหวและการไหลเวียนภายในร่างกาย จึงอาจเป็นตัวอย่างของการอธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์แผนไทยด้วยข้อมูลทางสรีรวิทยาและเภสัชวิทยา

การอธิบายตำรับยาหอมด้วยกลไกทางเภสัชวิทยาไม่ควรเป็นการแทนที่แนวคิดของการแพทย์แผนไทยด้วยเพียงด้านเดียว แต่ควรเป็นการวิเคราะห์แบบบูรณาการที่เริ่มต้นจากการใช้จริงและองค์ความรู้ดั้งเดิม แล้วนำมาศึกษาความสัมพันธ์กับกลไกทางชีวภาพที่สามารถตรวจสอบได้ แนวทางดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับตำรับยาหลายองค์ประกอบ เนื่องจากฤทธิ์ของตำรับอาจเกิดจากการทำงานร่วมกันของสารหลายกลุ่ม ทั้งสารที่มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ การควบคุมหลอดเลือด การต้านอนุมูลอิสระ และการปรับการอักเสบ มากกว่าการออกฤทธิ์ผ่านเป้าหมายทางเภสัชวิทยาเพียงหนึ่งตำแหน่ง ทั้งนี้ การทบทวนวรรณกรรมล่าสุดเกี่ยวกับยาหอมไทยยังสนับสนุนว่าตำรับยาหอมมีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับทั้งระบบประสาทส่วนกลางและระบบหลอดเลือดและหัวใจ แต่ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเชื่อมโยงกลไกทางเภสัชวิทยากับข้อบ่งใช้ตามการแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ[7]

ดังนั้น การวิเคราะห์กลไกทางเภสัชวิทยาของยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ โดยพิจารณาร่วมกับแนวคิดเรื่องลม การไหลเวียนเลือด และการทำงานของหัวใจและระบบประสาทตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย จึงมีความสำคัญทั้งในด้านการสร้างความเข้าใจเชิงวิทยาศาสตร์และการพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยให้มีหลักฐานรองรับมากขึ้น การศึกษานี้จึงมุ่งรวบรวมและ

วิเคราะห์หลักฐานทางเภสัชวิทยาของตำรับยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ โดยเฉพาะผลต่อระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือด พร้อมทั้งพิจารณาความสอดคล้องระหว่างกลไกที่ค้นพบจากการศึกษาทางวิทยาศาสตร์กับแนวคิดและข้อบ่งใช้ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อเสนอกรอบการอธิบายเชิงบูรณาการที่สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยเชิงกลไก การวิจัยทางคลินิก และการพัฒนาการใช้ตำรับยาหอมอย่างเหมาะสมและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบองค์ประกอบ แนวคิดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย และหลักฐานทางเภสัชวิทยาของยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ

วิธีการศึกษา

1. วิธีการสืบค้นข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1.1 ข้อมูลตำรับยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ จากประกาศคณะกรรมการการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 (2) และตำราการแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม

1.2 การสืบค้นข้อมูลองค์ประกอบพฤกษเคมีและฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของตำรับยาหอมเทพจิตรและตำรับยาหอมนวโกฐที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ โดยฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น (Databases) ได้แก่ PubMed / MEDLINE ฐานข้อมูลสากลด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ, Scopus ฐานข้อมูลสากลครอบคลุมสหวิทยาการและวิทยาศาสตร์การแพทย์ คำค้นที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ ภาษาไทย ("ยาหอมเทพจิตร" OR "ยาหอมนวโกฐ" OR "ตำรับยาหอม") และ ("ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา" OR "พฤกษเคมี" OR "น้ำมันหอมระเหย" OR "ระบบไหลเวียนโลหิต" OR "ระบบประสาท") ภาษาอังกฤษ ("Yahom Thepchit" OR “YA HOM TEP PRA CHIT”OR "Yahom Navakot" OR "Thai traditional aromatic formula") AND ("Pharmacological activity" OR "Phytochemistry" OR "Cardiovascular effect" OR "Neuroprotective")

2. การตรวจสอบข้อมูล

2.1 ตรวจสอบชื่อวิทยาศาสตร์ของสมุนไพรจากฐานข้อมูลตำรามาตรฐานสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia, THP)

2.2 ตรวจสอบรสยาและสรรพคุณ จากตามหนังสือตำราเภสัชกรรมไทยทั่วไป กองประกอบโรคศิลปะกระทรวง**สาธารณสุข และตำราการแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม**

3. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการจัดหมวดหมู่เพื่อวิเคราะห์และเปรียบเทียบตำรับยาหอม โดยเทียบเคียงรสยาหลัก เครื่องยาหลัก สรรพคุณ กลไกทางการแพทย์แผนไทยและกลไกทางเภสัชวิทยาของตำรับยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลและเปรียบเทียบตัวยาจากตำรับยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ พบว่ามีส่วนประกอบที่เหมือนกัน 36 ชนิด ได้แก่ เกสรทั้ง 5 กลุ่มโกฐ กลุ่มเทียน และอื่นๆ ยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐมีองค์ประกอบของสมุนไพรที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยยาหอมเทพจิตรประกอบด้วยสมุนไพร 13 รายการ เด่นในกลุ่มดอกไม้และผิวผลไม้ตระกูล Citrus ซึ่งส่วนใหญ่มีรส หอม เย็น และเปรี้ยวขม และมีสรรพคุณเด่นในการบำรุงหัวใจ แก้ลม วิงเวียน และช่วยให้จิตใจชุ่มชื่น ขณะที่ยาหอมนวโกฐประกอบด้วยสมุนไพร 20 รายการ มีสมุนไพรรส เผ็ดร้อนและหอม เป็นส่วนใหญ่ โดยมีสรรพคุณเด่นในการแก้ลม ขับลม บำรุงธาตุ และบรรเทาอาการท้องอืดท้องเฟ้อ นอกจากนี้ยาหอมนวโกฐยังมีสมุนไพรรสขมและฝาดหลายชนิดที่มีสรรพคุณแก้ไข้และแก้เสมหะ จึงสะท้อนให้เห็นว่า ยาหอมเทพจิตรมีลักษณะเด่นด้านการบำรุงหัวใจและบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและการไหลเวียน ขณะที่ยาหอมนวโกฐมีลักษณะเด่นด้านการปรับสมดุลลมและธาตุ

ตามประกาศของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 ได้ระบุ สรรพคุณและข้อบ่งใช้ของยาหอมเทพจิตร คือ แก้ลมกองละเอียด ได้แก่ อาการหน้ามืด ตาลาย สวิงสวาย (อาการที่รู้สึกใจหวิว วิงเวียน คลื่นไส้ ตาพร่าจะเป็นลม) ใจสั่น และบำรุงดวงจิตให้ชุ่มชื่น ส่วนสรรพคุณและข้อบ่งใช้ของยาหอมนวโกฐ คือ แก้ลมวิงเวียน คลื่นเหียนอาเจียน (ลมจุกแน่นในอก) ในผู้สูงอายุ แก้ลมปลายไข้ (หลังจากฟื้นไข้แล้วยังมีอาการ เช่น คลื่นเหียน วิงเวียน เบื่ออาหาร ท้องอืด และอ่อนเพลีย) หากวิเคราะห์ตามหลักโครงสร้างตำรับยาจะพบว่า ยาหอมเทพจิตรมีสัดส่วนของดอกมะลิ 183 กรัมจากสูตรตำรับ 366 กรัม ซึ่งเป็นร้อยละ 50 ของสูตรตำรับ ดอกมะลิ รสหอมเย็น มีสรรพคุณบำรุงดวงจิตให้ชุ่มชื่น แก้ลม วิงเวียน หน้ามืด ตาลาย บำรุงหัวใจ จึงทำให้ยาหอมเทพจิตรมีรสประธานรสสุขุมหอมเย็น เหมาะสมกับการบรรเทาอาการวิงเวียน หน้ามืด ส่วนยาหอมนวโกศ เป็นตำรับยาที่มีสัดส่วนในสูตรตำรับที่ใกล้เคียงกัน แต่มีส่วนประกอบที่เป็นยารสร้อนอยู่มาก อีกทั้งยังมีกลุ่มยาแก้ไข้ จึงทำให้รสประธานของยาหอมนวโกฐคือรสสุขุม จึงเหมาะกับการบรรเทาอาการคลื่นเหียนอาเจียน และลมปลายไข้ เพื่อการกระจายเลือดลมในร่างกาย

ฤทธิ์เภสัชวิทยาของสมุนไพรในตำรับยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐต่อระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือด

จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการของสมุนไพรที่เป็นองค์ประกอบของตำรับยาหอมเทพจิตรและ ยาหอมนวโกฐ สามารถจำแนกสมุนไพรที่มีรายงานฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เกี่ยวข้องกับทั้งระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือดได้อย่างน้อย 9 ชนิด ได้แก่ ดอกมะลิ เกสรบัวหลวง แก่นจันทน์ขาว อบเชย การบูร เหง้าขิงแห้ง หัวแห้วหมู รากชะเอมเทศ และลูกจันทน์/ดอกจันทน์ ดังตารางที่ 1 โดยพบฤทธิ์สำคัญ ได้แก่ neuroprotective, cardioprotective, antioxidant และ anti-inflammatory รวมถึงการปรับระบบประสาทอัตโนมัติ การขยายหลอดเลือด และการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งมีความเป็นไปได้ของการใช้ยาหอมเพื่อบรรเทาอาการวิงเวียน หน้ามืด ใจสั่น และความผิดปกติของลมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

จากตารางที่ 2 พบว่า ยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐมีองค์ประกอบและแนวทางการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน แต่มีความสอดคล้องกันในการส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือด โดยยาหอมเทพจิตรเน้นกลุ่มดอกไม้และสมุนไพรที่มีกลิ่นหอม มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการผ่อนคลาย การปรับระบบประสาทอัตโนมัติ การต้านอนุมูลอิสระ และการควบคุมการตึงตัวของหลอดเลือดขณะที่ยาหอมนวโกฐเน้นกลุ่มโกฐเทียน และสมุนไพรรสเผ็ดร้อน ซึ่งสัมพันธ์กับการขับลม การปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ การควบคุมการไหลเวียนเลือด และการ

ลดการอักเสบ ดังนั้น กลไกทางเภสัชวิทยาดังกล่าวจึงอาจเป็นพื้นฐานหนึ่งที่ช่วยอธิบายความสอดคล้องระหว่างสรรพคุณของตำรับตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับหลักฐานทางเภสัชวิทยา อย่างไรก็ตาม หลักฐานส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาในระดับสารสกัดและสัตว์ทดลอง จึงควรมีการศึกษาในมนุษย์เพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของตำรับโดยตรง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์พบว่า ยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐมีความสอดคล้องระหว่างแนวคิดตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับกลไกทางเภสัชวิทยาในหลายประเด็น โดยเฉพาะการเกี่ยวข้องกับระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมการตึงตัวของหลอดเลือดและการลดภาวะ oxidative stress ทั้งนี้ ยาหอมเป็นตำรับยาที่ประกอบด้วยสมุนไพรหลายชนิด จึงมีความเป็นไปได้ว่าฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเกิดจากการเสริมฤทธิ์ของสารหลายกลุ่มมากกว่าการออกฤทธิ์ของสารสำคัญเพียงชนิดเดียว ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่า ยาหอมมีหลักฐานเกี่ยวข้องกับฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การคลายตัวของหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต และการเพิ่มการไหลเวียนเลือดในสมอง อย่างไรก็ตาม หลักฐานส่วนใหญ่ยังมาจากการศึกษาในหลอดทดลองและสัตว์ทดลอง ขณะที่หลักฐานทางคลินิกยังมีจำกัด[3] สำหรับ ยาหอมเทพจิตร ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มดอกไม้และสมุนไพรที่มีกลิ่นหอม เช่น มะลิ อบเชย และการบูร ผลทางเภสัชวิทยาที่พบสามารถอธิบายได้ในลักษณะของการปรับสมดุลของระบบประสานอัตโนมัติและระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะการลดภาวะ sympathetic overactivity การส่งเสริมภาวะผ่อนคลาย และการปรับการตึงตัวของหลอดเลือด แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการใช้ยาหอมตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพื่อบรรเทาอาการวิงเวียน หน้ามืด ใจสั่น และอาการผิดปกติที่สัมพันธ์กับลมในศาสตร์การแพทย์แผนไทย

หลักฐานทางคลินิก ได้แก่ การศึกษาของ Tapcompill et al.[8] ซึ่งประเมินการใช้ยาหอมเทพจิตร ร่วมกับการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าค่าความดันโลหิตตัวบนหลังการรักษาระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าความดันโลหิตตัวล่างในช่วงสัปดาห์ที่ 2–4 ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ผลดังกล่าวสนับสนุนศักยภาพของยาหอมเทพจิตรต่อระบบไหลเวียนเลือด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาหอมเทพจิตรร่วมกับ enalapril จึงไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าผลการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตเกิดจากยาหอมเทพจิตรเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการใช้ยาหอมเทพจิตรจึงเป็นการรักษาเสริม มากกว่าการใช้ยาหอมเทพจิตรเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ยาหอมเทพจิตรยังมีหลักฐานเกี่ยวข้องกับระบบประสาท โดยการศึกษาย้อนหลังของ Khongying and Siriyong[9] ในผู้ป่วยโรคนอนไม่หลับเรื้อรัง พบว่า ยาหอมเทพจิตรเป็นหนึ่งในตำรับยาสมุนไพรที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และมีการประเมินคุณภาพการนอน ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 1 เดือน ผลดังกล่าวจึงเป็นหลักฐานเบื้องต้นที่สนับสนุนความเป็นไปได้ของผลต่อระบบประสานและภาวะผ่อนคลาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาแบบ ย้อนหลัง และไม่ได้ออกแบบเพื่อพิสูจน์กลไกทางเภสัชวิทยาโดยตรง จึงควรมีการศึกษาแบบ randomized controlled trial เพื่อยืนยันผลดังกล่าว

ในส่วนของยาหอมนวโกฐ มีลักษณะเด่นจากส่วนประกอบด้วยกลุ่มโกฐและเทียน รวมทั้งสมุนไพรรสเผ็ดร้อน เช่น ขิง ดีปลี เจตมูลเพลิง สะค้าน และช้าพลู ซึ่งตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยมีบทบาทสำคัญในการแก้ลม วิงเวียน คลื่นเหียน และอาการที่สัมพันธ์กับการเสียสมดุลของลม เมื่อพิจารณาในมุมมองเภสัชวิทยา

สมุนไพรกลุ่มดังกล่าวมีสารน้ำมันหอมระเหยและสารฟีนอลิกหลายชนิด ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการปรับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ การคลายกล้ามเนื้อเรียบ การลดการอักเสบ และการควบคุม oxidative stress กลไกเหล่านี้สามารถเชื่อมโยงเชิงสมมติฐานกับการบรรเทาอาการวิงเวียน คลื่นไส้ และความผิดปกติของการไหลเวียนได้ แต่ยังไม่ควรสรุปว่าเป็นกลไกเฉพาะของตำรับยาหอมนวโกฐจนกว่าจะมีการศึกษาของตำรับโดยตรง

เมื่อพิจารณาภาพรวมของทั้งสองตำรับ พบว่าจุดร่วมสำคัญคือการมีศักยภาพในการเชื่อมโยงระหว่างระบบประสาทกับระบบไหลเวียนเลือด โดยเฉพาะผ่านระบบประสาทอัตโนมัติและการควบคุมความตึงตัวของหลอดเลือด ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการใจสั่น หน้ามืด วิงเวียน และอาการคล้ายจะเป็นลมตามข้อบ่งใช้ของยาหอม หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยของ Chootip et al.[3] พบว่าการศึกษายาหอมหลายตำรับรายงานทั้งฤทธิ์ vasodilation/vascular relaxation และการเปลี่ยนแปลง cerebral blood flow จึงเป็นข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนสมมติฐานว่าฤทธิ์ต่อระบบไหลเวียนอาจเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการออกฤทธิ์ของยาหอม อย่างไรก็ตาม ความสอดคล้องระหว่างศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับเภสัชวิทยาเป็นความสอดคล้องในระดับแนวคิดและกลไกที่เป็นไปได้ ไม่ใช่การพิสูจน์ว่าแนวคิดที่มีความหมายเทียบเท่ากับระบบประสาทอัตโนมัติหรือระบบไหลเวียนเลือดโดยตรง การตีความดังกล่าวควรใช้เป็นกรอบในการสร้างสมมติฐานทางวิทยาศาสตร์มากกว่าการนำแนวคิดทั้งสองระบบมาแทนที่กัน นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมยังชี้ให้เห็นข้อจำกัดสำคัญของงานวิจัยยาหอม ได้แก่ ความหลากหลายของสูตรยา ขนาดยา วิธีการให้ยา และการขาดข้อมูลด้านเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และข้อมูลทางคลินิก (clinical efficacy) ที่เพียงพอ[3]

ดังนั้น การศึกษาต่อไปควรให้ความสำคัญกับการศึกษาตำรับ ยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐโดยตรง มากกว่าการอนุมานจากสมุนไพรเดี่ยว โดยเฉพาะการศึกษาที่ประเมิน heart rate variability, blood pressure, cerebral blood flow, endothelial function และตัวบ่งชี้ oxidative stress รวมถึงการศึกษาทางคลินิกแบบ randomized controlled trial เพื่อยืนยันประสิทธิผล ความปลอดภัย และความสัมพันธ์ระหว่างกลไกทางเภสัชวิทยากับข้อบ่งใช้ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

ข้อเสนอแนะ

ยาหอมเทพจิตรและยาหอมนวโกฐ เป็นตำรับยาที่มีองค์ประกอบทางพฤกษเคมีหลากหลายและมีศักยภาพต่อทั้งระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือด โดยยาหอมเทพจิตรมีแนวโน้มเด่นด้านการส่งเสริมการผ่อนคลาย การปรับระบบประสาทอัตโนมัติ และการควบคุมการตึงตัวของหลอดเลือด ขณะที่ยาหอมนวโกฐมีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับการปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ การไหลเวียนเลือด และการลดการอักเสบและ oxidative stress ผลการศึกษาทางคลินิกของยาหอมเทพจิตรยังสนับสนุนศักยภาพในการใช้เป็นการรักษาเสริมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ขณะที่ข้อมูลด้านการนอนไม่หลับสนับสนุนความเป็นไปได้ของผลต่อระบบประสาท อย่างไรก็ตาม หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ของตำรับยาโดยตรงยังมีจำกัด จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาทางคลินิกและการศึกษากลไกเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผลและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดเกี่ยวกับลมในศาสตร์การแพทย์แผนไทยกับกลไกทางสรีรวิทยาอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. Namvises, N., Chansangsa, S., Hattapasu, J., & Nanta, K. (2023). A study on treatment guidelines of Lom disease in elderly according to Thai traditional medicine textbooks. Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus, 10(2), 50–61.
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. (2566). บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
3. Chootip, K., Cheenpracha, S., & others. (2017). Efficacy and safety of “Yahom” as a traditional Thai herbal therapy: A systematic review. Journal of Ethnopharmacology, 196, 110–123. https://doi.org/10.1016/j.jep.2016.12.002
4. Inchan, A., Pathomwichaiwat, T., Bualeong, T., Tipratchadaporn, S., & Chootip, K. (2021). Anti-hypotensive effect of "Yahom Navakot" in rats with orthostatic hypotension. Journal of traditional and complementary medicine, 12(2), 180–189. https://doi.org/10.1016/j.jtcme.2021.08.002
5. Manok, K. K. N. F., & Winyupan, S. (2024). Evaluation of various starches as binders and properties for Ya-Hom Thepphachit tablet. Journal of Applied Science and Emerging Technology, 23(3), e254093. https://doi.org/10.14416/JASET.KMUTNB.2024.03.004
6. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). ยาหอม...มรดกทางภูมิปัญญาที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. ตันกิจจานนท์, พ., & สุมาลี, อ. (2568). ตำรับยาหอมไทยในการรักษาโรคทางระบบประสาท ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการวัด ประเมินผล สถิติ และการวิจัยทางสังคมศาสตร์.
8. Tapcompill, T. ., Klumkool, S. ., & Charoonsrisawad, V. . (2022). C07. Effect of Aromatic Medicine (YA HOM TEP PRA CHIT) on Patients with Hypertension. Journal of Health Science and Alternative Medicine. retrieved from https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthscialternmed/article/view/257744
9. Khongying, S., & Siriyong, T. (2023). A retrospective study on efficacy of Thai herbal formulas for treating chronic insomnia in Phunphin Hospital, Surat Thani Province. Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine, 21(2), 296–306.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แบบบูรณาการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

Development of an integrated care model for Type 2 diabetes patients with hyperglycemia at Phonsawan Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: September 21, 2026; Revised: September 23, 2026 ; Accepted: September 25, 2026)

สิโรนี ฟองแก้ว[1]
Sironee Fongkeaw[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แบบบูรณาการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 คน มารับบริการใน NCDs Clinic โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2569 การดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR โดยบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพและชุมชน ควบคู่กับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้วิจัย มี 2 ส่วน ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด (FBS or DTX), ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงฯ ที่พัฒนาขึ้น จัดลำดับตามความรุนแรงแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่เร่งด่วน, ระดับเร่งด่วน และระดับฉุกเฉิน (2) ผลของการพัฒนารูปแบบ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา การควบคุมอาหาร การติดตามอาการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะด้านการใช้ยาที่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.60 เป็น 13.90 สะท้อนถึงประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรร่วมกับการให้ความรู้ของพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ขณะที่พฤติกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 6.38 เป็น 6.42 ซึ่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางกายภาพ อายุ ภาวะแทรกซ้อนร่วม หรือวิถีชีวิตเดิม ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX or FBS) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 320.64 (SD=80.20) เหลือ 237.30 (SD=98.93) และค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงจาก 12.24 (SD=2.74) เหลือ 10.55 (SD=1.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, การดูแลแบบบูรณาการ

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate an integrated care model for type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients with hyperglycemia at Phon Sawan Hospital, Nakhon Phanom Province. The sample consisted of 50 T2DM patients attending the NCDs Clinic between January and June 2026. The study executed the PAOR action research process, integrating a multidisciplinary team and community-level support alongside the application of the Health Belief Model (HBM). Research instruments comprised two main parts: (1) intervention tools, specifically the newly developed integrated care model, and (2) data collection tools, including a health behavior evaluation form, fasting blood sugar (FBS or DTX) levels, and glycated hemoglobin (HbA1c) levels. Data were analyzed using descriptive statistics frequency, percentage, mean, and standard deviation and pre-post comparative outcomes were evaluated using the paired t-test.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

The findings were as follows: 1. Developmental Model: The resulting integrated care model categorized patient management based on clinical severity into three distinct tiers: non-urgent, urgent, and emergency. 2. Clinical and Behavioral Outcomes: Post-implementation health behaviors improved significantly across medication adherence, dietary control, symptom monitoring, and complication prevention ($p < .05$). Most notably, medication adherence scores increased from a mean of 7.60 to 13.90, reflecting the synergistic impact of in-depth pharmaceutical counseling and HBM-based nursing education. Conversely, physical exercise scores rose marginally from 6.38 to 6.42 without statistical significance, constrained primarily by physical limitations, age, comorbidities, or long-standing lifestyle patterns. 3. Glycemic Control: Blood glucose levels (DTX or FBS) decreased significantly from a mean of 320.64 (*SD* = 80.20) to 237.30 mg/dL (**SD** = 98.93), while HbA1c levels decreased from 12.24% (*SD* = 2.74) to 10.55% (*SD* = 1.97) ($p < .05$).

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Hyperglycemia, Integrated Care Model

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทั่วโลกและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจาก IDF Diabetes พบว่า 1 ใน 10 คน ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย สำหรับประเทศไทยพบว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน[1] จากรายงานระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข[2] พบสถิติข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในปี 2565-2568 จำนวน 3,258,425, 3,414,251, 3,640,300 และ 3,803,890 คน ตามลำดับ สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 331,805, 345,683, 362,024 และ 386,043 คน ตามลำดับ จังหวัดนครพนม จำนวน 39,000, 40,736, 42,375 และ 43,865 ตามลำดับ อำเภอโพนสวรรค์ จำนวน 3,186, 3,396, 3,526 และ 3,637 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกระดับ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes mellitus, T2DM) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป รูปร่างท้วมหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชีย ≥ 23 กก./ตร.ม.) อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรงและค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพ่อแม่ หรือ พี่ น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้พบมากเมื่ออายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกาย และพบมากขึ้นในหญิงที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์[3] ซึ่งผู้ที่เป็นโรคเบาหวานร่างกายจะไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงระดับปกติมากเท่าไร ช่วยชะลอและลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนเรื้อรังลงได้มากเท่านั้น

อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบรายงานตัวชี้วัดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Hyperglycemia) ในผู้ป่วยเบาหวาน (เป้าหมาย < 2%) ในปี 2565-2568 ร้อยละ 2.54, 3.95, 3.86 และ 3.44 ตามลำดับ[2] ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด จากการทบทวนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พบว่าส่วนใหญ่บริโภคอาหารประเภทข้าวแป้ง ผลไม้รสหวานตามฤดูกาล เครื่องดื่มรสหวานไม่จำกัด มี

กิจกรรมทางกายน้อย ลืมกินยา และขาดการรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น ผู้วิจัยปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน จึงได้ทบทวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา พบประเด็นปัญหาหรือสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อเนื่อง ยังไม่มีการประเมินผล การกำกับ ติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แบบบูรณาการโรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แพทย์ให้รหัสโรค (ICD-10) E11.0 - E14.9 ขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCDs Clinic) โรงพยาบาลโพนสวรรค์ มารับบริการในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2569 ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีระดับน้ำตาลในเลือด DTX or FBS ≥ 250 mg/dl จำนวน 50 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด DTX or FBS ≥ 250 mg/dl 2) มีอายุอยู่ในช่วง 30-65 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะ/อ่านออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี 4) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตขณะเข้าร่วมกิจกรรม 5) สมัครใจยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการดูแลตามกิจกรรมของการวิจัยครบทุกขั้นตอน 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายอยู่ในภาวะกึ่งวิกฤตถึงวิกฤต ขณะอยู่ในโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน 4 ด้าน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร , การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย, การใช้ยา และการติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน เท่ากับ 5 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5 -6 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 4 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3 -4 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัตินานครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1 -2 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ได้ทำเลย หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ หาค่าสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alfa Coefficient) เท่ากับ 0.78

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนคิด (Reflect) ดังนี้

ขั้นวางแผน (Plan: P)

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และจัดกลุ่มคัดกรอง: ทีมสหวิชาชีพร่วมวิเคราะห์ปัญหาและจำแนกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลใน

เลือดสูงตามเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

1.1 กลุ่ม DTX or FBS 250-299 mg/dL: ส่งเข้าห้องสังเกตอาการเพื่อปรับขนาดอินซูลิน (RI Scale) กรณีพบอาการร่วม เช่น ซึม กระหายน้ำมาก ให้ตรวจ Blood Ketone หาก < 0.6 mmol/L ให้สังเกตอาการตามแนวทาง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติหรือ GCS Score ลดลง ให้ส่งต่อห้องฉุกเฉิน

1.2 กลุ่ม DTX or FBS 300-399 mg/dL: ตรวจ Blood Ketone ทุกรายหาก < 0.6 mmol/L ให้ดูแลในห้องสังเกตอาการ หาก ≥ 0.6 mmol/L ให้ส่งต่อห้องฉุกเฉินทันที

1.3 กลุ่ม DTX or FBS ≥ 400 mg/dL: ตรวจ Blood Ketone และส่งต่อห้องฉุกเฉินทันทีทุกราย

2. การสรุปประเด็นปัญหาและทบทวนวรรณกรรม: นำปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมาสังเคราะห์ ร่วมกับการทบทวนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อร่างรูปแบบการปฏิบัติงาน

3. การกำหนดเป้าหมายเชิงระบบ: รับทราบข้อมูลอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากผู้รับผิดชอบ DM Clinic เพื่อตั้งเป้าหมายการพัฒนาร่วมกัน

ขั้นการปฏิบัติ (Act: A) การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ: ประกอบด้วย (1) แพทย์ วินิจฉัยและสั่งยา (2) พยาบาลปรับพฤติกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) (3) เภสัชกรบริหารจัดการยา (4) นักโภชนาการ ให้คำปรึกษาด้านโภชนบำบัด และ (5) รพ.สต./อสม. ติดตามเยี่ยมบ้านและปรับพฤติกรรมในชุมชน

ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) ประเมินผลลัพธ์เชิงคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS or DTX), ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพซ้ำ

ขั้นสะท้อนคิด (Reflect)

จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประชุมอภิปรายรายกรณี (Case Conference) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยเลือกกรณีศึกษา 2 รูปแบบ คือ กรณีที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาล และกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือควบคุมได้ยาก เพื่อประเมินประสิทธิผล ข้อดี ข้อจำกัด ตลอดจนกำหนดแนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม โครงการเลขที่ REC 129/68 ได้รับการอนุมัติวันที่ 6 มกราคม 2569

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แบบบูรณาการ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ มีระบบการคัดกรองจัดกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงเชิงคลินิก และระบบการดูแลแบบบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพผ่านกรอบทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)

ส่วนที่ 2 ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) แบบบูรณาการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ เป็นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน ร้อยละ 62 เพศชาย จำนวน 19 คน ร้อยละ 38 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด จำนวน 25 คน ร้อยละ 50 ระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 32 คน ร้อยละ 64 อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 29 คน ร้อยละ 58 รายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน มากที่สุด จำนวน 15 คน ร้อยละ 30 ป่วยเป็นเบาหวานอย่างเดียวมากที่สุด จำนวน 35 คน ร้อยละ 70 ระยะเวลาเป็นเบาหวาน 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 25 คน ร้อยละ 50 ยา

เบาหวานที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นทั้งแบบยาเม็ดรับประทานร่วมกับยาชนิดฉีดเบาหวาน (อินซูลิน)

2. ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นดังนี้

2.1 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การออกกำลังกายไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ (n=50)

พฤติกรรมสุขภาพ	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
การควบคุมอาหาร	-1.98	2.06	-2.56	-1.39	-6.77	*.000
การออกกำลังกาย	-.040	.197	-.096	.016	-1.42	.159
การใช้ยา	-6.30	2.46	-7.00	-5.59	-18.04	*000
การติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	-1.68	1.74	-2.17	-1.18	-6.81	*000

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวลดลง โดยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX or FBS) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 320.64 mg/dL เป็น 237.30 mg/dL ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 12.24 เป็น 10.55 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX or FBS) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ (n=50)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	Pair Sample Test				t	*P- value*
	Mean	Std.	95% CI			
			Lower	Upper		
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX or FBS)	83.34	111.46	51.66	115.01	5.28	*.000
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (A1C)	1.68	2.45	.990	2.38	4.86	*.000

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. หน่วยงานมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX or FBS) ที่ชัดเจน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ระดับไม่เร่งด่วน, ระดับเร่งด่วน และระดับฉุกเฉิน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) โดยทีมสหวิชาชีพ เช่นเดียวกับทวีเกียรติ ตั้งวงค์ไชยและสกลสุภา สิงค์บุตร[4] ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้ามพร้า จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยทำให้พื้นเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านอย่างเป็นระบบ

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การออกกำลังกายไม่แตกต่างกันทางสถิติ และระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวลดลง โดยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX or FBS) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 320.64 mg/dL เป็น 237.30 mg/dL ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 12.24 เป็น 10.55 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับมะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[5] ศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับวิจิตรา พูมขุนทด[6] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ฯ และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวทางการจำแนกผู้ป่วยตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX or FBS) ร่วมกับการตรวจ Blood Ketone ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน ณ จุดคัดกรองและห้องฉุกเฉิน เพื่อแยกผู้ป่วยวิกฤตและส่งต่อรักษาได้แม่นยำทันท่วงที

2. นำรูปแบบการประยุกต์ใช้ HBM โดยทีมสหวิชาชีพไปปรับใช้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทุกราย เน้นย้ำความสำคัญเรื่องการใช้ยาและการควบคุมอาหารซึ่งเห็นผลการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานทุกหน่วยงาน โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ที่ช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยในครั้งนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (ม.ป.ป.). Diabetes. สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2568, จาก https://www.who.int/health-topics/diabetes
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2568). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2568] จาก https://npm.moph.go.th/ HDC.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด: นนทบุรี.
4. ทวีเกียรติ ตั้งวงค์ไชยและ สกลสุภา สิงค์บุตร. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลด้ามพร้า จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(2); 168-187.
5. มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์. (2567). ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)*, 34 (2); 117-146.

6. วิจิตรา พูมขุนทด. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของชาวสวนโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังในบุคลากรของสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ “องค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล” โปรแกรมมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน

Factors associated with noise danger literacy among workers in factories participating in “Health Literacy Organization, Nopparat Model”, Hearing conservation program

(Received: August 24, 2026; Revised: August 26, 2026 ; Accepted: August 30, 2026)

เพ็ญพรรณ นุชนารถ[1] ภาสินี วันฟู[1] วรรณา จงจิตรไพศาล[2]
Phenphan Nutchanart[1] Pasinee Wanfu[1] Wanna Chongchitpaisan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดัง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ดังกล่าวในบุคลากรของสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการองค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล โปรแกรมมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน วิธีการศึกษาใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของโครงการฯ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 333 คน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 50.5) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 44.4) ความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 53.5) พฤติกรรมการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 54.1) การสื่อสารสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 55.9) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ที่ดี ได้แก่ เพศหญิง ($p = 0.006$) ไม่มีโรคประจำตัว ($p = 0.029$) มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ($p = 0.003$) และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมและอันตรายจากเสียงดังจากกิจกรรมส่งเสริมในสถานประกอบการ ($p = 0.004$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อันตรายจากเสียงดัง, การอนุรักษ์การได้ยิน, องค์กรรอบรู้สุขภาพ, นพรัตนโมเดล

Abstract

This study was survey research by cross-sectional study aimed to assess the level of health literacy regarding noise hazards and to examine the factors associated with health literacy scores among personnel in workplaces participating in the Health Literate Organization: Nopparat Model under the Hearing Conservation Program. Methods: Secondary data were obtained from the program’s database, comprising 333 workplace personnel.

Results: The majority of participants had a moderate level of health literacy regarding noise hazards (50.5%). When categorized by domain: Access to information was at a moderate level (44.4%). Knowledge and understanding was at a very good level (53.5%). Health-related behavior was at a very good level (54.1%). Health communication was at a moderate level (55.9%). Factors significantly associated with higher health literacy scores included being female ($p = 0.006$), having no underlying disease ($p = 0.029$), having access to hearing protection equipment ($p = 0.003$), and receiving health information on noise-induced hearing loss prevention through workplace health promotion activities ($p = 0.004$).

Keyword: Health Literacy, Noise Hazard, Hearing Conservation Program, Health Literate Organization, Nopparat Model

[1] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

บทนำ

การได้ยินคือสมรรถภาพของร่างกายที่มีความสำคัญเพราะชีวิตประจำวันทุกคนต้องใช้ความสามารถในการได้ยินเพื่อรับฟังข่าวสารและสื่อความหมายเพื่อสร้างความเข้าใจ และเข้าถึงเหตุการณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิต โดยหูของคนเรานั้นมีความสามารถและอดทนในการรับฟังเสียงในขอบเขตที่จำกัด หากเสียงเบาเกินไปก็จะทำให้ไม่ได้ยิน แต่ถ้าสัมผัสเสียงดังเกินไปก็จะทำให้เกิดอันตรายต่อหู และทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินได้[1] ซึ่งการสูญเสียการได้ยิน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การสูญเสียการได้ยินแบบชั่วคราว และการสูญเสียการได้ยินแบบถาวร การสูญเสียการได้ยินแบบถาวรนั้นเมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะไม่สามารถรักษาให้กลับมาได้ยินได้ดังเดิม[17]

กลุ่มวัยทำงานในภาคสถานประกอบการโดยเฉพาะโรงงานอุตสาหกรรม มักมีสิ่งคุกคามทางสุขภาพที่ส่งผลต่อสมรรถภาพการได้ยินคือเสียง โดยเฉพาะการสัมผัสเสียงดังที่ระดับมากกว่า 85 เดซิเบล (เอ) ในระยะเวลามากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป ทำให้เกิดความเสี่ยงที่คนทำงานจะสูญเสียการได้ยิน[2] เสียงดังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารและอาจส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตที่สูงขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ รบกวนการนอนหลับ ก่อให้เกิดความรำคาญ หูอื้อ[3] จากรายงานขององค์การอนามัยโลก คนทำงานที่ทำงานสัมผัสเสียงดังมากกว่า 85 เดซิเบล (เอ) ใน 8 ชั่วโมงต่อเนื่องเป็นเวลา 6-12 เดือน จะเริ่มปรากฏอาการของการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังขึ้นอย่างชัดเจน[4]

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่าประชากรมากกว่า 5% ทั่วโลกหรือ 430 ล้านคน ต้องการการฟื้นฟูเพื่อแก้ไขปัญหาการสูญเสียการได้ยิน และคาดการณ์ว่าภายในปี 2593 ผู้คนมากกว่า 700 ล้านคน หรือ 1 ใน 10 คน จะสูญเสียการได้ยิน การสูญเสียการได้ยิน หมายถึง การสูญเสียการได้ยินที่มากกว่า 35 เดซิเบล (dB) ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่า เกือบ 80% ของผู้ที่สูญเสียการได้ยินอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง[5]

จากสถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2564-2567) พบว่ามีจำนวนคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมากเป็นลำดับที่ 2 รองมาจากความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกายมาโดยตลอด และพบว่าช่วงอายุของผู้ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายเป็นคนวัยทำงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี จึงแสดงให้เห็นได้ว่าสถานการณ์การสูญเสียการได้ยินยังคงเป็นปัญหาสำคัญในลำดับต้นๆ ของกลุ่มวัยทำงานในประเทศไทย[6]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ และสังคมที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี[7] และส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพเพราะเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังจะช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับบุคคลใกล้ชิดครอบครัวชุมชนและสังคมได้ด้วย[4] จากผลการสำรวจความรอบรู้ของประชาชนไทย ในปี 2562 คนไทยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 65 และ ร้อยละ 19.1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ส่งผลทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีสุขภาพดีได้ การเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกำลังหลักของครอบครัวและชุมชน[8]

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นโรงพยาบาลที่มีภารกิจหลักในการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์สาขาต่างๆ โดยเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จึงได้ริเริ่มจัดทำโครงการองค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สถานประกอบการเป็นองค์กรที่สามารถสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิด

กับบุคลากรของตนเองได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมในหลายฉบับพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานนั้น มีเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญด้วย[9,10] ดังนั้นหากกลุ่มวัยทำงานที่ทำงานอยู่ภายในสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงเรื่องอันตรายจากเสียงดัง มีระดับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังที่เพียงพอ จะทำให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเอง บอกต่อแนะนำผู้อื่น เพื่อป้องกันการสูญเสียการได้ยินได้ และที่ผ่านมาการวิจัยที่ประเมินระดับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังในสถานประกอบการยังมีจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระดับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังของบุคลากรในสถานประกอบการและปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนความรอบรู้ของบุคลากร เพื่อให้สามารถนำผลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนดำเนินการจัดทำแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังให้กับกลุ่มวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังของบุคลากรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ “องค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล” โปรแกรมมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน ปี 2567

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey Research by Cross-sectional Study) จากฐานข้อมูลของโครงการ “องค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล” โปรแกรมมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน ปี 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ บุคลากรของสถานประกอบการที่มีอันตรายจากเสียงดัง ในเขตพื้นที่ฝั่งตะวันออกของกรุงเทพมหานครและพื้นที่ใกล้เคียงที่เข้าร่วมโครงการฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้อมูลทุติยภูมิซึ่งได้จากฐานข้อมูลสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการองค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล โปรแกรมมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน ปี 2567 จำนวน 5 สถานประกอบการ เป็นสถานประกอบการผลิตเครื่องแก้ว 1 แห่ง, ผลิตจักรยานยนต์ 1 แห่ง, ผลิตเครื่องสำอาง 1 แห่ง, ผลิตอุปกรณ์ไฟฟ้า 2 แห่ง รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 333 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ และเป็นข้อมูลของบุคลากรที่อายุ 18 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสกัดข้อมูล (Data extraction form) เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ ดังต่อไปนี้ **1) ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และโรคประจำตัว **2) ปัจจัยด้านการทำงาน** ได้แก่ อายุงาน ระดับตำแหน่งงาน อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง อาการเมื่อได้รับสัมผัสจากเสียงดัง สิ่งคุกคามทางสุขภาพในการทำงาน และประวัติการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย **3) ปัจจัยด้านองค์กร** ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน และนโยบายมาตรการ/โครงการอนุรักษ์การได้ยิน **4) ช่องทางการรับสื่อความรู้** เกี่ยวกับการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อม และอันตรายจากเสียงดัง และ **5) การประเมินความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดัง** ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันและดูแลสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคประสาทหูเสื่อม ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อม และด้านการสื่อสารสุขภาพในการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ระดับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังของบุคลากรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการฯ รายงานเป็นจำนวน และร้อยละ

2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังของบุคลากรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการฯ ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple linear regression) วิธีการคัดเลือกแบบ Enter โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ก่อนเริ่มทำการวิจัย เลขที่ใบรับรอง 49/2567 วันที่รับรอง 5 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 86.2) มีอายุระหว่าง 36 – 45 ปี (ร้อยละ 39.6) ระดับการศึกษา ปวช./ปวส./อนุปริญญา (ร้อยละ 44.1) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 56.5) ดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว (ร้อยละ 61.6) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 67.6)

2. ปัจจัยด้านการทำงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุงานระหว่าง 1 – 5 ปี (ร้อยละ 28.5) ตำแหน่งงานระดับปฏิบัติการ (ร้อยละ 82.9) มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง (ร้อยละ 53.8) ไม่มีอาการเมื่อได้รับสัมผัสจากเสียงดัง (ร้อยละ 92.2) มีสิ่งคุกคามสุขภาพในการทำงาน (ร้อยละ 98.2) เป็นสิ่งคุกคามสุขภาพด้านกายภาพมากที่สุด (ร้อยละ 61.9) และเคยได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (ร้อยละ 95.2)

3. ปัจจัยด้านองค์กร พบว่า ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าสถานประกอบการมีการประกาศนโยบายความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน และนโยบายมาตรการ/โครงการอนุรักษ์การได้ยิน

4. ช่องทางการรับสื่อความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมและอันตรายจากเสียงดัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับสื่อข้อมูลความรู้ (ร้อยละ 91.6) ช่องทางที่ได้รับมากที่สุดคือจากกิจกรรมส่งเสริมในสถานประกอบการ (ร้อยละ 46.1) รองลงมาคือ สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์กลุ่ม, เฟซบุ๊ก (ร้อยละ 34.6)

5. ระดับความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดัง ในภาพรวม อยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 50.5) เมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันและดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 44.4) ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคประสาทหูเสื่อม อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 53.5) ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อม อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 54.1) ด้านการสื่อสารสุขภาพในการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมอยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 55.9)

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดัง ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple linear regression) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศหญิง ไม่มีโรคประจำตัว มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และได้รับข้อมูลสื่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมและอันตรายจากเสียงดังจากกิจกรรมส่งเสริมในสถานประกอบการ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple linear regression) วิธีการคัดเลือกแบบ Enter

ตัวแปร	β	beta	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศหญิง	3.66	0.16	0.006*
อายุ	-0.02	-0.02	0.818
ระดับการศึกษา	0.51	0.05	0.369

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple linear regression) วิธีการคัดเลือกแบบ Enter

ตัวแปร	β	beta	p-value
มีโรคประจำตัว	-1.99	-0.12	0.029*
ปัจจัยด้านการทำงาน			
อายุงาน	-0.04	-0.05	0.607
มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง	2.63	0.17	0.003*
สิ่งคุกคามสุขภาพในการทำงาน	-1.23	-0.02	0.694
ประวัติการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	2.67	0.07	0.164
ช่องทางการรับสื่อความรู้			
สื่อสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์กลุ่ม เฟซบุ๊ก	1.12	0.16	0.210
วิทยุ ทีวี	1.69	0.07	0.157
กิจกรรมส่งเสริมในสถานประกอบการ	2.61	0.08	0.004*
ห้องพยาบาลในสถานประกอบการ	0.71	0.03	0.614

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, R^2=0.136, F=4.189, p-value=<0.001

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ได้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยในพนักงานฝ่ายปฏิบัติการโรงงานยางแท่ง[9] พนักงานในโรงงานนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด[10] และกลุ่มวัยทำงานเขตกรุงเทพมหานคร[11] เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐรัฐ ไมมะหาด และคณะ[9] ที่พบว่าพนักงานมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านอาชีวอนามัย ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการสร้างการรับรู้และพัฒนาความรอบรู้ในด้านอื่นๆ ดังนั้นควรมีการเพิ่มช่องทางและโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากเสียงดัง โรคจากการทำงาน และสุขภาพ โดยอาจดำเนินการในรูปแบบที่เข้าถึงง่าย เช่น บอร์ดประชาสัมพันธ์ การประชุมแจ้งข่าวสาร และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น แอปพลิเคชันออนไลน์หรือแพลตฟอร์มดิจิทัลที่สอดคล้องกับเทคโนโลยีในปัจจุบัน เพื่อให้พนักงานได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงมากขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดัง ได้แก่

ปัจจัยเรื่องเพศ จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่า เพศหญิงมีคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยในบุคลากรโรงพยาบาล[12] ในต่างประเทศงานวิจัยยืนยันว่าเพศหญิงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชาย เช่น การศึกษาของ Blom et al.[13] พบว่าเพศหญิงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง มีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาสูง ในขณะที่เพศชายที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมีแนวโน้มที่จะละเลยความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา ทั้งนี้การที่เพศหญิงมีคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังสูงกว่า อาจอธิบายได้จากปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยทั่วไปเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับสุขภาพมากกว่าเพศชาย มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงทางสุขภาพ และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันมากกว่า ปัจจัยทัศนคติและการเรียนรู้ เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเปิดรับข้อมูลสุขภาพและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้การศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ จักรพงษ์ อินพรม และคณะ[14] ยังพบว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับการได้ยินจากการ

ประกอบอาชีพ โดยเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียระดับการได้ยินจากการประกอบอาชีพมากกว่าเพศหญิง สาเหตุอาจมาจากพฤติกรรมการป้องกันที่แตกต่างกัน เช่น การใช้ที่ครอบหูหรืออุปกรณ์ลดเสียงที่เพศหญิงอาจใช้มากกว่าเพศชาย

ปัจจัยเรื่องโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะ[15] ที่พบว่าการมีหรือไม่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มประชากรวัยทำงาน ซึ่งอาจเป็นเพราะการมีโรคประจำตัวทำให้ต้องมุ่งเน้นไปที่การดูแลรักษาโรคของตนเองมากกว่าการให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ เช่น อันตรายจากเสียงดังในที่ทำงาน นอกจากนี้การศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ จักรพงษ์ อินพรม และคณะ[14] ยังพบว่า โรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับการได้ยินจากการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจทำให้ไวต่อผลกระทบจากเสียงดังมากขึ้น

ปัจจัยเรื่องอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังมีคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเสกสรรค์ ทองติ๊บ และอรัณย์ภัค พิทักษ์พงษ์[16] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การป้องกันเสียงดังกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังของผู้ประกอบอาชีพทำครกหินจังหวัดพะเยา พบว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันเสียงดังในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายอาจกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และตระหนักถึงอันตรายจากเสียงดัง ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรอบรู้ในเรื่องนี้มากขึ้น

ปัจจัยด้านช่องทางการรับสื่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมและอันตรายจากเสียงดัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลจากกิจกรรมส่งเสริมในสถานประกอบการมีคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับจากช่องทางอื่นๆ และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีย์ ฐีตะพงษ์[5] ที่พบว่า การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกิจกรรมในสถานประกอบการช่วยเพิ่มการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงได้ดีกว่าการให้ข้อมูลแบบดั้งเดิม ผลการศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของช่องทางการรับสื่อความรู้ เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงาน ทั้งนี้การสื่อสารผ่านกิจกรรมในสถานประกอบการมักมีลักษณะที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพนักงาน เป็นการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ (interactive learning) การเปิดโอกาสให้พนักงานซักถามหรือแลกเปลี่ยนความเข้าใจได้ เช่น การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เวิร์กช็อป การให้คำแนะนำส่วนบุคคล หรือการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้พนักงานสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง

ความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังของบุคลากรในสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ “องค์กรรอบรู้สุขภาพ นพรัตนโมเดล” โปรแกรมมาตรการอนุรักษ์การได้ยิน ปี 2567 อยู่ในระดับพอใช้ได้ โดยรายด้านที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และรายด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดังที่ดีได้แก่ เพศหญิง ไม่มีโรคประจำตัว มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และได้รับข้อมูลสื่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมและอันตรายจากเสียงดังจากกิจกรรมส่งเสริมในสถานประกอบการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการดำเนินการการ

พัฒนามาตรการป้องกันและส่งเสริมความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดัง โดยเน้นการให้ข้อมูลผ่านกิจกรรมในสถานประกอบการ การออกแบบกิจกรรมเชิงรุกที่ให้พนักงานได้มีส่วนร่วม เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ การสาธิตการใช้เครื่องป้องกันเสียงดัง และการฝึกปฏิบัติจริง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาผลกระทบระยะยาวของมาตรการส่งเสริมความรอบรู้เรื่องอันตรายจากเสียงดัง โดยติดตามผลในระยะยาวเพื่อดูว่าความรอบรู้ของพนักงานส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน และอุบัติการณ์ของโรคประสาทหูเสื่อมหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. มณีรัตน์ สวนม่วง, พัทธนิษย์ คำธาร, อารีย์ จอแย.(2565). ความชุกของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินของพนักงานบริษัทแปรรูปอาหารแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเวียงป่าเป้าจังหวัดเชียงราย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มทร.สุวรรณภูมิ. 2565;6(2):1-43.
2. สาวิตรี ชัยรัตน์, อดุลย์ บัณฑุกุล, เพ็ญภัทรา ศรีไพบูลย์กิจ.(2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการเปลี่ยนระดับความสามารถในการได้ยินมาตรฐานในพนักงานบริษัทผลิตมอเตอร์คอมเพรสเซอร์. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2556;13(1):59-70.
3. อัถสิทธ์ รัตนารักษ์, มนัสวร อินทรพินทุวัฒน์, กัมปนาท วังแสน, พรพรรณ สกุลคู.(2560). สถานการณ์การสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในการประกอบอาชีพของประเทศไทยและต่างประเทศ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;10(1):1-10.
4. รัชนีย์ ฐีตะพงษ์.(2564). ผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรอบรู้และสมรรถภาพการได้ยินในคนงานที่สัมผัสเสียงดัง. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์.2564;(1):1-16.
5. World Health Organization.(2024). Deafness and hearing loss. [Internet].; 2024. [cited 2024 Feb 12] Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss.
6. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ.(2567). สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามจังหวัด ประเภทความพิการ และเพศ. ;2567.
7. Nutbeam D.(2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-267.
8. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม.(2562). รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562: บริษัท ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟันนี่ พับบลิชชิ่ง; 2562.
9. ณัฐรัฐ ไมมะหาด, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, เด่นศักดิ์ ยกยอน, สุธรรม นันทมงคลชัย.(2565). ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านอาชีวอนามัยและพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายปฏิบัติการ: กรณีศึกษาโรงงานอุตสาหกรรมยางแท่งแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2565;8(3):427-442.
10. มริสสา กองสมบัติสุข, ฌาน ปัทมะ พลยง, ดวงเดือน ฤทธิเดช.(2563). ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2563;3(2):112-120.
11. ชนิภา ยอยืนยง, นลิณี เชยกลิ่นพุฒ, อารยา เชียงของ.(2562). ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของกลุ่มวัยทำงาน เขตกรุงเทพมหานคร: การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด. วารสารเกื้อการุณย์. 2562;26(2):7-21.
12. วีรนุช เชาวกิจเจริญ, พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, สรันยา เฮงพระพรหม.(2564). ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร. เชียงใหม่เวชสาร. 2564;60(4):599-613.
13. Blom S, Lindh F, Lundin A, Burström B, Hensing G, Löve J.(2024). How gender and low mental health literacy are related to unmet need for mental healthcare: a cross-sectional population-based study in Sweden. Archives of Public Health. 2024;82:1-11.

14. จักรพงษ์ อินพรม, สมเกียรติยศ วรเดช, พยงค์ เทพอักษร, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์.(2564). การเปลี่ยนแปลงระดับการได้ยินจากเสียงดังเนื่องมาจากการประกอบอาชีพ : การทบทวนวรรณกรรม. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;4(2):83-99.
15. กัลยาณี ตันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, วีระพร ศุทธากรณ์, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, เสาวนีย์ คำปวน.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2563;16(2):61-71.
16. เสกสรรค์ ทองติ๊บ, อรัณย์ภัค พิทักษ์พงษ์.(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การป้องกันเสียงดังและการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังของผู้ประกอบอาชีพทำครกหินจังหวัดพะเยา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562;34(2):155-160.
17. อรพรรณ ชัยมณี , อดุลย์ บัณฑุกุล.(ม.ป.ป.) บทที่ 20 โรคหูตึงจากการทำงาน (Occupational hearing loss). In อดุลย์ บัณฑุกุล. ตำราอาชีวเวชศาสตร์.: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์; ม.ป.ป. p. 491-508.

การศึกษาระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดสุพรรณบุรี และการทบทวนมาตรการเกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

Epidemiological study on Road traffic injury in Suphanburi Province and policy recommendations.

(Received: September 21, 2026; Revised: September 23, 2026 ; Accepted: September 25, 2026)

เทิดศักดิ์ จารุจารีต[1]
Terdsak Charuchareet[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและแนวโน้มของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรมและสถานที่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิต รวมทั้งทบทวนมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ของกรมควบคุมโรค ซึ่งบันทึกโดยโรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 60,545 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษาพบว่า การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบสูงสุด ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 12,857 ราย รองลงมาคือปี พ.ศ. 2567 จำนวน 12,801 ราย ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.11 อายุ 15–19 ปี ร้อยละ 16.24 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.87 และเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 79.40 รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ร้อยละ 85.28 พื้นที่เกิดเหตุสูงสุดคืออำเภอเมืองสุพรรณบุรี ร้อยละ 37.85 และส่วนใหญ่เกิดบนถนนของกรมทางหลวง ร้อยละ 68.99 ช่วงเวลาเกิดเหตุสูงสุดคือ 16.01–18.00 น. ร้อยละ 16.14 พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 81.60 และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 68.82 ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่ไม่ใช่ศีรษะ ร้อยละ 69.60 และมีอาการทุเลาหลังการรักษา ร้อยละ 98.40 ปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ ประเภทยานพาหนะ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย และการใช้โทรศัพท์มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและ/หรือการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: อุบัติเหตุจราจรทางถนน, ระบาดวิทยาการบาดเจ็บ, ปัจจัยเสี่ยง, ความปลอดภัยทางถนน, ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ABSTRACT

This study aimed to describe the epidemiological characteristics and trends of road traffic injuries and deaths, examine the associations between personal, behavioral, and location-related factors and injury severity and mortality, and review road safety measures to develop policy recommendations appropriate to the context of Suphan Buri Province. A survey research by retrospective study was conducted using secondary data from the Injury Surveillance System of the Department of Disease Control. The data comprised 60,545 road traffic injury cases recorded by hospitals in Suphan Buri Province between January 1, 2018, and August 31, 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the chi-square test.

The results showed an increasing trend in road traffic injuries. The highest number of cases was recorded in 2023 (12,857 cases), followed by 2024 (12,801 cases). Most injured individuals were male (60.11%), aged 15–19 years (16.24%), general laborers (39.87%), and drivers (79.40%). Motorcycles were the most frequently involved type of vehicle (85.28%). Mueang Suphan Buri District accounted for the highest proportion of cases (37.85%), and most crashes occurred on roads under the jurisdiction of the Department of Highways (68.99%). The highest proportion of crashes

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

occurred between 4:01 p.m. and 6:00 p.m. (16.14%). Major risk behaviors included not wearing a helmet (81.60%) and not using a seat belt (68.82%). Most injuries were non-head injuries (69.60%), and 98.40% of injured individuals showed clinical improvement following treatment. Sex, age, occupation, vehicle type, alcohol consumption, psychoactive substance use, seat belt use, helmet use, and mobile phone use were significantly associated with injury severity and/or mortality ($p < .05$).

Keywords: road traffic injuries, injury epidemiology, risk factors, road safety, policy recommendations

บทนำ

อุบัติเหตุจราจรทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต การบาดเจ็บ ความพิการ คุณภาพชีวิต ตลอดจนผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนทั่วโลกประมาณ 1.19 ล้านคน หรือมากกว่า 3,200 คนต่อวัน โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กและเยาวชนอายุ 5–29 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ใช้ถนนที่มีความเปราะบาง ได้แก่ คนเดินเท้า ผู้ใช้จักรยาน และผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และร้อยละ 92 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สถานการณ์ดังกล่าวทำให้องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกกำหนดทศวรรษแห่งการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยทางถนน ค.ศ. 2021–2030 (Decade of Action for Road Safety 2021–2030) โดยตั้งเป้าลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนทั่วโลกลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปี ค.ศ. 2030 ผ่านการดำเนินมาตรการอย่างเป็นระบบทั้งด้านการบริหารจัดการ ถนนและยานพาหนะที่ปลอดภัย พฤติกรรมผู้ใช้ถนน การบังคับใช้กฎหมาย และการช่วยเหลือหลังเกิดเหตุ[1]

สำหรับประเทศไทย ปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนนยังคงมีความรุนแรงในระดับสูง โดย WHO ประมาณการว่า ในปี ค.ศ. 2021 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 18,218 คน หรือเฉลี่ย 50 คนต่อวัน คิดเป็นอัตรา 25.4 คนต่อประชากรแสนคน และอยู่ในอันดับที่ 9 จาก 175 ประเทศสมาชิกที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนสูง โดยผู้ใช้รถจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 83.8 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด[2] นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตและการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนประมาณ 531,058 ล้านบาท หรือร้อยละ 3.06 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบไม่เพียงต่อผู้ประสบเหตุและครอบครัว แต่ยังรวมถึงระบบบริการสุขภาพ ผลิตภาพแรงงานและเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบูรณาการข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน ซึ่งเชื่อมโยงข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความถูกต้องของข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการติดตามประเมินผลด้านความปลอดภัยทางถนน อย่างไรก็ตาม ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ การวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาในระดับจังหวัดจึงมีความสำคัญต่อการกำหนดมาตรการที่ตรงกับปัญหาและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่[3]

จังหวัดสุพรรณบุรียังคงประสบปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนอย่างต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบผู้บาดเจ็บจำนวน 9,795 ราย โดยอำเภอที่พบปัญหาสูง ได้แก่ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี อำเภอสองพี่น้อง และอำเภออู่ทอง รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุสูงที่สุด ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.65 อุบัติเหตุเกิดบนถนนในความรับผิดชอบของกรมทางหลวงมากที่สุด ร้อยละ 55.75 และช่วงเวลา 16.01–20.00 น. เป็นช่วงที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด ร้อยละ 29.77[4] ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบผู้บาดเจ็บจำนวน 10,022 ราย และเสียชีวิต 204 ราย

คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 24.42 คนต่อประชากรแสนคน ขณะที่ผู้บาดเจ็บสวมหมวกนิรภัยเพียงร้อยละ 11.53 และคาดเข็มขัดนิรภัยเพียงร้อยละ 13.76 โดยอำเภอเมืองสุพรรณบุรียังคงมีสัดส่วนผู้บาดเจ็บสูงที่สุด ร้อยละ 33.13 รองลงมาคืออำเภอสองพี่น้อง ร้อยละ 19.02 และอำเภออู่ทอง ร้อยละ 9.77[5] แม้ว่าจังหวัดสุพรรณบุรีจะดำเนินมาตรการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนอย่างต่อเนื่อง ทั้งการส่งเสริมความปลอดภัยในเด็กและเยาวชน การรณรงค์สวมหมวกนิรภัย การจัดการจุดเสี่ยง และการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ยังพบข้อจำกัดด้านการจัดเก็บข้อมูลจุดเสี่ยงและการสอบสวนอุบัติเหตุที่ยังไม่ครอบคลุม ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ความเร็วเกินกำหนด การไม่สวมหมวกนิรภัย และการละเมิดกฎจราจร จึงจำเป็นต้องทบทวนสถานการณ์และมาตรการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ดังนั้น การศึกษาระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) จึงมีความสำคัญในการอธิบายขนาด แนวโน้ม และการกระจายของปัญหาตามบุคคล เวลา สถานที่ พฤติกรรมเสี่ยง ประเภทยานพาหนะ และลักษณะการเกิดเหตุ รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงและผลลัพธ์ของการบาดเจ็บ การนำหลักฐานทางระบาดวิทยามาพิจารณาร่วมกับการทบทวนมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนจะช่วยระบุช่องว่างของการดำเนินงาน และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based policy recommendations) เพื่อสนับสนุนการวางแผน กำหนดมาตรการ และจัดสรรทรัพยากรในการป้องกันและลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของจังหวัดสุพรรณบุรีอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและแนวโน้มการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี
4. เพื่อทบทวนมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับจังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ (Retrospective descriptive and analytical study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) เฉพาะข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่โรงพยาบาลในพื้นที่ จังหวัดสุพรรณบุรีบันทึกเข้าสู่ระบบ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ร่วมกับการทบทวนมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประกอบการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับจังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา ได้แก่ ระเบียนข้อมูลผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่ได้รับการบันทึกในระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) โดยโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิและศึกษาระเบียนข้อมูลทั้งหมดที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก (total population study) ซึ่งในฐานข้อมูลที่นำมาศึกษามีจำนวน 60,545 ระเบียน ทั้งนี้ จำนวนระเบียนสุดท้าย

ที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ควรพิจารณาภายหลังการตรวจสอบคุณภาพและทำความสะอาดข้อมูล โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-ออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) เป็นระเบียนผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่บันทึกในระบบ Injury Surveillance โดยโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี (2) เหตุการณ์เกิดขึ้นภายในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568 และ (3) มีข้อมูลเพียงพอสำหรับระบุว่าเป็นการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนและสามารถนำมาจัดกลุ่มตามตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษาได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ระเบียนที่ไม่ใช่การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน (2) ระเบียนที่มีวันเกิดเหตุนอกช่วงเวลาที่กำหนด (3) ระเบียนซ้ำของเหตุการณ์เดียวกันที่สามารถตรวจสอบได้จากตัวแปรระบุตัวตนหรือรหัสเหตุการณ์ที่มีอยู่ในฐานข้อมูล โดยเก็บไว้เพียงระเบียนที่มีข้อมูลสมบูรณ์ที่สุดตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด และ (4) ระเบียนที่ไม่สามารถระบุข้อมูลของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน และเครื่องมือสำหรับทบทวนมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นข้อมูลที่โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีบันทึกเข้าสู่ระบบ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลด้านบุคคลและยานพาหนะ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานะของผู้ประสบเหตุ และประเภทยานพาหนะ

2) ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย และการใช้โทรศัพท์ขณะเกิดเหตุ

3) ข้อมูลด้านสถานที่ เวลา และลักษณะการเกิดเหตุ ได้แก่ อำเภอที่เกิดเหตุ ประเภทหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบถนน วันและช่วงเวลาที่เกิดเหตุ และลักษณะหรือคู่กรณีของการเกิดอุบัติเหตุ

4) ข้อมูลด้านความรุนแรงและผลลัพธ์ของการบาดเจ็บ ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ ประเภทการมาโรงพยาบาล การนำส่งโรงพยาบาล ระดับของหน่วยนำส่ง การส่งต่อ ผลการรักษาจากห้องฉุกเฉิน และสถานภาพหลังการรักษาพยาบาล

2. แบบบันทึกการทบทวนมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนน ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร นโยบาย แผนงาน โครงการ และมาตรการด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจรทางถนนที่เกี่ยวข้องกับจังหวัดสุพรรณบุรี โดยกำหนดประเด็นการทบทวนให้เชื่อมโยงกับแนวคิด Safe System Approach และหลักการ 5E ได้แก่ 1) Education: การให้ความรู้และสร้างความตระหนัก 2) Enforcement: การบังคับใช้กฎหมาย 3) Engineering: วิศวกรรมและการจัดการสภาพแวดล้อมทางถนน 4) Emergency Medical Services: ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ 5) Evaluation: การติดตามและประเมินผล เพื่อนำผลการทบทวนมาพิจารณาร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยา ระบุช่องว่างของมาตรการ และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดให้มีการทบทวนมาตรการโดยเชื่อมโยงกับ Safe System Approach และ 5E

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนและแบบบันทึกการทบทวน

มาตรการด้านความปลอดภัยทางถนน ที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและการประเมินผลโดยพิจารณาความสอดคล้องของรายการข้อมูลกับวัตถุประสงค์การวิจัย นิยามตัวแปร และข้อมูลที่มีอยู่ในระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ได้ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลด้านความครบถ้วน (completeness) ความถูกต้อง (accuracy) ความสอดคล้อง (consistency) และข้อมูลซ้ำ (duplicate records) รวมทั้งตรวจสอบการกำหนดรหัสและค่าของตัวแปรให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและกำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้อง จากนั้นขออนุญาตใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) ของกรมควบคุมโรค ซึ่งบันทึกโดยโรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 60,545 ราย โดยรวบรวมข้อมูลด้านบุคคล ยานพาหนะ พฤติกรรมเสี่ยง สถานที่และเวลาเกิดเหตุ ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และผลลัพธ์การรักษา ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ พร้อมทั้งทบทวนเอกสาร นโยบาย และมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสังเคราะห์ร่วมกับผลการศึกษาตามแนวคิด Safe System Approach และ 5E และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยา สถานการณ์ และแนวโน้มการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน และใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรม และสถานที่ กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิต กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับข้อมูลด้านมาตรการความปลอดภัยทางถนน ใช้การวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาตามกรอบแนวคิด Safe System Approach และ 5E เพื่อระบุช่องว่างของมาตรการและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี COE No.010/2569 REC No.019/2569 ลงวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2568 จำนวน 60,545 ราย สามารถนำเสนอผลการวิจัยได้ 4 ส่วน ดังนี้

1. สถานการณ์ แนวโน้ม และลักษณะทางระบาดวิทยาของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนระหว่างปี พ.ศ. 2561–2568 พบผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนรวม 60,545 ราย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 12,857 ราย รองลงมาคือปี พ.ศ. 2567 จำนวน 12,801 รายผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.11 กลุ่มอายุ 15–19 ปี ร้อยละ 16.24 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.87 และมีสถานะเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 79.40 รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บมากที่สุด ร้อยละ 85.28 พื้นที่เกิดเหตุสูงสุดคืออำเภอเมืองสุพรรณบุรี ร้อยละ 37.85 ส่วนใหญ่เกิดบนถนนในความรับผิดชอบของกรมทางหลวง ร้อยละ 68.99 และช่วงเวลาที่เกิดเหตุสูงสุดคือ 16.01–18.00 น. ร้อยละ 16.14

2. ความรุนแรงของการบาดเจ็บและผลลัพธ์การรักษา

ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บที่ไม่ใช่ศีรษะ (Non-head injury) ร้อยละ 69.60 ขณะที่การบาดเจ็บที่ศีรษะมีจำนวน 18,236 ราย คิดเป็นประมาณร้อยละ 30.40 การเข้าถึงการรักษาผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) คิดเป็นร้อยละ 50.01 และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) มีบทบาทในการนำส่งร้อยละ 53.60 โดยหลังการรักษาผู้บาดเจ็บมีอาการทุเลาร้อยละ 98.40

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิต

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และประเภทยานพาหนะ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศสัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่ศีรษะ (χ^2=61.990, p<.001) อายุ (χ^2=118.911, p<.001) และประเภทยานพาหนะ (χ^2=104.974, p<.001) ทั้งนี้ รถจักรยานยนต์มีจำนวนผู้บาดเจ็บที่ศีรษะสูงถึง 15,361 ราย

ด้านพฤติกรรมพบว่า การไม่สวมหมวกนิรภัยมีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ 16,418 ราย และสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (χ^2=396.901, p<.001) ส่วนการไม่คาดเข็มขัดนิรภัยมีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ 16,217 ราย และสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (χ^2=933.292, p<.001)

สำหรับการเสียชีวิต พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยเพศชายเสียชีวิต 662 ราย และเพศหญิง 228 ราย ขณะที่ประเภทยานพาหนะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยรถจักรยานยนต์มีผู้เสียชีวิตสูงสุด 668 ราย รองลงมาคือรถปิกอัพ 63 ราย และรถเก๋ง 57 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ

ปัจจัย	χ^2	p-value
เพศ	61.990	<.001
อายุ	118.911	<.001
อาชีพ	995.433	<.001
ประเภทยานพาหนะ	104.974	<.001
การดื่มแอลกอฮอล์	733.210	<.001
การใช้ยา/วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	10.462	.005
การคาดเข็มขัดนิรภัย	933.292	<.001
การสวมหมวกนิรภัย	396.901	<.001
การใช้โทรศัพท์	20.238	<.001

$p < .001$

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน

ปัจจัย	χ^2	p-value
เพศ	695.642	.005
อายุ	1,790.743	.005
อาชีพ	3,229.718	<.001
ประเภทยานพาหนะ	345.521	<.001
การดื่มแอลกอฮอล์	5,400.168	.005
การใช้ยา/วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	906.505	<.001
การคาดเข็มขัดนิรภัย	543.885	<.001
การสวมหมวกนิรภัย	658.892	<.001
การใช้โทรศัพท์	743.446	<.001

$p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า เพศ อายุ อาชีพ ประเภทยานพาหนะ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย และการใช้โทรศัพท์ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบจำนวนผู้เสียชีวิตสูงในเพศชาย ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ และกลุ่มที่ไม่ใช้อุปกรณ์นิรภัย

4. ผลการทบทวนมาตรการและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผลการทบทวนมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาสะท้อนว่า การดำเนินงานควรเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นพฤติกรรมของผู้ใช้ถนนเพียงด้านเดียวไปสู่การจัดการเชิงระบบ โดยบูรณาการมาตรการหลายระดับตามแนวคิด Safe System Approach และ 5E ทั้งนี้ ควรให้ความสำคัญกับผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เด็กและเยาวชน และวัยแรงงาน ควบคู่กับการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัดนิรภัย การบังคับใช้กฎหมาย การจัดการจุดและช่วงเวลาเสี่ยง การปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางถนน และการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การสังเคราะห์ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามกรอบ 5E

5E	ประเด็นจากผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
Education	กลุ่มเยาวชนและวัยแรงงานเป็นกลุ่มสำคัญ	พัฒนาการสื่อสารและมาตรการเฉพาะกลุ่ม
Enforcement	ไม่สวมหมวก/ไม่คาดเข็มขัดสัมพันธ์กับความรุนแรง	เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่และช่วงเวลาเสี่ยง
Engineering	พบการเกิดเหตุสูงบนถนนกรมทางหลวงและพื้นที่เสี่ยง	วิเคราะห์และปรับปรุงจุดเสี่ยงและสภาพแวดล้อมทางถนน
Emergency Medical Services	EMS และ FR มีบทบาทสำคัญ	เพิ่มศักยภาพและความครอบคลุมของระบบช่วยเหลือฉุกเฉิน
Evaluation	จำเป็นต้องใช้ข้อมูลหลายหน่วยงานร่วมกัน	พัฒนาระบบข้อมูลและติดตามผลมาตรการอย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2568 จากข้อมูลจำนวน 60,545 ราย พบว่าการบาดเจ็บมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 12,857 ราย และปี พ.ศ. 2567 จำนวน 12,801 ราย สะท้อนว่าอุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนาติป ไชเล็กและวรพร นาเกเสนสิน[6] ที่ศึกษาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในเด็กและเยาวชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 579 ราย ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 761 ราย ในปี พ.ศ. 2567 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 31.4 ขณะที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าแม้จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกจะลดลง แต่ยังมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.19 ล้านคนต่อปี และอุบัติเหตุทางถนนยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรอายุ 5–29 ปี[1]

เมื่อพิจารณาลักษณะทางระบาดวิทยา พบว่าผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.11 และกลุ่มอายุ 15–19 ปีมีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 16.24 นอกจากนี้ เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บและการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของชนาติป ไชเล็กและวรพร นาเกเสนสิน[6] ที่ศึกษาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในเด็กและเยาวชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี พบว่าในอำเภอเมือง

กาญจนบุรีที่พบว่าผู้บาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.5 และส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา ธรรมรักษา, บุบผา ลาภทวีและอมรพล กันเลิศ[7] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติซึ่งพบว่าผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.7 และอยู่ในช่วงอายุ 15–40 ปี ร้อยละ 65.4[3]ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับการเดินทางและการใช้ยานพาหนะของวัยรุ่นและวัยทำงาน ซึ่งทำให้มีโอกาสสัมผัสสภาพแวดล้อมการจราจรมากกว่ากลุ่มอื่น

ด้านยานพาหนะ ผลการศึกษาพบว่ารถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บมากที่สุด ร้อยละ 85.28 และพบผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจากรถจักรยานยนต์ 15,361 ราย ขณะที่รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่พบจำนวนผู้เสียชีวิตสูงที่สุด 668 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของชนาติป ไชเล็กและวรพร นาเกเสนสิน[6] ที่ศึกษาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในเด็กและเยาวชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี พบว่าในอำเภอเมืองกาญจนบุรีที่พบว่ารถจักรยานยนต์เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในเด็กและเยาวชนถึงร้อยละ 90.1 และสอดคล้องกับสถานการณ์ระดับประเทศของ World Health Organization[2] รายงานว่า ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 25.4 ต่อประชากรแสนคน และผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นกลุ่มสำคัญของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจึงแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้รถจักรยานยนต์ควรเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของมาตรการป้องกันอุบัติเหตุในจังหวัดสุพรรณบุรี

ด้านการใช้อุปกรณ์นิรภัย พบว่าการสวมหมวกนิรภัยมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ (χ^2=396.901, p<.001) และการเสียชีวิต (χ^2= 658.892, p<.001) โดยกลุ่มที่ไม่สวมหมวกนิรภัยมีผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ 16,418 ราย และเสียชีวิต 730 ราย ขณะที่การคาดเข็มขัดนิรภัยมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2= 933.292, p<.001) สอดคล้องกับการศึกษาของชนาติป ไชเล็กและวรพร นาเกเสนสิน[6] ที่ศึกษาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในเด็กและเยาวชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี ที่พบว่าผู้บาดเจ็บที่ใช้รถจักรยานยนต์ส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 91.1 สอดคล้องกับการศึกษาของธิดา ธรรมรักษา, บุบผา ลาภทวีและอมรพล กันเลิศ[7] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งพบว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ หมวกนิรภัยและเข็มขัดนิรภัย มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สอดคล้องกับ World Health Organization[2] ที่ระบุว่าหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐานและใช้อย่างถูกต้องสามารถลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บทางสมองได้อย่างมาก ผลการศึกษาจึงสนับสนุนความสำคัญของการเพิ่มการใช้อุปกรณ์นิรภัยควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่อง

ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญ (χ^2= 733.210, p<.001) สอดคล้องกับการศึกษาของธิดา ธรรมรักษา, บุบผา ลาภทวีและอมรพล กันเลิศ[7] ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่พบการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญ (p<.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของเฟื่องสิริ ต่อดำรงค์[8] พบผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง 6.52 เท่า ขณะที่ Prommoon et al.[9] พบว่าการใช้แอลกอฮอล์และสารออกฤทธิ์สัมพันธ์กับโอกาสเกิดการบาดเจ็บรุนแรงหรือวิกฤตและสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณะ สุกาวงค์และคณะ[10] ที่พบการดื่มแอลกอฮอล์

เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ดังนั้นมาตรการควบคุมการดื่มแล้วขับยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของมาตรการลดความรุนแรงและการเสียชีวิต

การใช้ยาและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธิดา ธรรมรักษา, บุบผา ลาภทวีและอมรพล กันเลิศ[7] ที่พบว่าการใช้ยาที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Prommoon et al.[9] ที่พบการใช้สารออกฤทธิ์สัมพันธ์กับการบาดเจ็บระดับรุนแรงหรือวิกฤตอย่างไรก็ตามในฐานข้อมูล Injury Surveillance อาจมีข้อมูลไม่ทราบหรือข้อมูลพฤติกรรมที่ได้จากการซักประวัติจำนวนหนึ่ง การตีความความสัมพันธ์นี้จึงควรคำนึงถึงข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของข้อมูลด้วย

ด้านสถานที่และเวลา พบว่าอำเภอเมืองสุพรรณบุรีมีสัดส่วนการเกิดเหตุสูงที่สุด ร้อยละ 37.85 ส่วนใหญ่เกิดบนถนนในความรับผิดชอบของกรมทางหลวง ร้อยละ 68.99 และช่วงเวลา 16.01–18.00 น. มีการเกิดเหตุสูงที่สุด ร้อยละ 16.14 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนาติป ไชเล็กและวรพรนาเกเสนสิน[6] ที่ศึกษาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในเด็กและเยาวชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี ที่พบว่าอุบัติเหตุเกิดบนทางหลวงเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 89.8 และพบว่าช่วงเวลาที่เกิดเหตุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ แม้ช่วงเวลาที่พบสูงสุดจะแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ แต่ผลการศึกษาสนับสนุนการนำข้อมูลเชิงพื้นที่และเวลามาใช้กำหนดจุดเฝ้าระวัง การจัดการจุดเสี่ยง การบังคับใช้กฎหมาย และการจัดกำลังระบบบริการฉุกเฉินให้เหมาะสมกับช่วงเวลาที่มีความเสี่ยง

โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าอุบัติเหตุจราจรทางถนนในจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นผลจากหลายองค์ประกอบ ทั้งบุคคล ยานพาหนะ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม จึงไม่ควรมุ่งแก้ไขเฉพาะพฤติกรรมของผู้ขับขี่ แต่ควรดำเนินมาตรการหลายระดับตามแนวคิด Safe System Approach โดยให้ความสำคัญกับผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เยาวชนและวัยแรงงาน การเพิ่มการใช้หมวกนิรภัยและเข็มขัดนิรภัย การลดพฤติกรรมเสี่ยง การจัดการพื้นที่และช่วงเวลาเสี่ยง ตลอดจนการพัฒนาระบบช่วยเหลือหลังเกิดเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการจัดการความปลอดภัยทั้งระบบเพื่อบรรลุเป้าหมายลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนภายในปี ค.ศ. 2030

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดมาตรการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่มุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ เยาวชน และประชากรวัยแรงงาน โดยเฉพาะการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย และการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และการใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่

2. ควรใช้ข้อมูลพื้นที่และช่วงเวลาเสี่ยงในการกำหนดมาตรการเชิงพื้นที่ โดยเฉพาะบริเวณที่เกิดเหตุสูง ถนนสายหลัก และช่วงเวลา 16.01–18.00 น. เพื่อจัดจุดเฝ้าระวัง เพิ่มการบังคับใช้กฎหมาย ปรับปรุงจุดเสี่ยง และเตรียมความพร้อมของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3. ควรบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ตำรวจ คมนาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา และสถานประกอบการ ตามแนวคิด Safe System Approach และ 5E พร้อมพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ติดตามและประเมินผลมาตรการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บรุนแรงและการเสียชีวิตด้วยการวิเคราะห์พหุปัจจัย เช่น multivariable logistic regression เพื่อควบคุมปัจจัยกวน

2. ควรศึกษาการกระจายเชิงพื้นที่ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) เพื่อระบุจุดเสี่ยงและ

เชื่อมโยงกับลักษณะถนน การจราจร และสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการออกแบบมาตรการเฉพาะพื้นที่

3. ควรศึกษาประสิทธิผลของมาตรการป้องกันอุบัติเหตุและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้การศึกษาเปรียบเทียบก่อน–หลัง หรือการศึกษากึ่งทดลอง เพื่อประเมินผลต่อการลดการบาดเจ็บรุนแรงและการเสียชีวิตอย่างชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Health Organization.(2024). Road safety Thailand 2023 country profile. Geneva: World Health Organization; 2024.
3. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.(2566). รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2566. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี; 2566.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.(2566). แผนปฏิบัติราชการด้านสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปีงบประมาณ 2566. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี; 2566.
6. ชนาธิป ไชยเหล็ก, วราพร นาคเสนสิน.(2569). การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในเด็กและเยาวชน: แนวโน้ม ลักษณะทางระบาดวิทยา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บรุนแรงในอำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารควบคุมโรค. 2569;52(1):125-38. doi:10.14456/dcj.2026.11.
7.ธิดา ธรรมรักษา, บุบผา ลาภทวีและอมรพล กันเลิศ.(2016). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. TUH Journal online. 016;1(1):13-25.
8. เฟื่องสิริ ต่อดำรงค์.(2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ประสบอุบัติเหตุจักรยานยนต์. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2560;36(3):138-44.
9. Prommoon P, Phibalsak T, Netwachirakul J, Mekthat M, Jitpiboon W, Sangthong R.(2021). Epidemiological characteristics of traffic and non-traffic injuries and quality of emergency medical services in Southern Thailand. J Health Sci Med Res. 2021;39(4):273-82. doi:10.31584/jhsmr.2021783.
10. กฤษณะ สุกาวงค์, นำพร อินสิน, พิชิต ชวนงูเหลือม, พูลทรัพย์ โพนสิงห์และกัญชรส วังมุข. (2566). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตและการทำนายรูปแบบการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2566;19(2):129-41.

ผลของโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลต่อพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of a Pharmacist-Assisted Smoking Cessation Program Combined with Digital Technology–Supported Access to Smoking Cessation Services on Smoking Cessation Behaviors among Patients with Hypertension and Comorbidities at Somdet Hospital, Kalasin Province.

(Received: September 12, 2026; Revised: September 17, 2026 ; Accepted: September 24, 2026)

สุจริต ศรียางค์[1]
Sujarit Sriyang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและมีประวัติสูบบุหรี่ ซึ่งรับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 14 คน ดำเนินงานตามวงจร PAOR โดยประยุกต์แนวทาง 5A’s ร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร และการเข้าถึงบริการผ่าน QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ แบบประเมินการพึ่งพานิโคติน และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired-samples t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม จำนวนบุหรี่ที่สูบลดลงจากเฉลี่ย 10.14±4.59 เป็น 6.07±3.34 มวนต่อวัน (t=6.924, p<.001) และคะแนนการพึ่งพานิโคตินลดลงจากเฉลี่ย 3.14±2.18 เป็น 1.64±1.45 คะแนน (t=5.967, p<.001) ในกลุ่มผู้สนใจใช้บริการดิจิทัลจำนวน 7 คน สามารถสแกน QR Code ได้ 4 คน และลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้ 3 คน ขณะที่ 3 คนยังต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ผลเชิงคุณภาพพบว่า การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล การกำหนดเป้าหมาย การจัดการความอยากสูบบุหรี่ และการติดตามต่อเนื่องสนับสนุนการลดการสูบบุหรี่ ส่วนความเครียด ความเคยชิน สิ่งกระตุ้นทางสังคม และข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลยังเป็นอุปสรรคสำคัญ

คำสำคัญ: การเลิกสูบบุหรี่, เภสัชกร, เทคโนโลยีดิจิทัล, โรคความดันโลหิตสูง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research, incorporating a one-group pretest-posttest quasi-experimental design, aimed to develop and evaluate a pharmacist-assisted smoking cessation program combined with digital technology-supported access to smoking cessation services. The participants were 14 patients with hypertension, comorbidities, and a history of smoking who received services at Somdet Hospital, Kalasin Province. The PAOR cycle was implemented by integrating the 5A’s approach, pharmacist counseling, and access to services through a QR code, LINE Official Account, and Telehealth Thailand. Data were collected using an interview questionnaire, the Fagerström Test for Nicotine Dependence, and semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired-samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

After program participation, the mean number of cigarettes smoked decreased from 10.14±4.59 to 6.07±3.34 cigarettes per day (t=6.924, p<.001), while the mean nicotine dependence score decreased from 3.14±2.18 to 1.64±1.45 (t==5.967, p<.001). Among seven participants interested in digital services, four were able to scan the QR code and three successfully registered for Telehealth Thailand, while three still required assistance from healthcare personnel. Qualitative findings indicated that individualized counseling, goal

[1]เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

setting, craving management, and continuous follow-up supported smoking reduction. Stress, habitual smoking, social triggers, and limited digital skills remained important barriers.

Keywords: smoking cessation, pharmacist, digital technology, hypertension, action research

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถป้องกันได้ของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคมะเร็ง โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าการใช้ยาสูบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 7 ล้านคนต่อปีทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย แม้ความชุกของการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง แต่ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2568 พบว่าประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 18.5[2] ขณะที่จังหวัดกาฬสินธุ์มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.0 ใน พ.ศ. 2564[3] สะท้อนว่าการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ยังเป็นภารกิจสำคัญของระบบสุขภาพการสูบบุหรี่มีความสำคัญเป็นพิเศษในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากนิโคตินกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น รวมทั้งส่งผลต่อเยื่อบุหลอดเลือดและการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง เมื่อผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด การสูบบุหรี่ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นมาตรการสำคัญในการลดความเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อย่างไรก็ตาม การเลิกสูบบุหรี่มีความซับซ้อนจากการพึ่งพานิโคติน ความเครียด ความเคยชิน และสิ่งกระตุ้นทางสังคม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของบุหรี่เพียงอย่างเดียวจึงอาจไม่เพียงพอ องค์การอนามัยโลกเสนอแนวทาง 5A's ได้แก่ การสอบถามสถานะการสูบ การแนะนำให้เลิก การประเมินความพร้อม การช่วยวางแผน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง[4] เภสัชกรสามารถประยุกต์แนวทางดังกล่าวร่วมกับการประเมินยา โรคร่วม อาการไม่พึงประสงค์ และความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่โดยบุคลากรเภสัชกรรมช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ได้[5]

เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ข้อความผ่านโทรศัพท์มือถือ แอปพลิเคชัน และระบบให้บริการทางไกล สามารถใช้เป็นช่องทางเสริมการให้คำปรึกษาและการติดตาม ช่วยลดข้อจำกัดด้านเวลาและการเดินทาง และเพิ่มความต่อเนื่องของบริการ[6] อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยแต่ละรายมีความพร้อมและทักษะด้านดิจิทัลแตกต่างกัน จึงควรใช้เทคโนโลยีร่วมกับความช่วยเหลือจากบุคลากร ไม่ใช่ใช้ทดแทนบริการแบบเผชิญหน้าทั้งหมด

โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วมอย่างต่อเนื่อง การมารับยาและติดตามการรักษาจึงเป็นโอกาสในการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และติดตามการเลิกสูบบุหรี่ แต่การดูแลเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการความอยากและสิ่งกระตุ้นในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์แนวทาง 5A's ร่วมกับการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร และส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่าน QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand เพื่อสนับสนุนการลดและเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการพึ่งพานิโคติน ความพร้อม และอุปสรรคต่อการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล โดยประยุกต์ใช้แนวทาง 5A's และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR

3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและระดับการพึ่งพานิโคตินก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรม รวมทั้งศึกษาการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมภายหลังได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตผล และการสะท้อนผล เพื่อพัฒนาและประเมินโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ร่วมกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ และมารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน คัดเลือกตามเกณฑ์ ได้แก่ อายุ 18–75 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ สามารถสื่อสารภาษาไทยและใช้สมาร์ตโฟนได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามตามกำหนด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมทั้งหมดได้รับการประเมินเชิงปริมาณก่อนและหลังโปรแกรม และสัมภาษณ์เชิงคุณภาพภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัยคือโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ ซึ่งประยุกต์แนวทาง 5A’s ได้แก่ Ask, Advise, Assess, Assist และ Arrange ร่วมกับการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล การประเมินยาและผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่าน QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand เครื่องมือเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แบบประเมิน Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) แบบบันทึกผลลัพธ์ก่อนและหลังโปรแกรม และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และความคิดเห็นต่อโปรแกรม

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Planning ประเมินสถานการณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการพึ่งพานิโคติน ความพร้อม อุปสรรคด้านยา และความพร้อมด้านดิจิทัล 2) Acting ให้คำปรึกษาตามแนวทาง 5A’s กำหนดเป้าหมายและแผนลดหรือเลิกสูบบุหรี่เฉพาะบุคคล ประเมินยา และแนะนำการเข้าถึงบริการผ่านช่องทางดิจิทัล 3) Observing ประเมินจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน คะแนน FTND และการเข้าถึงบริการภายหลังได้รับโปรแกรม และ 4) Reflecting สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมทั้ง 14 คน เพื่อนำประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะมาสังเคราะห์เป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการในรอบถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันและคะแนน FTND ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วย Paired-samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยถอดความ กำหนดรหัส จัดกลุ่มข้อมูล และสังเคราะห์เป็นข้อค้นพบหลัก จากนั้นบูรณาการกับผลเชิงปริมาณตามวงจร PAOR

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมก่อนเก็บข้อมูล โดยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวม

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วยสถานการณ์ก่อนดำเนินงาน กระบวนการพัฒนาตามวงจร PAOR ผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรม การเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล และข้อค้นพบเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. สถานการณ์ก่อนดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 92.86 อายุเฉลี่ย 59.50±8.64 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.21±4.53 ปี และมีประวัติสูบบุหรี่เฉลี่ย 40.60±11.80 ปี โดยสูบบุหรี่เฉลี่ย 10.14±4.59 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่มีระดับการพึ่งพานิโคตินต่ำ ร้อยละ 71.43 และเคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 64.29

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=14)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)/Mean±SD
เพศชาย	13 (92.86)
อายุ (ปี)	59.50±8.64
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)	6.21±4.53
อายุเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ (ปี)	19.00±4.50
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ปี)	40.60±11.80
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)	10.14±4.59
เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่	9 (64.29)
การพึ่งพานิโคตินระดับต่ำ	10 (71.43)
อยู่ในระยะ Contemplation	5 (35.71)
สนใจเข้าร่วมบริการดิจิทัล	7 (50.00)

อุปสรรคต่อการเลิกสูบบุหรี่ที่พบมากที่สุด คือความหงุดหงิดหรือความเครียด ร้อยละ 31.25 รองลงมาคือการมีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ ร้อยละ 18.75 ส่วนอาการอยากสูบบุหรี่ อาการถอนนิโคติน และความเคยชินพบเท่ากัน ร้อยละ 12.50 สำหรับผู้ที่เคยใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ พบปัญหาด้านประสิทธิผล อาการไม่พึงประสงค์ และข้อควรระวังจากโรคร่วมหรือการใช้ยาหลายชนิด

2. กระบวนการพัฒนาตามวงจร PAOR ระยะ Planning ใช้ข้อมูลพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับการพึ่งพานิโคติน ความพร้อม อุปสรรคด้านพฤติกรรมและยา รวมทั้งความพร้อมด้านดิจิทัลในการออกแบบกิจกรรมเฉพาะบุคคล ระยะ Acting ดำเนินการตามแนวทาง 5A's โดยเภสัชกรให้คำปรึกษา ประเมินยา ร่วมกำหนดเป้าหมายและแผนลดหรือเลิกสูบบุหรี่ และแนะนำการเข้าถึงบริการผ่าน QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand ระยะ Observing ประเมินผลลัพธ์หลังได้รับโปรแกรม และระยะ Reflecting นำผลเชิงปริมาณและประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมมาสังเคราะห์เพื่อปรับปรุงระบบบริการ

3. ผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายหลังได้รับโปรแกรม จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงเฉลี่ย 4.07 มวน และคะแนนการพึ่งพานิโคตินลดลงเฉลี่ย 1.50 คะแนน โดยทั้งสองผลลัพธ์แตกต่างจากก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=14)

ผลลัพธ์	ก่อน Mean±SD	หลัง Mean±SD	Mean difference	t	95% CI	p-value
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)	10.14±4.59	6.07±3.34	4.07	6.924	2.80–5.34	<.001
คะแนน FTND	3.14±2.18	1.64±1.45	1.50	5.967	0.96–2.04	<.001

4. การเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

ผู้สนใจใช้บริการดิจิทัลจำนวน 7 คน มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นทุกคน สามารถสแกน QR Code ได้ 4 คน และลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้ 3 คน ขณะที่ 3 คนยังต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 3 การเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (n=7)

ผลการเข้าถึงบริการ	จำนวน (ร้อยละ)
มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	7 (100.00)
มี LINE และสามารถสแกน QR Code ได้	4 (57.14)
ลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้	3 (42.86)
ต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่	3 (42.86)

5. ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้เข้าร่วมทั้ง 14 คน ภายหลังได้รับโปรแกรม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สังเคราะห์ได้ 7 ข้อค้นพบหลัก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อค้นพบเชิงคุณภาพภายหลังได้รับโปรแกรม (n=14)

ข้อค้นพบหลัก	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (คน)
1. การรับรู้ความเสี่ยงและแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น	11
2. การกำหนดเป้าหมายและวางแผนเฉพาะบุคคลช่วยให้ลดจำนวนบุหรี่ได้	10
3. ความเครียด ความอยาก ความเคยชิน และสังคมยังเป็นอุปสรรคสำคัญ	9
4. การจัดการอาการถอนและสิ่งกระตุ้นช่วยให้ควบคุมการสูบได้ดีขึ้น	8
5. บทบาทของเภสัชกรช่วยเพิ่มความมั่นใจด้านยาและความปลอดภัย	8
6. การติดตามต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในกระบวนการลดและเลิกสูบบุหรี่	10
7. เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการ แต่บางรายยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากร	7

ผู้ให้ข้อมูล 11 คนสะท้อนว่า ภายหลังได้รับคำอธิบายที่เชื่อมโยงผลกระทบของการสูบบุหรี่กับโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วม และยาที่ใช้อยู่ ทำให้ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือดและมีแรงจูงใจในการลดหรือเลิกสูบบุหรี่มากขึ้น ดังคำกล่าวว่า “เมื่อก่อนก็รู้ว่าบุหรี่ไม่ดี แต่ไม่ได้คิดว่ามันเกี่ยวกับความดันกับหัวใจของตัวเองขนาดนี้ พอเภสัชกรอธิบายก็เลยอยากลดจริงจัง” (P03)

ผู้ให้ข้อมูล 10 คนเห็นว่า การร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนเฉพาะบุคคลช่วยให้การลดบุหรี่ปฏิบัติได้จริง วิธีที่นำไปใช้ ได้แก่ การกำหนดจำนวนมวนสูงสุดต่อวัน การเลื่อนเวลาสูบบุหรี่มวนแรก การไม่พกบุหรี่จำนวนมาก การหลีกเลี่ยงการสูบหลังรับประทานอาหาร และการทำกิจกรรมอื่นทดแทน การกำหนดเป้าหมายอย่างเป็นขั้นตอนทำให้ผู้ที่ยังไม่สามารถหยุดสูบได้ทันทีสามารถมองเห็นความก้าวหน้าของตนเองและคงอยู่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูล 9 คนยังพบอุปสรรคจากความเครียด ความหงุดหงิด ความอยากสูบบุหรี่ ความเคยชิน และการอยู่ร่วมกับเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะ

ช่วงเวลาหรือสถานการณ์ที่เคยสูบเป็นประจำ แสดงให้เห็นว่าแม้ระดับการพึ่งพานิโคตินลดลง แต่ปัจจัยด้านอารมณ์ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมทางสังคมยังมีผลต่อความเสี่ยงในการกลับไปสูบบุหรี่

ผู้ให้ข้อมูล 8 คนนำวิธีจัดการความอยากและอาการถอนที่ได้รับคำแนะนำไปใช้ เช่น การดื่มน้ำ หายใจช้าและลึก เดินออกจากบริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่ หากิจกรรมอื่นทำ ลดการดื่มสุรา และชะลอการสูบบุหรี่ โดยผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งระบุว่า “พอรู้ว่าความอยากไม่ได้อยู่นานตลอด ก็ลองรอไว้ก่อน หาอะไรทำ สุดท้ายบางครั้งก็ผ่านไปโดยไม่ได้สูบ” (P01) ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าการเตรียมวิธีจัดการล่วงหน้าช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเมื่อเผชิญสิ่งกระตุ้น

ด้านการดูแลโดยเภสัชกร ผู้ให้ข้อมูล 8 คนมีความมั่นใจเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวิธีใช้ อาการไม่พึงประสงค์ ข้อควรระวัง และความเหมาะสมกับโรคประจำตัวหรือยาที่รับประทานอยู่ การให้คำปรึกษาจึงไม่ได้จำกัดเฉพาะการปรับพฤติกรรม แต่ครอบคลุมการบริบาลด้านยาและความปลอดภัย ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมและใช้ยาหลายชนิด

ผู้ให้ข้อมูล 10 คนเห็นว่า การติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเตือนให้ทบทวนเป้าหมาย เปิดโอกาสให้รายงานปัญหา และปรับแผนเมื่อไม่สามารถลดบุหรี่ได้ตามที่กำหนด การติดตามโดยไม่ตำหนิยังช่วยให้ผู้ป่วยมองการกลับไปสูบบุหรี่บางครั้งเป็นปัญหาที่สามารถวิเคราะห์และแก้ไขได้ มากกว่ามองว่าเป็นความล้มเหลวของการเลิกสูบบุหรี่ทั้งหมด

สำหรับเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สนใจทั้ง 7 คนเห็นว่า QR Code, LINE Official Account และ Telehealth Thailand ช่วยให้ทราบช่องทางรับข้อมูลและติดต่อบริการได้สะดวกขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการใช้งานแตกต่างกัน ผู้ป่วยบางรายสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ขณะที่บางรายไม่มี LINE หรือไม่สามารถลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้และต้องได้รับการสาธิตจากเจ้าหน้าที่ ผู้ให้ข้อมูลจึงเห็นว่าช่องทางดิจิทัลควรเป็นเครื่องมือเสริม ไม่ควรทดแทนการพูดคุยกับบุคลากรหรือบริการแบบพบหน้าโดยสมบูรณ์

เมื่อบูรณาการผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามกระบวนการ PAOR พบว่า การลดจำนวนบุหรี่และคะแนนการติดนิโคตินภายหลังได้รับโปรแกรมเกิดจากองค์ประกอบหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ การประเมินปัญหาเฉพาะบุคคล การสร้างการรับรู้ความเสี่ยง การให้คำปรึกษาตามแนวทาง 5A’s การกำหนดเป้าหมายที่ปฏิบัติได้ การจัดการความอยากและอาการถอน การดูแลด้านยาโดยเภสัชกร และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่วนเทคโนโลยีดิจิทัลทำหน้าที่เพิ่มช่องทางและความต่อเนื่องในการเข้าถึงบริการ โดยความเครียด สิ่งกระตุ้นทางสังคม และความพร้อมด้านดิจิทัลเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ควรนำไปใช้ปรับปรุงโปรแกรมในวงจรต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างลดจำนวนบุหรี่จากเฉลี่ย 10.14 ± 4.59 เหลือ 6.07 ± 3.34 มวนต่อวัน และคะแนนการติดนิโคตินลดจาก 3.14 ± 2.18 เหลือ 1.64 ± 1.45 คะแนน แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สะท้อนว่าโปรแกรมที่ผสานกระบวนการ 5A’s การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร การกำหนดเป้าหมายรายบุคคล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง อาจช่วยให้ผู้ป่วยลดการสูบบุหรี่และการพึ่งพานิโคตินได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังไม่สามารถยืนยันผลต่อการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในระยะยาวได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Kuwalairat และคณะ[7] ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 176 คน ซึ่งพบว่าจำนวนบุหรี่ลดจาก 12.4 ± 7.9 เหลือ 2.7 ± 3.5 มวนต่อวัน ($p=.001$) และมีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้เมื่อครบ 1 ปีร้อยละ 30.7 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของธนะวัฒน์ รวมสุก และ

คณะ[8] ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 27 คน ซึ่งพบว่าร้อยละ 70.37 ลดจำนวนบุหรี่ ร้อยละ 18.52 เลิกสูบบุหรี่ได้ในช่วง 7 วัน และคะแนนการติดนิโคตินลดจาก 3.59 ± 1.84 เหลือ 2.41 ± 1.18 คะแนน (p<.001)

ผลด้านการติดนิโคตินยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ketpratum และ Inchaithep[9] ในผู้สูบบุหรี่ 54 คน ซึ่งพบว่าคะแนนการติดนิโคตินลดจาก 5.98 ± 1.22 เหลือ 2.41 ± 0.74 คะแนน (p<.01) แสดงให้เห็นว่าการประเมินระดับการติดนิโคตินร่วมกับการให้คำปรึกษาและติดตามอย่างเป็นระบบมีความสำคัญต่อการปรับแผนช่วยเลิกบุหรี่ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

บทบาทของเภสัชกรมีความสำคัญโดยเฉพาะการประเมินความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่ การแนะนำวิธีใช้ และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของทวนธน บุญลือ และคณะ[10] ซึ่งพบว่าทั้งกลุ่มที่ได้รับ nortriptyline และหมากฝรั่งนิโคตินสามารถลดจำนวนบุหรี่ได้ แต่พบอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่ม nortriptyline 8 ราย เทียบกับ 3 รายในกลุ่มหมากฝรั่งนิโคติน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.022) ขณะที่การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Jayanthi R. Appalasamy และคณะ[11] จำนวน 12 การศึกษา พบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของเภสัชกรช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อมั่น และการปฏิบัติงานด้านการช่วยเลิกบุหรี่ของเภสัชกร ผลดังกล่าวสนับสนุนการจัดให้เภสัชกรเป็นส่วนหนึ่งของทีมช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบ

แม้กลุ่มตัวอย่างจะลดจำนวนบุหรี่และระดับการติดนิโคตินได้ แต่ความเครียด ความอยาก ความเคยชิน และการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Utap และคณะ[12] ซึ่งพบว่าในผู้ที่กลับไปสูบบุหรี่ ความเครียดและแรงกดดันจากเพื่อนเป็นสาเหตุร้อยละ 64.5 ในกลุ่มที่ได้รับกระบวนการ 5A's และร้อยละ 62.8 ในกลุ่มควบคุม ส่วนอาการถอนนิโคตินหรือความอยากสูบพบร้อยละ 23.6 และ 21.7 ตามลำดับ ดังนั้น การติดตามควรครอบคลุมการจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การฝึกปฏิเสธ และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

สำหรับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สนใจทั้ง 7 คนมีความเข้าใจช่องทางบริการเพิ่มขึ้น แต่มีเพียง 4 คนที่ใช้ LINE และสแกน QR Code ได้ และ 3 คนลงทะเบียน Telehealth Thailand ได้ ขณะที่ 3 คนต้องได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ แสดงว่าเทคโนโลยีดิจิทัลควรใช้เป็นช่องทางเสริมควบคู่กับบริการโดยบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexander Rupp และคณะ[13] ในประเทศเยอรมนี จำนวน 661 คน ซึ่งพบว่าหลังติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันเลิกสูบบุหรี่มีอัตราการไม่สูบบุหรี่ในช่วง 7 วันร้อยละ 20.2 เทียบกับร้อยละ 10.5 ในกลุ่มควบคุม (p<.001) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ประเมินเพียงการเข้าถึงเทคโนโลยี จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นสาเหตุโดยตรงของการลดจำนวนบุหรี่

ข้อค้นพบเชิงคุณภาพที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงและการกำหนดเป้าหมายเฉพาะบุคคลช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการลดบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของธนะวัฒน์ รวมสุก และคณะ[8] ซึ่งพบว่าภายหลังได้รับรูปแบบส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มจาก 15.41 ± 3.42 เป็น 19.48 ± 2.68 คะแนน และการรับรู้ความเสี่ยงเพิ่มจาก 15.41 ± 3.08 เป็น 17.63 ± 3.18 คะแนน (p<.001) แสดงให้เห็นว่าการเชื่อมโยงผลกระทบของบุหรี่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอาจช่วยเสริมแรงจูงใจและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การที่ผู้เข้าร่วมนำวิธีจัดการความอยากและอาการถอนมาใช้ ขณะที่ความเครียด ความเคยชิน และการอยู่ร่วมกับผู้สูบบุหรี่ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Utap และคณะ[12] ซึ่งพบว่าในผู้ที่กลับไปสูบบุหรี่ ความเครียดและแรงกดดันจากเพื่อนเป็นสาเหตุร้อยละ 64.5 ในกลุ่มที่

ได้รับกระบวนการ 5A's และร้อยละ 62.8 ในกลุ่มควบคุม ส่วนอาการถอนนิโคตินหรือความอยากสูบพบร้อยละ 23.6 และ 21.7 ตามลำดับ ผลดังกล่าวแสดงว่าการลดการพึ่งพานิโคตินเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ แต่ควรจัดการปัจจัยด้านอารมณ์ความเคยชิน และสิ่งกระตุ้นทางสังคมร่วมด้วย

ข้อค้นพบเกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรสอดคล้องกับการศึกษาของทวนธน บุญลือ และคณะ[10] ซึ่งพบว่าทั้งกลุ่มที่ได้รับ nortriptyline และหมากฝรั่งนิโคตินสามารถลดจำนวนบุหรี่ได้ แต่พบอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่ม nortriptyline 8 ราย เทียบกับ 3 รายในกลุ่มหมากฝรั่งนิโคติน (p=.022) และสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Appalasamy และคณะ[11] จำนวน 12 การศึกษา ซึ่งพบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะของเภสัชกรช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อมั่น และการปฏิบัติงานด้านการช่วยเลิกบุหรี่ของเภสัชกร จึงสนับสนุนว่าการดูแลโดยเภสัชกรควรครอบคลุมทั้งการปรับพฤติกรรม การเลือกผลิตภัณฑ์ และการติดตามความปลอดภัยด้านยา

การติดตามอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ Kuwalairat และคณะ[7] ซึ่งติดตามผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เดือนที่ 1, 2 และ 6 และเมื่อครบ 1 ปี พบว่าจำนวนบุหรี่ลดจาก 12.4 ± 7.9 เหลือ 2.7 ± 3.5 มวนต่อวัน (p=.001) และมีอัตราเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 30.7 รวมทั้งสอดคล้องกับการทบทวนของ Carson-Chahhoud และคณะ[5] ซึ่งพบว่าการสนับสนุนด้านพฤติกรรมแบบเข้มข้นโดยบุคลากรเภสัชกรรมเพิ่มโอกาสเลิกสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับการสนับสนุนแบบความเข้มข้นต่ำ (RR=2.30, 95% CI=1.33–3.97) แสดงให้เห็นว่าการติดตามและปรับแผนอย่างต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญของบริการช่วยเลิกบุหรี่

ส่วนข้อค้นพบที่ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการ แต่ผู้ป่วยบางรายยังต้องได้รับความช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rupp และคณะ[13]ในผู้สูบบุหรี่ 661 คน ซึ่งพบว่าหลังติดตาม 6 เดือน กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันมีอัตราการไม่สูบบุหรี่ในช่วง 7 วันร้อยละ 20.2 เทียบกับร้อยละ 10.5 ในกลุ่มควบคุม (p<.001) และสอดคล้องกับการทบทวนของ Li และคณะ[6] ซึ่งพบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลหลายรูปแบบมีศักยภาพสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ว่าเทคโนโลยีควรใช้เป็นช่องทางเสริมร่วมกับบริการโดยบุคลากร เนื่องจากผู้ป่วยมีความพร้อมและทักษะดิจิทัลแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรบูรณาการโปรแกรมเภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่เข้าสู่บริการประจำของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประเมินการสูบบุหรี่และระดับการติดนิโคติน พร้อมให้คำปรึกษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ควรใช้ LINE, QR Code และ Telehealth เป็นช่องทางเสริมในการให้ข้อมูลและติดตามผู้ป่วย โดยยังคงบริการแบบพบหน้าและจัดเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัล

3. ควรเพิ่มกิจกรรมจัดการความเครียด ความอยากสูบ สิ่งกระตุ้นทางสังคม และการป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุม เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และติดตามผลอย่างน้อย 6–12 เดือน พร้อมประเมินการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตัวชี้วัดทางชีวเคมี เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมและเทคโนโลยีดิจิทัลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2026). Tobacco and nicotine [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 Sep 12]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco
2. World Health Organization Thailand.(2026). Thailand's leadership in tobacco control recognized on World No Tobacco Day 2026 [Internet]. Bangkok: World Health Organization Thailand; 2026 [cited 2026 Sep 12]. Available from: https://www.who.int/thailand/news/detail/03-06-2026-thailand-s-leadership-in-tobacco-control-recognized-on-world-no-tobacco-day-2026
3. สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์.(2567). รายงานวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานจังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กาฬสินธุ์: สำนักงานสถิติจังหวัดกาฬสินธุ์; 2567 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://kalasin.nso.go.th/images/E-book/Pocket-Book2567-1.pdf
4. World Health Organization.(2024). WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024.
5. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, et al.(2019). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;2019(10):CD003698. doi:10.1002/14651858.CD003698.pub3.
6. Li S, Li Y, Xu C, Tao S, Sun H, Yang J, et al.(2025). Efficacy of digital interventions for smoking cessation by type and method: a systematic review and network meta-analysis. Nat Hum Behav. 2025;9(10):2054–65. doi:10.1038/s41562-025-02295-2.
7. Kuwalairat P, Sornkate R, Lertsinudom S.(2015). Smoking cessation outcome in NCD clinic of Thailand community hospital: pharmacist-led. Isan J Pharm Sci. 2015;11(4):83–103. doi:10.14456/ijps.2015.21.
8. ธนะวัฒน์ รวมสุก, พิมพัฒน์ จันทร์เทียน, ชุณฑิภา พลอยสุวรรณ, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, สุภิตรา ดวงบุญพิทักษ์.(2568). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้สื่อนวัตกรรมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารพยาบาล. 2568;74(1):50–9.
9. Ketpratum P, Inchaithep S.(2022). Effects of the one-stop smoking cessation nursing service in the non-communicable chronic disease clinic, Thoen Hospital. J Nurs Public Health Res. 2022;3(1):49–62.
10. ทวนธน บุญลือ, ประสิทธิชัย พูลผล, ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา, กรกต ชัยยนต์, อนุชา นิติธรรม.(2565). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเลิกบุหรี่โดยเภสัชกรในร้านยา: กรณีศึกษาร้านยามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565;14(1):44–53.
11. Appalasamy JR, Selvaraj A, Wong YH, Dujaili JA, Kow CS.(2022). Effects of educational interventions on the smoking cessation service provided by community pharmacists: a systematic review. Res Social Adm Pharm. 2022;18(9):3524–33. doi:10.1016/j.sapharm.2022.01.008.
12. Utap MS, Tan CPL, Su AT.(2019). Effectiveness of a brief intervention for smoking cessation using the 5A model with self-help materials and using self-help materials alone: a randomised controlled trial. Malays Fam Physician. 2019;14(2):2–9.
13. Rupp A, Rietzler S, Di Lellis MA, Weiland T, Tschirner C, Kreuter M.(2024). Digital smoking cessation with a comprehensive guideline-based app: results of a nationwide, multicentric, parallel, randomized controlled trial in Germany. Nicotine Tob Res. 2024;26(7):895–902. doi:10.1093/ntr/ntae009.

การพัฒนารูปแบบและกระบวนการดูแลและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุราโดยชุมชนด้วยกลไก “ธรรมนำทาง” กรณีศึกษาศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Community-Based Care and Rehabilitation Model for Individuals with Alcohol Use Disorders through the “Dhamma-Guided Recovery” Mechanism: A Case Study of Wat Pa Kao Hug-Chumchon Center, Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

อุไรวรรณ ฐิติวัฒนากูล[1] อนุธิดา ขันทะมูล[2] สุวิทย์ชัย ทองกูล[3]
Uraiwan Thitiwattanakul[1], Anuthida Khantamoon[2], Suwitchai Thongkun[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุรา และ 2) ศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ ณ ศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (เลขที่ SSJ.UB 04.011) ประชากรในการศึกษาจาก 191 ครัวเรือน รวม 440 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง และสุ่มอย่างง่าย รวมทั้งสิ้น 30 คน ได้แก่ ผู้มีปัญหาสุรา 10 คน, บุคลากรสาธารณสุข 9 คน, พระสงฆ์วิทยากร 3 รูป และผู้นำชุมชน/อสม. 8 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึก Focus Group, แบบประเมินคัดกรอง ASSIST, แบบสำรวจข้อมูลครัวเรือน, แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) และแบบบันทึกการติดตามนำหนุนใจ (ครั้งที่ 1-7) (IOC = 0.80, ความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.82) ดำเนินการ 3 ระยะตามวงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart วิเคราะห์ข้อมูลเชิงบริบทด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน ASSIST ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test และเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิต (TMHI-15) ด้วยสถิติ Paired t-test พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบ “ธรรมนำทาง” (Dhamma-Guided Recovery) ที่พัฒนาขึ้นเป็นกลไกสานพลังไตรภาคี (พระสงฆ์ บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน/อสม. ร่วมกับอดีตผู้เลิกสุรา) เริ่มจากกิจกรรม Harm Reduction กลุ่มสมาชิกในชุมชนและเยาวชน ต่อด้วยค่ายปฏิบัติการ “รู้ ธรรม อยู่วัด” 7 วัน 6 คืน (บูรณาการความรู้สุขภาพ หลักพุทธธรรม/สติปัฏฐาน 4 และการฝึกอาชีพ) และกระบวนการติดตาม “นำ หนุน ใจ” 7 ครั้งในระยะเวลา 12 เดือน ผลการติดตามหลังดำเนินโครงการครบ 12 เดือน ในกลุ่มกรณีศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนไม่มีผู้ดื่มสุราในระดับเสี่ยงสูงทุกวัน (ลดลงเหลือร้อยละ 0) ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราลดลงจากเดิมเฉลี่ยระดับชุมชน 62,610 บาท/เดือน เหลือเพียง 3,500 บาท/เดือน คะแนนประเมินระดับปัญหาการดื่มสุรา (ASSIST score) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($Z=-2.803, p<0.05$) ด้านสุขภาพจิตพบว่า คะแนนสุขภาพจิต (TMHI-15) ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t=4.12, p<0.05$) โดยไม่มีผู้ใดมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปอีกเลย (ร้อยละ 0) ชุมชนเกิดกติกาและพื้นที่ปลอดภัยในการยอมรับผู้ป่วยคืนสู่สังคมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การดูแลผู้มีปัญหาสุราโดยชุมชน, ธรรมนำทาง, ศูนย์ฮักชุมชน, ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (TMHI-15), การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ASSIST

ABSTRACT

This Action Research aimed to: 1) develop a community-based care and rehabilitation model for individuals with alcohol use disorders, and 2) evaluate its implementation outcomes at the Wat Pa Kao Hug-Chumchon Center, Non Sombun Subdistrict, Na Chaluai District, Ubon Ratchathani Province. The study received human research ethics approval from the Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office (SSJ.UB 04.011). The contextual study comprised 440 residents across 191 households. Purposive and simple random sampling methods were used to select 30 key

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกเทียม อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
[2] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

participants, including 10 individuals with alcohol use disorders, 9 healthcare personnel, 3 Buddhist monks, and 8 community leaders/village health volunteers (VHVs). Data collection instruments included Focus Group discussion logs, the ASSIST screening tool, household survey questionnaires, the Thai Mental Health Indicator (TMHI-15), and follow-up tracking logs (1st-7th sessions). The instruments demonstrated acceptable validity and reliability with an Item-Objective Congruence (IOC) of 0.80 and a Cronbach's Alpha coefficient of 0.82. The study followed the 3-phase PAOR cycle by Kemmis and McTaggart. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Ranks Test for ASSIST score comparisons, and the Paired t-test for TMHI-15 score comparisons, while qualitative data underwent Content Analysis.

The results revealed that, 1) The developed "Dhamma-Guided Recovery" model established a tripartite drive mechanism involving Buddhist monks, healthcare professionals, community leaders/VHVs, and former drinkers. The process initiated with Harm Reduction educational and preventive training for community members and youth, followed by a core 7-day, 6-night "Roo Dhamma" temple-based intervention camp (integrating health education, Dhamma/Satipatthana 4 principles, and vocational skills) and a 12-month follow-up process ("Nam-Noon-Jai") over 7 sessions. 2) At the 12-month follow-up among the case-study group, daily high-risk drinking dropped to 0%, and average household alcohol-related expenditures significantly decreased from the community baseline of 62,610 THB/month to 3,500 THB/month. ASSIST risk scores decreased significantly ($Z = -2.803$, $p < 0.05$). Furthermore, mental health scores (TMHI-15) showed a statistically significant improvement ($t = 4.12$, $p < 0.05$), with 0% remaining below normal mental health levels. The community successfully established local social norms and safe spaces for sustainable social reintegration.

Keywords: Community-Based Alcohol Care, Dhamma-Guided Recovery, Hug-Chumchon Center, TMHI-15, Action Research, ASSIST

บทนำ

ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขและสังคมที่สำคัญทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ จากรายงานของ U.S. Surgeon General ชี้ให้เห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อภาวะสุขภาพ สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาล และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผลกระทบจากการดื่มสุราไม่ได้จำกัดอยู่เพียงสุขภาพกายของผู้ดื่ม เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคตับ และอุบัติเหตุเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบสะเทือนถึงโครงสร้างเศรษฐกิจครัวเรือน ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ความก้าวร้าว และความขัดแย้งในครอบครัว[1] จากการสำรวจข้อมูลครัวเรือนของศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 191 ครัวเรือน ประชากร 440 คน พบว่าประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 87.90) มีพฤติกรรมการดื่มสุราในรอบ 3 เดือนก่อนดำเนินโครงการสูงถึงร้อยละ 32.0 (136 คน) โดยประเภทสุราที่นิยมดื่มสูงสุดคือเหล้าขาว (ร้อยละ 63.0) และมีรูปแบบการดื่มเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ครัวเรือนประสบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายสุราเฉลี่ยรวมกันสูงถึง 62,610 บาทต่อเดือน ตลอดจนส่งผลให้คะแนนดัชนีชี้วัดความสุข (สุขภาพจิต) ของประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.0) อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43 คะแนน)[2]

ที่ผ่านมา ระบบการดูแลบำบัดรักษาผู้ติดสุรามักพึ่งพากระบวนการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งมักประสบปัญหาผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราซ้ำเนื่องจากขาดระบบสนับสนุนทางสังคมและการติดตามในระยะยาว กระทรวงสาธารณสุข และแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุรา (ผรส.) จึงมีนโยบายส่งเสริมการบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment, CBTx) ร่วมกับระบบดูแลต่อเนื่อง (Recovery Support Services, RSS)[1] อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ติดสุราให้ยั่งยืนจำเป็นต้อง

อาศัยการฟื้นฟูมิติทางจิตวิญญาณและความเชื่อท้องถิ่นร่วมด้วย ชุมชนบ้านป่าก้าวมีต้นทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง คือ “วัดป่าก้าว” ซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวบ้าน คณะทำงานในพื้นที่จึงได้รวมตัวกันจัดตั้ง “ศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว” เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาสุราโดยผสานพลังไตรภาคีและหลักพุทธธรรมการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบและกระบวนการดูแลฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุราโดยชุมชนด้วยกลไก “ธรรมนำทาง” (Dhamma-Guided Recovery) เพื่อสร้างระบบนิเวศแห่งความห่วงใย คืนสุขภาพกาย จิตใจ และความสุขสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างยั่งยืน

ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นวิกฤตทางสาธารณสุขและสังคมระดับสากลและระดับประเทศ ตามรายงานของสำนักงาน Surgeon General แห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Health and Human Services, 2016) ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อโครงสร้างการทำงานของสมอง ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง สร้างภาระโรคเรื้อรัง และความสูญเสียทางเศรษฐกิจครัวเรือนอย่างมหาศาล สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่เกษตรกรและประชากรส่วนใหญ่ในชุมชนท้องถิ่นมักมีพฤติกรรมการดื่มสุราตามวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการเข้าสังคม ซึ่งส่งผลให้ครัวเรือนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสูง เกิดปัญหาความขัดแย้งความรุนแรงในครอบครัว และปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคกระเพาะอาหารและตับอักเสบวิกฤตดังกล่าวจึงเรียกร้องให้มีกระบวนการแก้ไขปัญหาที่เข้าถึงรากเหง้าของชุมชนอย่างแท้จริง[3]

ในอดีตการบำบัดผู้มีปัญหาสุราส่วนใหญ่พึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งมักพบอุปสรรคเรื่องการกลับไปดื่มซ้ำ (Relapse) เนื่องจากขาดระบบสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่ แนวสากลและนโยบายสาธารณสุขยุคใหม่จึงมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment, CBTx) ภายใต้กรอบแนวคิดระบบการดูแลที่เน้นการฟื้นฟู (Recovery-Oriented Systems of Care: ROSC) ซึ่ง Day และคณะ[4] ได้อธิบายไว้ว่า การพัฒนาบริการสนับสนุนการฟื้นฟู (Recovery Support Services, RSS) และการสร้างทุนฟื้นฟู (Recovery Capital) ควบคู่กับการดูแลต่อเนื่องระยะยาวอย่างน้อย 12 เดือน เป็นหัวใจสำคัญในการประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถรักษาสภาพการเลิกดื่มและคืนสู่สังคมได้อย่างมั่นคง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรชาติ ที่พบว่ากลไกการประสานความร่วมมือในระดับอำเภอและท้องถิ่นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราในระยะยาว[5]

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มีปัญหาสุราให้ยั่งยืน จำเป็นต้องได้รับการเยียวยาในมิติทางจิตวิญญาณร่วมด้วย ในระดับสากล de Andrade และคณะ (2023) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบพบว่า การประยุกต์ใช้องค์ประกอบทางศาสนาและจิตวิญญาณ (Religiosity and Spirituality) ร่วมกับการบำบัดแบบสหวิชาชีพ ช่วยฟื้นฟูจิตใจและลดพฤติกรรมการพึ่งพาสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (RCT) ของ Garland และคณะ[6] ซึ่งยืนยันว่าโปรแกรมการฝึกสติเชิงลึก (Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement: MORE) ช่วยปรับเปลี่ยนการทำงานของระบบประสาท ลดระดับความอยากสุรา (Craving) และเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมอารมณ์ทางลบได้ดีกว่าการบำบัดทั่วไป สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ พระปลัดสมโภชน์ และคณะ พบว่า การประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมและการเจริญสติปัฏฐาน 4 ในชุมชน ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจและเป็นเครื่องมือสำคัญในการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุรา[7]

การขับเคลื่อนงานในชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยกลไกการสนับสนุนจากบุคคลที่มีประสบการณ์ตรง สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Scannell[8] ที่ศึกษาบทบาทของพี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Workers) ในระบบการดูแล พบว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ตรงในการเลิกสุราทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมความไว้วางใจ ลดอคติและตราบาป (Stigma) ในชุมชน รวมถึงสร้าง

ความหวังให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่ นอกจากนี้ Lavilla-Gracia และคณะ[9] ได้ศึกษาทดลองพบว่า การใช้พี่เลี้ยงร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing, MI/BASICS) ส่งผลให้อัตราการหยุดดื่มสุราสืบเนื่องสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพในประเทศไทยที่ให้ความสำคัญกับการใช้ผู้เคยมีประสบการณ์เลิกสุรามาทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง “หนุนใจ”[10]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุราที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุรา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดวงจร PAOR ของ Kemmis and McTaggart[11] ผู้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) รวมทั้งสิ้น 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. ผู้มีปัญหาสุราที่เข้าร่วมกระบวนการกรณีศึกษา จำนวน 10 คน (มาจาก 8 ครัวเรือน มีสมาชิกในครัวเรือนรวม 22 คน โดยมาจากบ้านป่าก้าว หมู่ 4 จำนวน 5 คน, หมู่ 8 จำนวน 3 คน และบ้านแสนสุข หมู่ 6 จำนวน 2 คน)

2. คณะทำงานกลไกขับเคลื่อนชุมชน จำนวน 20 คน ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 9 คน, พระสงฆ์วิทยากร 3 รูป และผู้นำชุมชน/อสม. 8 คน

เครื่องมือในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (1) แบบบันทึกการประชุม Focus Group (2) แบบประเมินคัดกรองพฤติกรรมการดื่มสุรา ASSIST (3) แบบสำรวจข้อมูลครัวเรือนและผลกระทบจากสุรา (4) แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ [Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-15] (5) แบบบันทึกการติดตาม “นำหนุน ใจ” รายบุคคล (การติดตามครั้งที่ 1-7)

2) เครื่องมือในการดูแลและบำบัดฟื้นฟูรูปแบบ “ธรรมนำทาง” (Dhamma-Guided Recovery)เริ่มต้นจากกิจกรรมอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักตามแนวคิด Harm Reduction ตามด้วยค่ายปฏิบัติการ “รู้ ธรรม อยู่วัด 7 วัน 6 คืน” ณ วัดป่าก้าว ประกอบด้วย 3 หมวดเนื้อหาหลัก คือ ความรู้ด้านสุขภาพ, หลักพุทธธรรม/สติปัฏฐาน 4 และการฝึกทักษะอาชีพ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.80 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะตามวงจร PAOR

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาบริบทชุมชนและวางแผน (Plan)

สำรวจข้อมูลบริบทชุมชน สถานการณ์การดื่มสุรา และผลกระทบระดับครัวเรือนใน 191 ครัวเรือน จัดประชุม Focus Group คณะทำงาน 3 ฝ่าย (พระสงฆ์ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน/อสม.) เพื่อคืนข้อมูลปัญหา ค้นหาสาเหตุ และร่วมกันวางแผนออกแบบโครงสร้างรูปแบบ “ธรรมนำทาง”

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ (Act) และสังเกตการณ์ (Observe)

1. จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เพื่อส่งเสริมป้องกันและลดอันตรายจากการดื่มสุราตามแนวคิด Harm Reduction แก่สมาชิกในชุมชนและเยาวชน

2. การพัฒนาสมรรถนะคณะทำงาน 3 ฝ่าย และคัดกรองผู้มีปัญหาสุราด้วยแบบประเมิน ASSIST

3. จัดกิจกรรมค่ายปฏิบัติการ “รู้ ธรรม อยู่วัด” เป็นเวลา 7 วัน 6 คืน ณ วัดป่าก้าว นำกระบวนการโดย
พระวิทยากร บุคลากรสาธารณสุข และพี่เลี้ยงอดีตผู้เลิกสุรา

4. ดำเนินกิจกรรมติดตามระยะยาว “นำ หนุน ใจ” จำนวน 7 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 12 เดือน (สัปดาห์ที่ 1, สัปดาห์ที่ 2, เดือนที่ 2, เดือนที่ 3, เดือนที่ 6, เดือนที่ 9 และเดือนที่ 12)

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและสะท้อนคิด (Reflect)

ประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราด้วยแบบประเมิน ASSIST ซ้ำในการติดตามครั้งที่ 4-7 ประเมินคะแนนสุขภาพจิต (TMHI-15) และสรุปบทเรียนผลลัพธ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชนหลังครบ 12 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงบริบทภาพรวมชุมชนด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และมัธยฐาน สำหรับการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง แยกใช้สถิติตามลักษณะชุดข้อมูล ได้แก่ สถิติ Non-parametric (Wilcoxon Signed-Ranks Test) สำหรับเปรียบเทียบคะแนน ASSIST ของกลุ่มกรณีศึกษาขนาดเล็ก(N=10) และสถิติ Parametric (Paired t-test) สำหรับเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิต (TMHI-15) ของกลุ่มตัวอย่างครัวเรือนชุดเดิมที่มีการกระจายตัวปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 04.011 ลงวันที่ 4 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการดูแลและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุราโดยชุมชน “ธรรมนำทาง” (Dhamma-Guided Recovery) จากการสังเคราะห์และพัฒนาร่วมกัน ได้รูปแบบการขับเคลื่อนงานที่เรียกว่า “กลไกสามเหลี่ยมสานพลังไตรภาคี” ร่วมกับพลังผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์ตรง (อดีตผู้เลิกสุรา) โดยมีองค์ประกอบบทบาทหน้าที่ชัดเจน

- *พระสงฆ์* เป็นผู้นำหลักคิด ถ่ายทอดหลักพุทธธรรม (ศีล 5, อริยสัจ 4, อบายมุข 6) นำฝึกสมถกรรมฐานและวิปัสสนากรรมฐานตามแนวสติปัฏฐาน 4 ทำหน้าที่เป็นกัลยาณมิตร ไม่ตัดสิน ไม่ลงโทษ

- *บุคลากรสุขภาพ* ให้ความรู้ด้านพิษภัยสุรา ประเมินคัดกรองด้วย ASSIST ดูแลฟื้นฟูสุขภาพกาย และถ่ายทอดทักษะการให้คำปรึกษาแก่ทีมงาน

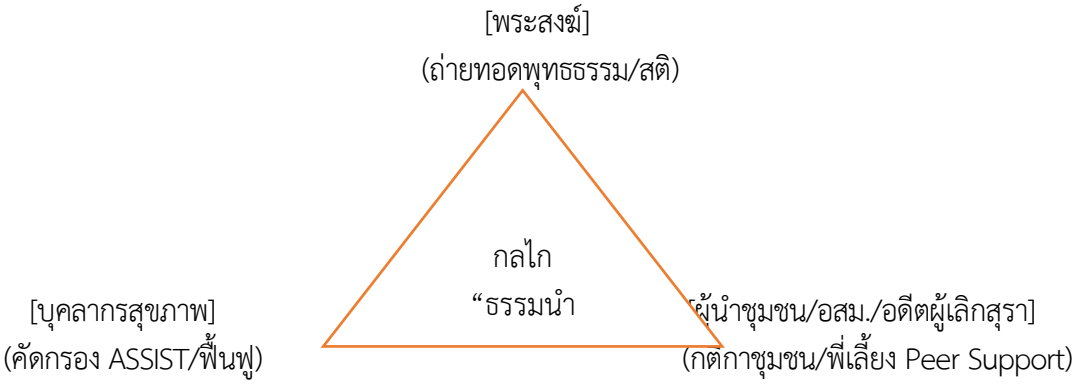
- *ผู้นำชุมชน/อสม. และอดีตผู้เลิกสุรา* สร้างกติกาชุมชน เปิดพื้นที่ปลอดภัย โดยใช้อดีตผู้เลิกสุราทำหน้าที่พี่เลี้ยง (Peer Support) ให้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Empathy) และเป็นหลักฐานที่มีชีวิต (Living Proof) เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ

กระบวนการหลักประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ คือ

1) กิจกรรมส่งเสริมป้องกันและ Harm Reduction อบรมสร้างความตระหนักแก่ชุมชนและเยาวชนก่อนเริ่มค่าย

2) ค่าย “รู้ ธรรม อยู่วัด” (7 วัน 6 คืน) ผสานการเรียนรู้สุขภาพ กิจกรรมบำบัด การฝึกสติปรับความคิด (สติปัฏฐาน 4) และฝึกอาชีพ

3) กระบวนการติดตาม “นำ หนุน ใจ” 7 ครั้ง (12 เดือน): ติดตาม ณ วัดป่าก้าว ในวันพระ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านหนุนใจรายบุคคล



ภาพที่ 1 *โครงสร้างกลไกสามเหลี่ยมสานพลังไตรภาคี “ธรรมนำทาง”*

2. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบธรรมนำทาง

จากการติดตามประเมินผลสืบเนื่อง 12 เดือน ทั้งในระดับภาพรวมชุมชน (191 ครัวเรือน) และระดับกลุ่มตัวอย่าง พบผลการเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

Table 1 Comparison of alcohol consumption, frequency, expenditure, and impacts before and 12 months after implementation in community and case-study groups

ประเด็นการประเมิน	ก่อนดำเนินโครงการ	หลัง 12 เดือน (ภาพรวม 191รัวเรือน)	หลัง 12 เดือน (กลุ่มกรณีศึกษา 8 ครัวเรือน)
1. สถานการณ์การดื่มสุรา (รอบ 3 เดือน)			
- ดื่มสุรา	32.00% (136 คน)	27.50% (121 คน)	27.30% (6 คน)
- ไม่ดื่มสุรา	68.00% (295 คน)	72.50% (319 คน)	72.70% (16 คน)
2. ความถี่ในการดื่มสุรา			
- ดื่มเสี่ยงสูง (ดื่มทุกวัน)	4.00% (6 คน)	7.40% (9 คน)	0.00% (0 คน)
- ดื่มเสี่ยงปานกลาง(2-4 ครั้ง/เดือน)	88.00% (119 คน)	91.00% (110 คน)	100.00% (6 คน)
- ดื่มเสี่ยงต่ำ (1 ครั้ง/เดือน)	8.00% (11 คน)	1.60% (2 คน)	-
3. ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุรารวม	62,610 บาท/เดือน	77,510 บาท/เดือน	3,500 บาท/เดือน
4. ผลกระทบที่พบในครัวเรือน			
- โรคกระเพาะอาหาร	134 ครัวเรือน	84 ครัวเรือน	1 ครัวเรือน
- ค่าใช้จ่ายสุราเพิ่มขึ้น	87 ครัวเรือน	27 ครัวเรือน	5 ครัวเรือน
- ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน	1 ครัวเรือน	5 ครัวเรือน	2 ครัวเรือน

Table 2 Pre- and post-test comparison of ASSIST scores (Wilcoxon test) and mental health scores (Paired t-test)

ตัวแปร/เครื่องมือประเมิน	ก่อนดำเนินโครงการ	หลังดำเนินโครงการ 12 เดือน	สถิติการทดสอบ	p-value
1. คะแนน ASSIST score (กรณีศึกษา 10 ราย)	28.50 (26.00, 31.00)*	12.00 (8.00, 15.00)*	Z —	< 0.05**
2. คะแนนสุขภาพจิต TMHI-15 (กลุ่มตัวอย่างชุดเดิม)	40.20 4.15**	52.60 3.80**	t	< 0.05***

** แสดงค่ามัธยฐานและควอร์ไทล์ที่ 1 และ 3 (Median, IQR) ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean SD) ใช้สถิติ Paired t-test*** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

จากตารางที่ 1 และ 2 แสดงให้เห็นว่า หลังการดำเนินงานครบ 12 เดือน ในกลุ่มกรณีศึกษา 10 ราย ไม่พบผู้ดื่มสุราในระดับเสี่ยงสูงทุกวันอีกเลย (ลดลงเหลือร้อยละ 0) ค่าใช้จ่ายในการดื่มสุราของกลุ่มกรณีศึกษาลดลงเหลือเพียง 3,500 บาท/เดือน ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารลดลงเหลือเพียง 1 ครัวเรือน คะแนนประเมินระดับปัญหาการดื่มสุรา (ASSIST score) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z — p) และคะแนนสุขภาพจิต (TMHI-15) ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t p) โดยไม่มีครัวเรือนใดมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปอีกเลย

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบ “ธรรมนำทาง” (Dhamma-Guided Recovery) ศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว ในการฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุราได้อย่างยั่งยืน โดยสามารถอภิปรายผลร่วมกับวรรณกรรมวิชาการสากลและในประเทศ ได้ดังนี้

ประการแรก การผสานมิติทางศาสนา จิตวิญญาณ และการฝึกสติ (Mindfulness & Faith-Based Intervention) การใช้ “วัด” เป็นศูนย์กลางในการทำค่าย “รู้ ธรรม อยู่วัด” ช่วยลดตราบาป (Stigma) และสร้างพื้นที่ปลอดภัย สอดคล้องกับรายงานของ de Andrade et al. (2023) ที่ระบุว่าการใช้องค์ประกอบทางศาสนาและจิตวิญญาณช่วยฟื้นฟูจิตใจผู้ติดสารเสพติดได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้กระบวนการเจริญสติปัฏฐาน 4 และสมถวิปัสสนากรรมฐาน ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (RCT) ของ Garland et al.[6] ซึ่งพบว่าโปรแกรมการฝึกสติเชิงลึก (Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement, MORE) ช่วยปรับเปลี่ยนระบบประสาทรับรู้ สามารถลดระดับความอยาก (Craving) และควบคุมอารมณ์ทางลบได้ดีกว่าการบำบัดทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ พระปลัดสมโภชน์ และคณะ[7] ที่ย้ำว่าหลักพุทธธรรมช่วยสร้างสติและภูมิคุ้มกันทางจิตใจป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

ประการที่สอง พลังสนับสนุนจากเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support) และการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) การใช้อดีตผู้เลิกสุรา 6 ท่านทำหน้าที่พี่เลี้ยง “นำ หนุน ใจ” สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Scannell[8] ที่พบว่าพี่เลี้ยงผู้ผ่านประสบการณ์ตรง (Peer Support Workers) เป็นสะพานเชื่อมสร้างความไว้วางใจ ลดการต่อต้าน และสร้างความหวังในการฟื้นตัว สอดคล้องกับผลการทดลองของ Lavilla-Gracia et al.[9] ที่ยืนยันว่าพี่เลี้ยงร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ (MI/BASICS) ส่งผลให้อัตราการหยุดดื่มสุราสืบเนื่องสูงขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติศักดิ์ และคณะ[10]

ประการที่สาม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการฟื้นฟูทุนทางสังคม (Family Engagement & Recovery Capital) ผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตครัวเรือน (TMHI-15) เพิ่มขึ้นสู่ระดับปกติและดีมาก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t p) สอดคล้องกับแนวคิดของ McCrady & Flanagan[13] ที่อธิบายว่าการดึงครอบครัวมาร่วมบำบัดช่วยลดปัจจัยกระตุ้นความขัดแย้ง และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สอดคล้องกับงานวิจัยของสุพิศ ยอแสง[12] และ สุจิตรา และชยพล[14]

ประการสุดท้าย การดูแลต่อเนื่องระยะยาว (Continuing Care) การติดตามอย่างสม่ำเสมอ 7 ครั้งใน 12 เดือน สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Recovery-Oriented System of Care (ROSC) ของ Day et al.[4] และรายงานของ U.S. Surgeon General[1] ที่ชี้ว่าภาวะติดสุราเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรชาติ ศุภสระ[5] และ เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน[3] ที่ย้ำความสำคัญของการใช้เครื่องมือ ASSIST คัดกรองและติดตามในระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย รูปแบบ “ธรรมนำทาง” (Dhamma-Guided Recovery) ศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว เป็นนวัตกรรมการดูแลผู้มีปัญหาสุราโดยชุมชนที่บูรณาการหลักพุทธธรรม วิทยาศาสตร์สุขภาพ และพลังสังคมได้อย่างลงตัว ช่วยให้ผู้มีปัญหาสุราลด/เลิกดื่มได้อย่างต่อเนื่อง สุขภาพกายและจิตใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p)

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) และ อบต. สามารถนำกลไกไตรภาคีและค่าย “รู้ธรรม อยู่วัด” ไปขยายผลประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น

2. ควรส่งเสริมอดีตผู้เลิกสุราให้ทำหน้าที่เป็นแกนนำพี่เลี้ยงเพื่อนช่วยเพื่อนในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว 2-3 ปี เพื่อประเมินอัตราการกลับไปดื่มซ้ำ

2. ควรประเมินผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เช่น มูลค่าเงินออมครัวเรือนและต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่ลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสมาคมฮักชุมชน ที่สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานโครงการ ขอขอบพระคุณคณะสงฆ์วัดป่าก้าว ผู้นำชุมชน อสม. ทีมสห-วิชาชีพ รพ.สต.โคกเทียม และชาวบ้านตำบลโนนสมบูรณ์ทุกท่าน ที่ร่วมแรงร่วมใจขับเคลื่อนกลไกธรรมนำทางจนเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

รูปประกอบ



การประชุมพัฒนารูปแบบการดูแลและฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุราและกิจกรรมลดอันตราย “Harm Reduction”



ธรรมวัด เช้า เย็น เรียนรู้ธรรม



กิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมบำบัด



การฝึกอาชีพ “ทำไม้กวาดทางมะพร้าว” และน้ำยาล้างจาน



นายอำเภอนาจะหลวย เป็นประธานพิธีบายศรีสู่ขวัญ มอบใบประกาศและพิธีปิดกิจกรรม “รู้ธรรม อยู่วัด 7 วัน 6 คืน”





กิจกรรมการติดตาม นำ หนุนใจ





การเสริมศักยภาพบุคลากรสุขภาพ พระสงค์และผู้นำชุมชน/อสม. และผู้เลิกสุรา

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General. Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health. Washington, DC: HHS; 2016.
2. ศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว. (2568). การสำรวจข้อมูลครัวเรือนของศูนย์ฮักชุมชนวัดป่าก้าว ตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี.
3. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน.(2564). การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ และคุณภาพชีวิตของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(3): 275-287.
4. Day E, Pechey LC, Roscoe S, Kelly JF.(2025). Recovery support services as part of the continuum of care for alcohol or drug use disorders. Addiction 2025; 120(8): 1497-1520.
5. ธีรชาติ ศุภสระ.(2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดสุรา อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2567; 5(1): 624-641.
6. Garland EL, Hanley AW, Nakamura Y, Barrett JW, Baker AK, Reese SE, et al.(2022). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement vs Supportive Group Therapy for Co-occurring Opioid Misuse and Chronic Pain in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2022; 182(4): 407-417.
7. พระปลัดสมโภชน์, และคณะ.(2567). แนวทางการประยุกต์ใช้หลักพุทธธรรมในการบำบัดรักษาและเสริมสร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุราในชุมชน. วารสาร มจร หริภุญชัยปริทรรศน์ 2567; 8(2): 112-125.
8. Scannell C.(2021). Voices of Hope: Substance Use Peer Support in a System of Care. Subst Abuse Res Treat 2021; 15: 1-7.
9. Lavilla-Gracia M, Pueyo-Garrigues M, Calavia Gil D, Esandi-Larramendi N, Alfaro-Diaz C, Canga-Armayor N.(2023). Peer-led BASICS intervention to reduce alcohol consumption and alcohol-related consequences among university students: a randomized controlled trial. Front Public Health 2023; 11: 1280840.
10. กิตติศักดิ์ และคณะ.(2566). พลังชุมชนและผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์ตรง (Peer Support): การเปลี่ยนผ่านจากผู้ติดสุราสู่ผู้สร้างแรงบันดาลใจ. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ 2566; 41(2): 45-58.
11. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.

12. สุพิศ ยอแสง.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและปริมาณการดื่มสุราในผู้ป่วยติดสุรา โรงพยาบาลโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2568; 10(4): 1291-1302.
13. McCrady BS, Flanagan JC.(2021). The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. Alcohol Res 2021; 41(1): 06.
14. สุจิตรา ยะวร, ชยพล ยะวร.(2567). การพัฒนารูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชุมชนสมบูรณ์พูนสุข จังหวัดลพบุรี. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2567; 18(1): 13-22.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL.11 NO.3 July - September 2026

Part III

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026
Part 3

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อควบคุมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน 648
นรีนุช จันทร์ฉวี ,ชวินทร์ สุวรรณฉัตรชัย

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อระดับความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ 657
รุ้งตะวัน จันคณา

ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด และค่าใช้จ่ายด้านยา ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม 665
จุฑามาส ใจพรหม ,เดชา มีสุข

มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส 678
สุพัตรา อันทรินทร์ และสุภาพร ประนัดทา

การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม 688
ลภัสรดา คำมุงคุณ

คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่..... 700
วรินธร พยาเทพ กุลวดี อภิชาติบุตร อรอนงค์ วิชัยคำ

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคภูมิแพ้จมูกในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด-19 712
ณัฐชรินธร ทวีพลอังศุชวาล

การพัฒนาสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ 721
วิไลวรรณ แสงธรรม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี โดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี 730
ธรณ์พัฒน์ กลับภิรมย์

การเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนกับการดูแลแบบทั่วไป อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย 743
ชัยพร อมรมุณีพงศ์ ,ยุทธนา แยบคาย

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู 756
ณฐกร จันทรเสนา ,สุณัฐชณา แสนมานิตย์ และอิทธิพล พลบูรณ์

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 768
สีนวล สารขันธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลต่อการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรม หลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย 780
จุฬาลักษณ์ พรพัฒนารักษ์ ,เบ็ญจวรรณ ทอดเสียง

การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร 795
พัชนี วังคะฮาต

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 807
รัตนา แก้วคุณนอก

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่อดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร 818
วราภรณ์ ยืนยั่ง

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมองและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 828
จุฬามณี สมใจ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026Part 3

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี 837
ประยงค์ เหลาพรหม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี 843
ไชยยันต์ อินทรศักดิ์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว 857
สมเจตน์ เณรรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 869
ศศิธร สุนรกุมภ์ ,สุพัตรา วัฒนเสน ,เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการทำงานของระบบประสาทในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตรัง: การศึกษา 879
สุนทร กิตติเชษฐ์

อัตราการลดลงของค่า eGFR และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคของไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ G2-G3a: การศึกษาแบบRetrospective Cohort ณ โรงพยาบาลพะเยา 887
ปกฉัตร ผ่องสวัสดิ์กุล ,ไกรรัตน์ คำดี

การประเมินแนวโน้มระดับน้ำตาลในเลือดในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน 898
ปรานทิพย์ ศรีสัตยกุล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทำหัตถการทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลดอนมดแดง 906
สิทธิศักดิ์ หลักทอง

การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์เพื่อยกระดับระบบตระหนักรู้สถานการณ์ด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 916
วรางคณา จันทรสุข ,ภันทิลา ทวีวิกยการ ,เจษฎา ธนกิจเจริญกุล ,ณัฐพล หอมหวล ,ธนัชชา ไทยธนสาร

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว 925
อรพิน พิมพาสูง

ผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก 934
นันธญา พันอินากูล

การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง 946
วารี เดชวงศ์ญา ,ชญาภา แสนหลวง ,อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์

การสลายตัวของวัสดุอินทรีย์ต่างชนิดกันต่อปริมาณการกระจายตัวของขนาดเม็ดดิน และการกักเก็บคาร์บอนในดินเค็มเนื้อทราย 958
ศกุนตลา สุภาสัย ,วิทยา ตรีโลเกศ ,อรรณพ พุทธโส ,นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก 967
นพภัสสร วิเศษ ,นิศารัตน์ วสยางกูร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช 976
ณิชา เขียวฤทธิ์

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus ของกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 988
สุจริต ศรียางค์

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 43 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป การใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน การพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย รูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อควบคุมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน

Lifestyle Modification Through Lifestyle Medicine to Control and Reduce Complications in Patients with Hypertension and Obesity

(Received: September 24, 2026; Revised: September 28,2026 ; Accepted: September 29,2026)

นรีนุช จันทร์ฉวี[1] ชวินทร์ สุวรรณฉัตรชัย[2]
Nareenuch Chanchawee[1] Chawin Suwanchatchai[2]

บทคัดย่อ

รายงานกรณีศึกษานี้เกี่ยวกับผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มา 8 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาเมื่อรู้สึกมีอาการมึนศีรษะ ครั้งนี้เข้ารับการรักษาด้วยอาการมึนศีรษะ และอ่อนเพลียบ่อยครั้ง ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 180/110 มม.ปรอท และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 30.46 กิโลกรัม/เมตร^2 จัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหลายด้าน ได้แก่ ชอบรับประทานข้าวเหนียวและอาหารรสจัด ไม่ชอบรับประทานผักผลไม้ เวลาเครียดมักจะชอบดื่มไวน์ ออกกำลังกายบ้างด้วยการเดินรอบบ้าน เคยลดน้ำหนักด้วยการรับประทานยา 3 ปี ก่อน ผู้ป่วยตระหนักได้ถึงปัญหาสุขภาพและเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วง 1 เดือน เริ่มไปออกกำลังกายกับเพื่อนด้วยการเดินที่สวนสาธารณะใกล้บ้าน 30 นาที/วัน 5 วัน/สัปดาห์ แต่ยังมีอาการอ่อนเพลีย มึนศีรษะบ่อยครั้ง จึงเข้ารับการปรึกษาในครั้งนี้ ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าอยู่ในระยะเริ่มลงมือปฏิบัติ เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แพทย์จึงใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้เข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ และป้องกันไม่ให้กลับไปสู่พฤติกรรมเดิมซ้ำอีก ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แนะนำปฏิบัติตัวและรับประทานยาต่อเนื่อง

แนวทางการรักษา วางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ครอบคลุม 6 เสาหลัก โดยมุ่งเน้นการควบคุมอาหารตาม แนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง ปรับลดเกลือแร่โซเดียมให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน เพิ่มการรับประทานผักตั้งแต่ 4 ส่วนบริโภคขึ้นไปต่อวัน ลดปริมาณข้าวเหนียวให้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมจำกัดอาหารแปรรูป รวมทั้งเพิ่มกิจกรรมทางกายด้วยการเดินเร็วควบคู่กับการออกกำลังกายเสริมสร้างแรงต้านของกล้ามเนื้อ รวมกันอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ลดการดื่มไวน์ และการจัดการความเครียด การนอนหลับที่เหมาะสม และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม มีการนัดติดตามผลทุก 2-4 สัปดาห์ โดยประเมินค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย สัดส่วนไขมันและกล้ามเนื้อ ทบทวนเป้าหมาย แรงจูงใจ และอุปสรรค ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน, การสร้างแรงจูงใจ

Abstract

This case describes a 48-year-old Thai woman, married, with an 8-year history of hypertension and poor medication adherence, presenting with recurrent dizziness and fatigue. Her blood pressure was 180/110 mmHg and BMI 30.46 kg/m² (obese). She reported unhealthy behaviors including frequent sticky rice and salty food intake, low fruit and vegetable consumption, stress-related wine drinking, and minimal exercise. She previously lost weight with medication but regained it after discontinuation. Over the past month, she recognized her health problems and began walking 30 minutes/day, 5 days/week with friends, but symptoms persisted. She was assessed in the Action stage of change. Motivational interviewing and family support were used to enhance adherence, prevent relapse, and encourage regular medication use.

The treatment plan applied the six pillars of Lifestyle Medicine, emphasizing the DASH diet with reduced sodium (<2,300 mg/day), ≥4 servings of vegetables/day, limited sticky rice and processed foods,

[1] โรงพยาบาลศรีสะเกษ
[2] สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

≥150 minutes/week of brisk walking and resistance training, reduced alcohol intake, stress management, adequate sleep, and healthy social connections. Follow-up was scheduled every 2–4 weeks to monitor blood pressure, BMI, and body composition. Goals, motivation, and barriers were reviewed regularly to maintain target blood pressure and lower the risk of complications.

Keywords: Lifestyle Medicine, Hypertension, Obesity, Motivation Interview

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีความสัมพันธ์กันทางพยาธิสรีรวิทยา[1,2] ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 7 พบประชากรมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 27.4 ล้านคน[3] ขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องในกลุ่มวัยทำงาน[4] ภาวะน้ำหนักเกินเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิได้ถึงร้อยละ 65–78[1] การมีโรคร่วมทั้งสองภาวะส่งผลให้เกิดการทำลายอวัยวะเป้าหมายเร็วขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตเรื้อรัง[2,5] กลไกการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของไต[1] การใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียวโดยไม่จัดการเนื้อเยื่อไขมันมักทำให้การควบคุมโรคล้มเหลว[1,6]

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงกำหนดให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเป็นพื้นฐานสำคัญในผู้ป่วยทุกราย[5,7] เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางบูรณาการ 6 เสาหลักเพื่อจัดการโรคที่สาเหตุ ได้แก่ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การงดสารเสพติด และสัมพันธภาพทางสังคม[8] ข้อจำกัดด้านเวลาและความเร่งรีบในการตรวจรักษาทำให้แพทย์มักเน้นการปรับยามากกว่าการปรับพฤติกรรม[9] แนวทางดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น[5]

กรณีศึกษานี้แสดงผลการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการบริบาลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การวางแผนปรับพฤติกรรมเฉพาะบุคคลควบคู่กับการวัดความดันโลหิตที่บ้านช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตและลดน้ำหนักตัวได้ตามเป้าหมาย เพื่อช่วยลดการใช้ยาและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการบริบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอ้วน ผ่านการติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต สัดส่วนร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมเสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนำไปปรับใช้ในระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพทางคลินิกแบบรายงานกรณีศึกษาเดี่ยว)Single-case Report) โดยดำเนินการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต) Lifestyle Medicine Clinic) เพื่อติดตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมโรคร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ

ข้อมูลผู้ป่วยและเกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา

กรณีศึกษาคือผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี อาชีพรับราชการ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาประมาณ 8 ปี แต่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีภาวะโรคอ้วนระดับที่ 2 (ดัชนีมวลกาย 30.46 กิโลกรัมต่อตารางเมตร(ผู้ป่วยมีอาการสำคัญคือมึนศีรษะและอ่อนเพลียต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ก่อนมาตรวจ วัดระดับความดันโลหิตแรกรับได้ 180/110 มิลลิเมตรปรอท เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยรายนี้มาจากภาวะความดันโลหิตที่ยังควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะอ้วนและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านวิถีชีวิตหลายด้าน โดยผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพและอยู่ในระยะเริ่มลงมือ

ปฏิบัติ)Action Stage) จึงเหมาะสมต่อการศึกษาผลลัพธ์ของการบริบาลด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเข้มข้น

เครื่องมือและการประเมินทางคลินิก

การรวบรวมข้อมูลใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและวิถีชีวิตตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลัก)Lifestyle Assessment) ครอบคลุมด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การหลีกเลี่ยงสารเสพติดแอลกอฮอล์ และ/ความสัมพันธ์ทางสังคม 2) เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติสำหรับวัดในสถานพยาบาลและการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน)Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) 3) เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย)InBody Analysis) เพื่อติดตามค่าน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย สัดส่วนมวลไขมัน และมวลกล้ามเนื้อ และ 4) แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิก)Clinical Laboratory Data) ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด)FBS) ระดับไขมันในเลือด)Lipid Profile) และการทำงานของไต)Renal Function)

กระบวนการให้การดูแลรักษา

กระบวนการดูแลรักษาใช้แนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง)Patient-Centered Care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีขั้นตอนการดำเนินการ ได้แก่

1) การประเมินความพร้อมและใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ)Motivational Interviewing: MI) ร่วมกับหลักการสื่อสาร OARS (Open-ended questions, Affirmation, Reflective listening, Summarizing) เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

2) การตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกันตามหลัก SMART Goals ทั้งระยะสั้น 3 เดือน นลดความดัง) โลหิตให้น้อยกว่า140/90 มิลลิเมตรปรอท ลดน้ำหนัก 4–5 กิโลกรัม และรับประทานยาสม่ำเสมอ และเป้าหมายระยะยาว (6–12 เดือน ลดน้ำหนักตัวให้ได้ร้อยละ)10 ขึ้นไป(

3) การให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเฉพาะบุคคลตาม 6 เสาหลัก โดยเน้นอาหารลดโซเดียมตามแนวทางอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (DASH Diet) การเพิ่มผักผลไม้ การเดินออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ การจัดการความเครียด และการจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม)Social Support) จากสมาชิกในครอบครัวเพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใหม่

5) การวางระบบการติดตามผลทางคลินิก โดยนัดตรวจติดตามทุก 2 สัปดาห์ในช่วงเดือนแรก และติดตามต่อเนื่องทุก 1 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรม ปรับการรักษา และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

การติดตามและการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก

การประเมินผลสัมฤทธิ์ดำเนินการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วยระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย องค์ประกอบร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิก ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามสั่ง และการประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพใหม่เพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมซ้ำ)Relapse Prevention)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเอกสารรายงานการรักษาตามระบบบริการปกติ จึงไม่เข้าข่ายการทดลองในมนุษย์โดยตรงและไม่ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์การนำข้อมูลมาใช้ทางวิชาการและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการปกปิดและแปลงเป็นรหัสเพื่อรักษาความลับ โดยไม่มีการระบุตัวตนในรายงาน ข้อมูลทั้งหมดถูก

จัดเก็บแยกในระบบที่มีการป้องกันความปลอดภัย เพื่อคุ้มครองสิทธิ์ของผู้รับบริการ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางคลินิกและการประเมินแรกรับ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง 8 ปี รับประทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการมึนศีรษะ สัญญาณชีพแรกรับพบอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 180/110 มิลลิเมตรปรอท การตรวจหัวใจไม่พบเสียงฟู่ ปลายมือปลายเท้าไม่อ่อนแรงและไม่บวม น้ำหนักตัว 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 30.46 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ระหว่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร)FBS) ระดับไขมันในเลือด)Lipid profile) ครีอะตินินในเลือด)Serum creatinine) อัตราการกรองของไต)eGFR) และการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ)Urinalysis) ผู้ป่วยบริโภคอาหารรสจัด ข้าวเหนียว ขาดผักผลไม้ ดื่มไวน์เมื่อเครียด เคยใช้ยาลดน้ำหนักเมื่อ 3 ปีก่อนจนน้ำหนักลดเหลือ 60 กิโลกรัม แล้วเกิดภาวะน้ำหนักตัวดีดกลับ 10 กิโลกรัมในรอบ 1 ปี ผู้ป่วยเริ่มเดินออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน มาเป็นเวลา 1 เดือน จัดอยู่ในระยะเริ่มลงมือปฏิบัติ (Action stage)

แพทย์วินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้)Uncontrolled stage 2 hypertension) ร่วมกับโรคอ้วนระดับที่ 2 (Class II obesity) ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญคือการขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต การบริโภคอาหารโซเดียมและพลังงานสูง การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากในแต่ละครั้ง และภาวะน้ำหนักตัวดีดกลับจากการใช้ยาลดน้ำหนัก แพทย์ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจผ่านหลัก OARS เพื่ออธิบายความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ไต และหลอดเลือดสมอง พร้อมส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อเข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่

2. ผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลัก ควบคู่กับการใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ)Motivational Interviewing: MI) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้ป่วยแสดงการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1) ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (DASH Diet) และรูปแบบการบริโภคอาหารที่เน้นพืชเป็นหลักและผ่านการแปรรูปน้อย (Mediterranean Diet) โดยจำกัดปริมาณโซเดียมต่ำกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยบริโภคพลังงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 1,500–1,525 กิโลแคลอรีต่อวัน จากการคำนวณน้ำหนักตัวที่เหมาะสม 54 กิโลกรัม และปรับลดพลังงานจากค่าการใช้พลังงานรวมต่อวันลง 400–500 กิโลแคลอรีต่อวัน ผู้ป่วยเพิ่มการบริโภคผักมากกว่า 4 ส่วนบริโภคต่อวัน เพิ่มผลไม้รสไม่หวาน ลดข้าวเหนียวเหลือไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมถึงงดอาหารแปรรูป ของทอด และไขมันอิ่มตัว

2) ด้านกิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยการเดินเร็วสะสมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ แบ่งเป็นวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ผู้ป่วยฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยแรงต้านสัปดาห์ละ 2–3 วัน เพื่อรักษามวลกล้ามเนื้อและเพิ่มการเผาผลาญ ผู้ป่วยติดตามจำนวนก้าวผ่านแอปพลิเคชันได้ 7,000–10,000 ก้าวต่อวัน

3) ด้านการจำกัดสารเสพติดและแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงเหลือ 1–2 แก้วมาตรฐานต่อครั้ง หรือไม่เกิน 150 มิลลิลิตรต่อครั้ง และจำกัดความถี่ให้ไม่เกิน 1 ครั้งต่อเดือนตามแนวทางการประเมินพฤติกรรม

การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT)[10]

4) ด้านการจัดการความเครียด ผู้ป่วยฝึกกำหนดลมหายใจและการเจริญสติวันละ 10–15 นาที เพื่อป้องกันความดันโลหิตพุ่งสูงจากความเครียดในการทำงาน

5) การนอนหลับ ผู้ป่วยปรับสุขอนามัยการนอนหลับโดยกำหนดเวลานอนและตื่นให้ตรงเวลาทุกวัน พักผ่อนให้ได้ 7–8 ชั่วโมงต่อคืน และงดใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน 30 นาที

6) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุตรในการช่วยเตือนรับประทานยาและปรับเมนูอาหารสุขภาพร่วมกัน ผู้ป่วยร่วมเดินออกกำลังกายที่สวนสาธารณะกับกลุ่มเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกและการบรรลุเป้าหมายสุขภาพ

การติดตามทางคลินิกเป็นระยะทุก 2 สัปดาห์ในช่วงเดือนแรก และทุก 1 เดือนในระยะถัดมา แสดงผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย SMART Goals ดังนี้

1) การควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ควบคู่กับการจดบันทึกการวัดความดันโลหิตที่บ้าน)HBPM) อย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (DASH Diet) และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงจากแรกรับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท เข้าสู่ระดับเป้าหมายระยะสั้นที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท อาการมึนศีรษะและอ่อนเพลียหมดไป

2) การควบคุมสัดส่วนร่างกายและน้ำหนัก ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายระยะสั้น 3 เดือน โดยสามารถลดน้ำหนักตัวลงได้ตามเกณฑ์ 4–5 กิโลกรัม การนัดติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ในระยะแรกและทุก 1 เดือนในระยะถัดมา มีการตรวจวัดระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และติดตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ผลการตรวจองค์ประกอบร่างกาย (InBody Analysis) ยืนยันการลดลงของมวลไขมัน (body fat) ควบคู่กับการคงรักษามวลกล้ามเนื้อ (muscle mass) ซึ่งเป็นผลมาจากการออกกำลังกายแบบฝึกแรงต้านและกำลังดำเนินต่อเนื่องสู่เป้าหมายระยะยาว 6–12 เดือนในการลดน้ำหนักตัวให้ได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป เพื่อมุ่งสู่น้ำหนักอุดมคติที่ 54–60 กิโลกรัม

3) ผลลัพธ์ทางชีวเคมีและการลดขนาดยา ผู้ป่วยได้รับการวางแผนตรวจติดตามผลทางห้องปฏิบัติการประจำปี ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) และการทำงานของไต (Renal function) เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะเป้าหมายในระยะยาว ตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้และไม่ปรากฏภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย การตอบสนองทางสรีรวิทยาที่ดีส่งผลให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาปรับลดขนาดยาทางการแพทย์ลงได้อย่างปลอดภัยในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเร่งการทำลายอวัยวะเป้าหมายในระยะยาว [1,2] การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น[3,6] ผู้ป่วยเริ่มต้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้วยการเดินออกกำลังกายสม่ำเสมอ จัดอยู่ในระยะเริ่มลงมือปฏิบัติ)Action stage) ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(11) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในชุมชนที่พบว่าการประเมินระยะพฤติกรรมช่วยให้ทีมสุขภาพเลือกกลยุทธ์เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างตรงจุด(12) การใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ)MI) ร่วมกับทักษะการสื่อสาร OARS ช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วย

กำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมผู้รักษาอย่างมีประสิทธิผล[13,14] สอดคล้องกับการศึกษาทางคลินิกที่ยืนยันว่ากระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ช่วยเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิตและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระบบบริการปฐมภูมิ[15] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน[7,8,16] การบริโภคอาหารตามแบบแผนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับการจำกัดปริมาณโซเดียมช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้อย่างมีนัยสำคัญ[17] การออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อเนื่องควบคู่กับการฝึกแรงต้านช่วยเสริมความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยลดระดับความดันโลหิต และช่วยควบคุมสัดส่วนร่างกาย[18,19] สอดคล้องกับผลการวิจัยในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พบว่าการปรับพฤติกรรม 6 เสาหลักช่วยเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ ลดดัชนีมวลกาย และควบคุมระดับไขมันในเลือดได้[20–22] การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) เพื่อจำกัดปริมาณและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงและลดการสะสมพลังงานส่วนเกินในร่างกาย[23,24] การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างยั่งยืน[9,25]

การส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ[26] การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงและตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง [27,28] การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยสนับสนุนการปรับลดขนาดยาทางการแพทย์ลงได้อย่างปลอดภัย[29] ดูแลรายบุคคลตามแบบจำลองวิถีชีวิตช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว[30] รายงานกรณีศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านการศึกษาในผู้ป่วยเพียงรายเดียวจึงไม่อาจสรุปผลไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้โดยตรง ระบบบริการปฐมภูมิจึงควรนำรูปแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตร่วมกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น บุคลากรสาธารณสุขจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะบุคคลตามหลัก 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยลดระดับน้ำตาล น้ำหนักตัว และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด หน่วยบริการปฐมภูมิจึงควรบูรณาการรูปแบบนี้ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวตั้งแต่ 6 ถึง 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ ความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางคลินิก และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.2 ควรทำการศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และครอบคลุมหลากหลายพื้นที่ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตและนำไปสู่การขยายผลเชิงนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1.Shariq OA, McKenzie TJ.(2020). Obesity-related hypertension: a review of pathophysiology, management, and the role of metabolic surgery. Gland Surgery. 2020 Feb;9(1):803–93. doi:10.21037/gs.2019.12.03

2.Hall JE, do Carmo JM, da Silva AA, Wang Z, Hall ME.(2015). OBESITY-INDUCED HYPERTENSION: INTERACTION OF NEUROHUMORAL AND RENAL MECHANISMS. Circ Res. 2015 Mar 13;116(6):991–1006. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.305697 PubMed PMID: 25767285; PubMed Central PMCID: PMC4363087.

3.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2568). สวรส. สานพลัง สสส.-รามาฯ เปิดผลสำรวจสุขภาพ คนไทยครั้งที่ 7 วิกฤตคนไทยป่วยภาวะน้ำหนักเกิน-โรคอ้วน พุ่ง! 27.4 ล้านคน จ่อเสี่ยงเบาหวาน อีก 5.7 ล้าน [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก https://www.hsri.or.th/news/1/4540

4.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2568). ผลสำรวจชี้ คนไทยเกือบครึ่ง อ้วนเกินมาตรฐาน เสี่ยงเบาหวาน ความดัน [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/0d15a1f4-e3c0-f011-858e-b76bc522b1fb

5.Kunanon S, Kotruchin P, Chattranukulchai P, Chotruangnapa C, Roubsanthisuk W, Vathesatogkit P, et al.(2024). 2024 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Asian Biomed (Res Rev News). 19(6):316–57. doi:10.2478/abm-2025-0034

6.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2568). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society) [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก https://thaihypertension.org/knowledge/hypertension-guideline/

7.กฤษฎา ฐานะวุฒิกุล.(2568). การป้องกันและควบคุมโรค โดยการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตที่สำคัญ ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก from: https://so14.tci-thaijo.org/index.php/thpjournal/article/view/3145

8.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2568). เรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต Lifestyle Medicine [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก https://dol.thaihealth.or.th/?logoutgoogle=False

9.อริสรา กาญจนอุดม.(2568). การบูรณาการ "เวชศาสตร์วิถีชีวิต" สู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก https://www.senate.go.th/view/386/News/%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%A3%E0%B8%B2Society/338/TH-TH

10.Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M.(1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addiction. 1993 Jun;88(6):791–804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x

11.Prochaska JO, Velicer WF.(1997). The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38–48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38

12.วัลยา ตูพานิช, ปราลีณา ทองศรี.(2562). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถในตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2562;63(Supplement):S93-104. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/205373

13.Rosengren DB.(2009). Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook. New York, NY, US: Guilford Press; 2009. xvi, 335 p. (Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook).

14.Miller WR, Rollnick S.(2013). Motivational interviewing: Helping people change, 3rd edition. New York, NY, US: The Guilford Press; 2013. xii, 482 p. (Motivational interviewing: Helping people change, 3rd edition).

15.Xu J, Gu X, Gu J, Zhao L, Li M, Hong C. (2025). Motivational interviewing intervention for the management of hypertension: a meta-analysis. Front Cardiovasc Med. 2025;11:1457039. doi:10.3389/fcvm.2024.1457039

16.Lippman D, Stump M, Veazey E, Guimarães ST, Rosenfeld R, Kelly JH, et al.(2024). Foundations of Lifestyle Medicine and its Evolution. Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes. 2024;8(1):97–111. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2023.11.004

17.Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al.(2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018 Jun;71(6):1269–324. doi:10.1161/HYP.0000000000000066

18.Cornelissen VA, Smart NA.(2013). Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. J Am Heart Assoc. 2013;2(1):e004473. doi:10.1161/JAHA.112.004473

19.Pescatello LS, MacDonald HV, Ash GI, Lamberti LM, Farquhar WB, Arena R, et al.(2015). Assessing the Existing Professional Exercise Recommendations for Hypertension: A Review and Recommendations for Future Research Priorities. Mayo Clin Proc. 2015 ;90(6):801–12. doi:10.1016/j.mayocp.2015.04.008

20.สนทยา สิงห์นิกร.(2567). ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2567;9(4):134–41. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2926

21.กรรณิการ์ สุวรรณ, ปาวรตี สิงขรัตน์, มนตรา พิเชฐวีรชัย.(2568). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2568;15(1):139 52. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth/article/view/275000

22.ทนงศักดิ์ ราชเจริญ.(2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568 ;10(2):416–26. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/285309

23.Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH.(2012). Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. J Clin Hypertens (Greenwich). 2012;14(11):792–8. doi:10.1111/jch.12008

24.Traversy G, Chaput JP.(2015). Alcohol Consumption and Obesity: An Update. Curr Obes Rep. 2015;4(1):122–30. doi:10.1007/s13679-014-0129-4

25.แป้งร่ำ ยงเจริญ.(2569). การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วารสารแพทย์นาวี. 2569;53(2):469 82. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/291407

26.ชนม์ชนก จันทรมหา.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(6):102 11. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/5138

27.กฤตพงษ์ โรจนวิภาต, เวณิกา โนทา, ชุติพา ปัญญา. (2563).การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563;10(2):274 90. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/244966

28.ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย, สุรัตน์ อนันทสุข.(2560). การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2569;11(1):973–85. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/293905

29.ทิพาพร ราชาไกร, นันทิญา เมฆฉิม, ยุวดี คาดีวี.(2569). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต สู่โรคเบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2569;7(2):246 59. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/290163

30.ธานินทร์ ล้วนรัตน์, วันนา จินดาเพิ่ม.(2569). การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล. 2569;32(2). doi:10.63647/nrij.v32i2.276271

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อระดับความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (THE EFFECTS OF LABOR SUPPORT PROGRAM ON PAIN INTENSITY, PAIN COPING BEHAVIORS, AND SATISFACTION WITH THE CHILDBIRTH EXPERIENCE AMONG PRIMIPAROUS WOMEN AT NONG PHAI HOSPITAL, PHETCHABUN PROVINCE)

(Received: September 24, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

รุ้งตะวัน จันคณา[1]
Rungtawan Chankana

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดร่วมกับการพยาบาลปกติ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับ ความเจ็บปวดในระยะคลอด, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด, ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก รอคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ช่วงเดือนเมษายน – เดือนสิงหาคม 2569 จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) โปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอด 2) ข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด 4) แบบสังเกตพฤติกรรมเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test, Mann-Whitney U Test.

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดช้าและ ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.934, p < .001) และ (Z = -2.020, p = .043) ส่วนระยะเปลี่ยนผ่าน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -1.796, p = .073) 2) กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะรอคลอด ในระยะปากมดลูกเปิดช้า, ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และในระยะเปลี่ยนผ่านเหมาะสมมากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -7.57, p<.001) ,(t = -9.66, p < .001) และ (t = -7.20, p < .001) 3) ผู้รอคลอดในกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -7.59, p = < 0.001)

Abstract

This study employed a quasi-experimental, two-group posttest-only design. The control group received usual nursing care, while the experimental group received a labor support program in addition to usual nursing care. The study aimed to compare labor pain, pain-coping behaviors, and satisfaction with the childbirth experience. The participants were 44 primigravid women awaiting delivery at the labor room of Nong Phai Hospital, Phetchabun Province, from April to August 2026, divided into a control group (n = 22) and an experimental group (n = 22). Research instruments included a labor support program, a general information questionnaire, a labor pain assessment scale, and an observational pain behavior scale. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and Mann–Whitney U test.

The research findings revealed that 1) Labor pain levels during the latent and active phases were significantly different between the two groups (Z = -3.934, p < .001 and Z = -2.020, p = .043, respectively). No significant difference was found during the transition phase (Z = -1.796, p = .073). 2) The experimental group demonstrated more appropriate physical and psychological responses than the control group during the latent, active, and transition phases, with statistically significant differences (t = -7.57, p < .001; t = -9.66, p < .001; and t = -7.20, p < .001, respectively). 3) The experimental group had significantly higher mean satisfaction scores with the childbirth experience than the control group (t = -7.59, p < .001).

Keywords: โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด, หญิงรอคลอด, ความเจ็บปวด,ความพึงพอใจ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

บทนำ

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความเจ็บปวด และเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจก่อให้เกิดความหวาดกลัวและความเครียดแก่ผู้คลอดเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะ ในระยะที่ 1 ของการคลอด[1] ซึ่งเป็นระยะที่ผู้คลอดมีเริ่มรู้สึกเจ็บครรภ์จริงจนถึงระยะที่ปากมดลูก เปิดหมด ในครรภ์แรกใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 10-12 ชั่วโมง ความเจ็บปวดในระยะนี้ เป็นความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน[2,3]

ปัจจุบันโรงพยาบาลหนองไผ่ได้ขยายระบบบริการ และเพิ่มระดับศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F1) เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (ระดับ M2) มีสูติแพทย์ 1 ท่าน จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลหนองไผ่ ปีงบประมาณ 2566 - 2568 มีจำนวนผู้คลอด 453 ราย, 360 ราย และ 357 ราย เป็นผู้คลอดครั้งแรก จำนวน 155,147 และ 129 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียน ผู้คลอดขณะรอคลอด พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรก มีระยะการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน ต้องได้รับยาเร่งคลอด ทารกในครรภ์มีภาวะเครียด (Fetal distress) จำนวน 20,24 และ 28 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 12.90, 16.33 และ 21.71 ตามลำดับ และบางรายต้องผ่าคลอด ซึ่งจำนวนผ่าคลอดเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2566-2568 มีจำนวน 130,132 และ 147 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากการสำรวจสาเหตุที่จำนวนผ่าคลอดเพิ่มขึ้นเนื่องจากร้อยละ 80 ของผู้คลอดครั้งแรกกลัวการเจ็บครรภ์คลอดในเวลานานจึงฝากครรภ์พิเศษกับสูติแพทย์และผ่าคลอด รองลงมาเป็นครรภ์เสี่ยงที่มีความจำเป็นต้องผ่าคลอด ปัจจุบันงานห้องคลอดมีการสนับสนุนให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด แต่ส่วนใหญ่ยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการช่วยบรรเทาอาการปวด หรือการดูแลความสะดวกให้ผู้คลอด จึงเป็นโอกาสในการพัฒนาต่อไป[4] ซึ่งระยะที่ 1 ของการคลอดหรือระยะเจ็บครรภ์คลอด การดูแลในระยะนี้ มีความสำคัญมากเนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนได้[5]

จากการศึกษาและทบทวนสภาพปัญหา ที่พบของผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการดูแลให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดและ ลดความรู้สึกทุกข์ทรมานได้ จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของการพยาบาลระยะคลอด ผู้คลอดต้องการการตอบสนองความต้องการและการจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะเจ็บครรภ์คลอด ลดความรู้สึกทุกข์ทรมาน ผ่านประสบการณ์ การคลอดที่ดี[6]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวด ในระยะคลอด, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดและ ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ สองกลุ่มวัดผลหลังการทดลองเพียงอย่างเดียว

พื้นที่ในการศึกษา

โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีระยะการวิจัย 5 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้คลอดครรภ์แรกที่ตั้งครรภ์ปกติที่มีกำหนดคลอดในช่วงเดือน เมษายน – เดือนสิงหาคม 2569 มารับบริการการคลอด ที่โรงพยาบาลหนองไผ่ ทั้งหมดจำนวน 70 คน กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้คลอดครรภ์แรก จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน (เป็นไปตามเกณฑ์ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) ผู้คลอดครรภ์แรก ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะเจ็บครรภ์จริง และ ปากมดลูกเปิดขยายไม่เกิน 4 เซนติเมตร รอคลอดปกติที่โรงพยาบาลหนองไผ่

2) อายุระหว่าง 18-35 ปี

3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และสามารถตอบแบบสอบถามของเจ้าหน้าที่ได้

4) ยินดีให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัย

5) มีสามีหรือญาติหรือผู้เฝ้าคลอด

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1) ผู้คลอดแรกรับปากมดลูกเปิดเกิน 4 ซม.

2) ผู้เฝ้าคลอดเปลี่ยนในขณะรอคลอด หรือ ผู้เฝ้าคลอดไม่อยู่ขณะทำกิจกรรมวิจัย

เครื่องมือในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนการตั้งครรภ์

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เฝ้าคลอด ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้คลอด

3) แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลขของวิคตอเรีย ควอลลิทิ เคานซิล[7]

4) แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยเตรียมญาติหรือผู้ดูแล ให้มีความพร้อมในการสนับสนุนการคลอดโดยใช้แนวคิดของ Adams and Bianchi[8] จัดกิจกรรมในการคลอดระยะที่ 1 โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้เป็นกระบวนการกลุ่ม

2) คู่มือการสนับสนุนในระยะคลอด

3) แผนการให้ความรู้เรื่องการสนับสนุนในระยะคลอด

4) วีดีทัศน์การสนับสนุนในระยะรอคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content validity) นำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด (2) แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด (3) แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปว (4) แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่าดัชนี IOC ได้ 0.80,1,1 และ 0.75 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด นำไปทดลองใช้กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 20 คน แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ 0.79 และ 0.82

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้แก่ ผู้คลอดรอคลอดและญาติได้รับทราบ และลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2) ผู้รอคลอดและญาติทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนในระยะคลอด เตรียมความพร้อมของญาติหรือผู้เฝ้าคลอดหลังรับผู้คลอดไว้ดูแลในห้องคลอด ซึ่งผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์จริง ปากมดลูกเปิดขยายไม่เกิน 4 เซนติเมตร โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยสร้างทัศนคติทางบวกต่อการ เจ็บครรภ์คลอดแก่ญาติ หรือผู้เฝ้าคลอด ด้วยการให้ดูวีดีทัศน์ความรู้สึกต่อการคลอดของผู้ที่ผ่านประสบการณ์การคลอดมาแล้ว ให้ความรู้เรื่องกระบวนการคลอด การ

สนับสนุนในระยะคลอด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด และเทคนิคการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด ด้วยการบรรยายประกอบภาพนิ่ง วีดีทัศน์ และการสาธิต หลังจากนั้นญาติฝึกปฏิบัติเทคนิคการบรรเทาปวด

3) แบ่งกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการคลอด การลดความเจ็บปวด การสนับสนุนในการคลอดเรื่องต่างๆ

4) ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความต้องการของผู้คลอด บทบาทการสนับสนุน ผู้คลอด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทน ผู้คลอด โดยใช้กระบวนการกลุ่ม/รายบุคคล

5) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์หรือปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย ครอบครัวมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ กล่าวชมเชย และพาเยี่ยมชมห้องคลอด

6) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัย ที่ขึ้นเวรให้การพยาบาลตามมาตรฐานในระยะ 1 ของการคลอด

7) ญาติหรือผู้เฝ้าคลอด ปฏิบัติการให้การสนับสนุนผู้คลอด โดยเริ่มตั้งแต่ปากมดลูก เปิดขยาย 3 - 4 เซนติเมตร จนถึงปากมดลูก เปิดหมด ด้วยการสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ เป็นโค้ชให้จังหวะแก่ผู้คลอดในการหายใจขณะเจ็บครรภ์ ช่วยลูบหน้าท้อง ช่วยนวดบรรเทาปวด และกล่าวชมเชย เมื่อผู้คลอดปฏิบัติได้ เมื่อมดลูกคลายตัวญาติจะช่วยเปลี่ยนท่าทาง กระตุ้นให้อยู่ในท่าศีรษะสูงหรือท่านอนตะแคง การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การสัมผัสเนื้อตัว จับมือให้กำลังใจอยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น นอกจากนี้ญาติยังชวนคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การคลอดกับผู้คลอด และแสดงบทบาทการเป็นตัวแทนผู้คลอด

8) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยติดตามช่วยเหลือการสนับสนุนของญาติภายหลังที่เข้ามาให้การสนับสนุนทุก 1 - 2 ชั่วโมง นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐาน ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การตรวจวัด สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง การฟังเสียงหัวใจของทารกในครรภ์ทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการคลอด และการผ่อนคลายจากความเจ็บปวด เช่น การหายใจ การลูบหน้าท้อง และการนวดหลังด้วยตนเอง

9) ผู้คลอดและญาติทำแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนในระยะคลอด โดยทำแบบสอบถามหลังจากคลอดครบ 12-48 ชั่วโมง

10) กรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ ผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวรที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ ห้องคลอดเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนในระยะคลอด ตามแผนงานที่ผู้วิจัยวางไว้จนครบตามกระบวนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2) ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจในระยะรอคลอด เปรียบเทียบความ พึงพอใจของผู้รอคลอดต่อประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test ระดับความเจ็บปวด ในระยะคลอด ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เอกสารรับรองเลขที่ : สสจ.พช. 3/69 – 41 – 20/04/2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 63.6 รองลงมา ช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 36.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 90.9 อาชีพอื่นๆ(ลูกจ้าง,ข้าราชการ) ร้อยละ 40.9 การศึกษาระดับ

มัธยมศึกษา ร้อยละ 71.3 อายุครรภ์ปัจจุบัน 38 สัปดาห์ ร้อยละ 45.5 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 100

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 72.7 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 27.3 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 52.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.1 อายุครรภ์ปัจจุบัน 38 สัปดาห์ ร้อยละ 50.0 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 100

ผู้เฝ้าคลอดหญิงรอคลอด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 72.6 โดยอายุเฉลี่ย 53.5 ปี มีความสัมพันธ์เป็น มารดาผู้คลอด ร้อยละ 72.7 รองลงมา เป็นญาติผู้คลอด (ย่า,ยาย ,พี่สาว) ร้อยละ 27.3 เพศหญิง ร้อยละ 100 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.6 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 72.2 ผู้เฝ้าคลอดหญิง รอคลอด กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 68.2 โดยอายุเฉลี่ย 52.45 ปี มีความสัมพันธ์เป็น มารดาผู้คลอด ร้อยละ 68.2 รองลงมาคือ ญาติของผู้คลอด ร้อยละ 36.4 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.2 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 68.2

2. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ระยะปากมดลูกเปิดช้า (< 4 cm) และระยะ ปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 cm) คะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -3.934, p < .001) และ (Z = -2.020, p = .043) ระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 cm) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -1.796, p = .073) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test n = 22

ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z-test	p-value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ระยะปากมดลูกเปิดช้า (< 4 cm)	15.36	338	29.64	652	-3.934	0.000**
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 cm)	18.93	416.5	26.07	573.5	-2.020	0.043*
ระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 cm)	19.5	429	25.5	561	-1.796	0.073

*p < .05, **p < .001

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

5. เปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะรอคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการประเมินความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มความคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวม ในระยะรอคลอด ในระยะ ปากมดลูกเปิดช้า (< 4 cm), ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 cm) และในระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 cm) เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -7.57, p<.001) ,(t = -9.66, p < .001) และ (t = -7.20, p < .001) ตามลำดับ แยกรายด้านพบว่า พฤติกรรมทางร่างกาย และทางด้านจิตใจ ทั้ง 3 ระยะ เป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวม ดังนี้ พฤติกรรมทางร่างกาย (t = -569, p < .001),(t = -7.28, p < .001) และ (t = -3.76, p = .001) ตามลำดับ พฤติกรรมทางด้านจิตใจ (t = -3.37, p = .002) ,(t = -8.11, p < .001)

และ (t = -4.98, p < .001) 95%CI ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดรวมทุกด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -7.59, p < 0.001) เมื่อแยกรายด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ด้านความพึงพอใจที่มีต่อตนเอง (t = -4.91, p < 0.001) ด้านความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนในระยะเจ็บครรภ์คลอด (t = -4.16, p < 0.001 95%CI) ด้านความพึงพอใจที่มี ต่อทารก (t = -2.43, p = .019 95%CI) ด้าน ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดโดยรวม (t = -7.59, p < 0.001 95%CI) ดังตารางที่ 3

ตารางที่2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะรอคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก จำแนกตามระยะเวลาปากมดลูกเปิด หลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test (n=22)

พฤติกรรมตอบสนองในระยะรอคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	–	S.D.	–	S.D.		
พฤติกรรมทางร่างกาย						
ระยะปากมดลูกเปิดช้า (< 4 cm)	1.87	0.16	1.48	0.28	-5.69	0.000**
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 cm)	1.83	0.15	1.39	0.23	-7.28	0.000**
ระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 cm)	1.51	0.30	1.24	0.16	-3.76	0.001*
พฤติกรรมทางจิตใจ						
ระยะปากมดลูกเปิดช้า (< 4 cm)	1.84	0.13	1.63	0.27	-3.37	0.002*
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 cm)	1.73	0.22	1.24	0.18	-8.11	0.000**
ระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 cm)	1.59	0.27	1.21	0.23	-4.98	0.000**
พฤติกรรมโดยรวม						
ระยะปากมดลูกเปิดช้า (< 4 cm)	1.86	0.96	1.55	0.16	-7.57	0.000**
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 cm)	1.78	0.14	1.31	0.17	-9.66	0.000**
ระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 cm)	1.55	0.18	1.22	0.11	-7.20	0.000**

*p < .05, **p < .001

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย พึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)		t-test	p-value
	–	S.D.	–	S.D.		
ด้านความพึงพอใจที่มีต่อตนเอง	4.25	0.39	3.67	0.39	-4.91	0.000**
ด้านความพึงพอใจที่มีต่อการสนับสนุนในระยะเจ็บครรภ์คลอด	4.12	0.45	3.65	0.29	-4.16	0.000**
ด้านความพึงพอใจที่มีต่อทารก	4.16	0.47	3.52	1.23	-2.43	0.019*
ด้านความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดโดยรวม	4.23	0.70	3.21	0.67	-4.95	0.000**
ความพึงพอใจรวมทุกด้าน	4.18	0.26	3.61	0.24	-7.59	0.000**

*p < .05, **p < .001

สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อระดับความเจ็บปวด พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก โรงพยาบาล หนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า หญิงรอคลอดที่ผ่านโปรแกรมฯ มีผลลดความเจ็บปวดในระยะรอคลอดได้ ในระยะปากมดลูกเปิดช้าและเปิดเร็ว, หญิงรอคลอดมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเหมาะสมและมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมจะทำให้การคลอดสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี ซึ่งอาจเป็นผลมาจาก ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นผู้แทนผู้คลอด จากครอบครัวและพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Adams and Bianchi[8] กาญจนา บัวหอม และคณะ[9] ที่สนับสนุนในระยะคลอด โดยสามี หรือญาติแก่ผู้คลอดครรภ์แรก ส่งผลให้หญิงรอคลอดเผชิญความเจ็บปวด มีความพึงพอในในการช่วยเหลือทำให้คลอดได้อย่างปลอดภัย

ส่วนด้านความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจ ทั้งนี้อาจเป็นผลจาก การใช้โปรแกรมสนับสนุนในระยะคลอดโดยมีสามีและญาติคอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด มาดูแลช่วยสนับสนุนในระยะรอคลอด ช่วยให้ผู้คลอดมีประสบการณ์ การคลอดดีขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า การมีผู้สนับสนุนเป็นบุคคลคุ้นเคยอยู่เป็นเพื่อน คอยเอาใจใส่ อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ช่วยลดความกลัว ความรู้สึกโดดเดี่ยวในขณะเจ็บครรภ์คลอด อีกทั้ง มีความเข้าใจในตัวผู้คลอดได้ดีกว่าบุคคลอื่น สามารถให้ความช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ ในกระบวนการคลอด ทำให้สามารถควบคุมตัวเองได้ ลดความหวาดกลัวและวิตกกังวล ทำให้ลดความตึงเครียดภายในร่างกายและจิตใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจและเกิดความมั่นใจ ที่จะเผชิญกับความเจ็บปวด ความเจ็บปวดลดลง จึงมีการแสดงออกทางพฤติกรรมในเชิงบวก[10-11] และรู้สึกพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด ของตน[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแผนกห้องคลอด ควรนำโปรแกรมการสนับสนุน ในระยะคลอด ไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสนับสนุนการคลอด

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนให้พยาบาลห้องคลอดนำโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอด ไปกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ แต่มีการเตรียมความพร้อม เพื่อการคลอดของญาติและผู้คลอด และเริ่มกิจกรรมการเตรียมความพร้อมในระยะที่ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 2 เซนติเมตร หรือในระยะการตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอดและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลหนองไผ่ และผู้รอคลอด ที่ช่วยสนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY.(2014). Williams Obstetrics.(23rd ed.). New York: McGraw-Hill; 2014.

2. ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ์ และเกสร สุวิทยะศิริ.(2562). การพยาบาลในระยะคลอด.(พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการสวัสดิการวิชาการ. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2562.

3. Murray, S.S., & McKinney, E.S.(2010). Foundataions of maternal-newborn and women's health nursing (5thed.). Maryland Heights,Missouri: Saunders; 2010.
4. โรงพยาบาลหนองไผ่.(2568). สรุปรายงานห้องคลอดประจำปี 2568. เอกสารอัดสำเนา; 2568.
5. สุดารักษ์ ประสาร, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศร.(2021). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องต่อความกลัวการคลอด และผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2021; 31(1):148-160.
6. Najafi, T., Roudsari, R. and Ebrahimipour, H.(2017). The Best Encouraging Persons in Labor: A Content Analysis of Iranian Mothers' Experiences of Labor Support; 2017.
7. Victorian Quality Council.(2007). Acute pain management measurement toolkit [Internet]. 2007. [cited 2026 Apr 2]. Available from: https://www.yumpu.com/en/document/view/22209137/acute-pain-management-measurement-toolkit
8. Adams, E. D., & Bianchi, A. L.(2008). A practical approach to labor support. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2008; 37(1):106-115.
9. กาญจนา บัวหอม, ศศิกานต์ กาละ และสุนันทา ยังวนิชเศรษฐ.(2560). ผลของการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสาร มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2560; 9(2):38-51.
10. ชาลินี เจริญสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี.(2561). ผลของการสนับสนุนในคลอดโดยญาติผู้หญิงต่อความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 26(2):67-75.
11. น้ำทิพย์ ประสิทธิการ วิสุทธิ์ โนจิตต์, หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงษ์.(2567). ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์แรก โดยการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2567; 25(1):97-110.
12. สุรีย์พร กฤษเจริญ, ปราณี พงศ์ไพบูลย์, กัญจนี พลอินทร์, สุภาพ มากสุวรรณ, วรางคณา ชัชเวช,ปรียา แก้วพิมล.(2562). ประสิทธิผลของการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอด ของผู้คลอดครรภ์แรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2562; 39(4):16-25.

ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด และค่าใช้จ่ายด้านยา ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม

Effectiveness of Intensive Lifestyle Modification and Medication Costs among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Subdistrict Health Promoting Hospitals, Samut Songkhram Province.

(Received: September 24, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

จุฑามาส ใจพรหม[1] เดชา มีสุข[2]
Jutamas Jaiprom[1] Decha Meesuk[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ความสามารถในการลดน้ำหนักและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งการลดยาและหยุดยารักษาโรคเบาหวาน ค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด โดยดำเนินการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางแบบเดิม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 45 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางแบบเดิม เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง เมื่อครบ 3 เดือน และเมื่อครบ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Independent t-test และ Paired samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ลดลงอย่างต่อเนื่อง และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลัง 6 เดือน กลุ่มทดลองร้อยละ 93.3 สามารถลดน้ำหนัก ร้อยละ 68.9 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 37.8 สามารถลดยา และร้อยละ 13.3 สามารถหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ รวมผู้ที่สามารถลดยาหรือหยุดยาร้อยละ 51.1 ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลงจาก 99.8 เป็น 55.4 บาทต่อคนต่อเดือน หรือลดลงร้อยละ 44.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผู้ป่วย ร้อยละ 57.8 และ 42.2 มีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ในระดับมากและปานกลาง

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, ค่าใช้จ่ายด้านยา

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design. The objectives were to examine the effectiveness of intensive lifestyle modification, including the ability to reduce body weight and control blood glucose levels, as well as to reduce or discontinue diabetes medications, reduce diabetes medication costs, and assess the satisfaction of patients with type 2 diabetes mellitus toward intensive lifestyle modification. The study compared an experimental group receiving intensive lifestyle modification with a comparison group receiving usual treatment and health promotion services. The participants were 90 patients with type 2 diabetes mellitus who had uncontrolled blood glucose levels and received services at subdistrict health promoting hospitals in Samut Songkhram Province. They were divided equally into an experimental group and a comparison group, with 45 participants in each group. The experimental group received an intensive lifestyle modification program, while the comparison group received

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
[2] นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภาลัย

usual care. Data were collected at baseline, at 3 months, and at 6 months. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, independent t-test, and paired-samples t-test.

The results showed that after 3 months, the experimental group had significantly improved self-care behaviors compared with both baseline and the comparison group ($p < 0.001$), particularly in dietary practices, exercise, stress management, and reduction of diabetes risk factors. Body mass index and blood glucose levels (DTX) continuously decreased and were significantly different from those of the comparison group. After 6 months, 93.3% of participants in the experimental group were able to reduce their body weight, 68.9% were able to achieve blood glucose control, 37.8% were able to reduce their diabetes medications, and 13.3% were able to discontinue diabetes medications. Overall, 51.1% were able to reduce or discontinue their diabetes medications. Medication costs decreased from 99.8 to 55.4 baht per person per month, representing a 44.4% reduction, which was statistically significant ($p < 0.001$). Most patients reported a high or moderate level of satisfaction with the intensive lifestyle modification program.

Keywords: intensive lifestyle modification, type 2 diabetes mellitus, glycemic control, medication costs

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพทั่วโลกและประเทศไทย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ตลอดจนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม[1,2] กรมควบคุมโรครายงานว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สะท้อนถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[3] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเป็นเวลานานเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตจากเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนทางตาและระบบประสาท รวมถึงแผลที่เท้า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา[1,2] ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลและจัดการปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว[4]

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญของการรักษา ควบคู่กับการใช้ยาและการติดตามผลอย่างเหมาะสม ทั้งการควบคุมอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนัก และการจัดการปัจจัยเสี่ยง[5] ขณะเดียวกัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เน้นการลดน้ำหนักอย่างจริงจัง การควบคุมอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การสร้างแรงจูงใจ และการติดตามอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน[6] การลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดและต่อเนื่องสามารถช่วยลดน้ำหนักและปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลได้ จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคเบาหวาน ไม่ใช่เพียงมาตรการป้องกันโรค[1] หลักฐานยังพบว่า การลดน้ำหนักสามารถช่วยลดภาวะดื้อต่ออินซูลินและปรับปรุงกระบวนการทางเมตาบอลิซึม ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและลดความจำเป็นในการใช้ยา โดยเฉพาะเมื่อสามารถรักษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง[7,8]

แม้ยาลดระดับน้ำตาลจะมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจำนวนมาก แต่เมื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลดน้ำหนัก ความจำเป็นในการใช้ยาบางชนิดอาจลดลง ทั้งนี้ การลดขนาดยาหรือหยุดยาต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลและอยู่ภายใต้การประเมินและติดตามของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย[1,5] การลดการใช้ยาที่เหมาะสมทางคลินิกจึงอาจช่วย

ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสุขภาพ โดยไม่ควรลดการรักษาที่จำเป็นเพียงเพื่อให้ค่าใช้จ่ายลดลง สำหรับบริบทของประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการติดตามและสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง แนวทางเวชปฏิบัติให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมการจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[5] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชน จึงมีความเหมาะสมในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ให้คำแนะนำ เสริมพลัง และประสานบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประเมินหรือปรับการรักษาเมื่อจำเป็น ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในระดับปฐมภูมิควรประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย การวางแผนด้านอาหารและกิจกรรมทางกาย การติดตามอย่างสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาและกำลังใจ และการประเมินน้ำหนักและระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปรับแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม[6] หากผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ควรประสานบุคลากรทางการแพทย์เพื่อพิจารณาการลดหรือหยุดยาตามความเหมาะสมทางคลินิก[1]

สำหรับสถานการณ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดสมุทรสงคราม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการรักษาพยาบาลจำนวน 5,314 คน พบผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 31.5 ขณะที่ร้อยละ 68.5 ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 1.05 ระบบไตร้อยละ 10.32 และเท้าร้อยละ 0.40[9] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการดูแลของ รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด และค่าใช้จ่ายด้านยา ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รพ.สต.จังหวัดสมุทรสงคราม โดยเปรียบเทียบกับการดูแลตามแนวทางปกติ เพื่อประเมินผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การลดน้ำหนัก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดหรือหยุดยารักษาโรคเบาหวาน ค่าใช้จ่ายด้านยา และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับปฐมภูมิ โดยมุ่งเน้นการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิผล การใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย และการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างคุ้มค่า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการลดน้ำหนักและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดยาและการหยุดยารักษาโรคเบาหวานจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน
3. เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน - หลัง (Two groups pre - posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน รพ.สต. จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งใช้การคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมารักษาที่ รพ.สต.บ้านเขตเมือง อำเภอเมืองสมุทรสงคราม รพ.สต.วัดดาวดึงษ์ อำเภออัมพวา และ

รพ.สต.จอมปลวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม

2. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด 2 ครั้งล่าสุด (ก่อนการศึกษา) มากกว่า 130 mg/dl

3. มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 ขึ้นไป

4. ไม่เป็นโรคทางจิตเภท และโรคร่วมรุนแรง

6. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยินดีร่วมมือในการศึกษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. เปลี่ยนหรือเพิ่มชนิดยาในการรักษาโรคเบาหวานในระหว่างการศึกษา (6 เดือน)

2. เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามกำหนดเวลา (6 เดือน)

3. มีโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระหว่างการศึกษาที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ .90 ระดับ significance .05 ขนาดอิทธิพล 0.45 [10] โดยใช้โปรแกรม GPower version 3.1.9.4 ในการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 9 คน เพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มศึกษา โดยการจับคู่ (Matching) ตามเพศ (เพศหญิง และเพศชาย) เลือกกลุ่มที่มีอายุ และระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มศึกษาที่เป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับบริการด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด หรือกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ให้บริการรักษาแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ โดยผู้ป่วยแต่ละกลุ่มไม่ได้พบกัน แต่ผู้วิจัยเป็นผู้จับคู่กลุ่มตัวอย่างในลักษณะตัวแปรควบคุมที่ใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด / การดูแลแบบเดิม ดังนี้

2. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับกลุ่มทดลอง โดยประยุกต์ใช้ตามแนวทางของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย[11] โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เชิญชวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด โดยพยาบาลผู้ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดำเนินการ

1.1 พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีความตั้งใจ ที่จะเข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ว่ามีการปฏิบัติตัวอย่างไร และเกิดผลสำเร็จอย่างไร

1.2 เชิญชวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีความตั้งใจที่จะเข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เข้าร่วมการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

2. ให้ความรู้ และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพยาบาลดำเนินการให้ความรู้และแนวทางการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด พร้อมใช้สื่อประกอบเพื่อสร้างความเข้าใจ ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการรับประทานข้าวกล้อง (มีดัชนีน้ำตาลต่ำ) แทนข้าวขาว ซึ่งจากการพูดคุยและประเมินตามบริบทของผู้ป่วยก็จะพิจารณาเสนอสูตรอาหารที่ผู้ป่วยน่าจะสามารถปฏิบัติได้ตามความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยพิจารณา (สูตรอาหารที่มี ได้แก่ สูตรอาหารแบบ 2:1:1 / Low Carb / High protein / Low calorie diet / Plant base / IF / Ketogenic Diet) โดยแพทย์ / พยาบาล จะพิจารณาร่วมด้วยกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจ และตกลงกับแพทย์ / พยาบาล

2.2 การออกกำลังกาย / เพิ่มกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เช่น เดิน วิ่ง เต้น ฯลฯ ที่เหมาะสม

กับอายุและสภาพร่างกายผู้ป่วย อย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที หรือเดินมากกว่า 10,000 ก้าว / วัน

2.3 การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม และลด / ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โดยการพูดคุยถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียด / ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยมี และให้คำแนะนำถึงแนวทางในการดำเนินการ ตลอดจนให้ปรึกษาคนในครอบครัว โดยร่วมกันพูดคุยเพื่อเป็นกำลังใจ รับรู้ เข้าใจปัญหาผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยในการลดความเครียดและร่วมกันขจัดปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด

3. พิจารณาแนวทางการปรับพฤติกรรม และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ตามความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โดย

3.1 พูดคุยในการวางแผนการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย พร้อมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการที่คิดว่าสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

3.2 กำหนดเป้าหมายการลดน้ำหนักร่วมกันกับผู้ป่วย จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด โดยตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้เดือนละ 1 กิโลกรัม / ให้ได้อย่างน้อย 10% ของน้ำหนักตัว พร้อมบันทึกรายละเอียดและเป้าหมายที่ได้ตกลงกันไว้ และตรวจวัดน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ก่อนดำเนินการ เพื่อไว้เปรียบเทียบถึงผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลง

3.3 ผู้ป่วยดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ตามความรู้ที่ได้ให้คำแนะนำ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลด ละ ปัจจัยเสี่ยง

4. ติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะทำการ

4.1 พูดคุยถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้ป่วย และนัดหมายให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทุก 4 สัปดาห์ เพื่อการติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4.2 ติดตามความสามารถในการลดน้ำหนักและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยการตรวจชั่งน้ำหนัก เจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) เดือนละครั้ง โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เมื่อมารักษาตามนัด / อสม.หากผู้ป่วยไม่มารักษาที่ รพ.สต.ในการนัดแต่ละเดือน เพื่อดูความก้าวหน้าในการลดน้ำหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

5.1 ประเมินผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด แล้วเกิดผลการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีของการลดน้ำหนัก และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) จะปรึกษาแพทย์ผ่านทาง Line application / ทางโทรศัพท์ ให้ผู้ป่วย เพื่อพิจารณาลดยา / หยุดยารักษาโรคเบาหวาน ดังนี้

1) เมื่อดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครบ 3 เดือน หากผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนัก และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก็จะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาลดยารักษาโรคเบาหวาน

2) เมื่อดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครบ 6 เดือน หรือมากว่า หากผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก็จะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

3) หากผู้ป่วยยังไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้ ก็จะซักถามถึงปัญหา และคำแนะนำ ให้กำลังใจและการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดต่อไป และเมื่อผู้ป่วยดำเนินการได้ ตามข้อ 1) และหรือ 2 ได้ จะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาลด / หยุดยารักษาโรคเบาหวาน

5.2. กรณีหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดแล้ว 3 เดือน และ 6 เดือน ผู้ป่วยยังไม่สามารถลดน้ำหนัก หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือไม่มีแนวโน้มที่ดีว่าผู้ป่วยจะดำเนินการในเรื่องดังกล่าวได้ เมื่อผู้ป่วยมาพบตามนัด จะพิจารณาหาสาเหตุโดยการสอบถามถึงการปฏิบัติตัวในเชิงลึก และพิจารณาทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ พร้อมทั้ง

ส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดขึ้น และหรือพิจารณาปรึกษาแพทย์เป็นกรณี ๆ ไป

แนวทางการดูแลแบบเดิม สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

ดำเนินการให้การรักษาและสร้างเสริมสุขภาพแบบเดิม โดยในแต่ละเดือนที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการตามนัด ก็ดำเนินการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยซักถามถึงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในส่วนที่ยังไม่ได้ทำ หรือยังทำไม่ได้ดี / ไม่สม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้เหมาะสม ติดตามและประเมินภาวะสุขภาพ (น้ำตาลในเลือด (DTX) และน้ำหนัก)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือจากงานวิจัยของพิชิต สุขสบาย[12] ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และสิทธิในการรักษาพยาบาล รวม 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปิด หรือให้เติมคำ

2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดส่วนนี้ใช้สอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 19 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย นานๆครั้ง 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

3) ความพึงพอใจต่อการรักษา พยาบาลด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคอร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ มีข้อคำตอบให้เลือกตอบว่ามีความพึงพอใจมาก ปานกลาง น้อย หรือไม่พอใจ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ ถ้าตอบมาก ให้คะแนน 3 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน น้อย ให้คะแนน 1 คะแนน และไม่พอใจ ให้คะแนน 0 คะแนน

การประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาลด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ได้แบ่งระดับความพึงพอใจ ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Bloom[13] คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) 0 – 21 คะแนน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79) 22 – 28 คะแนน ระดับดี (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) 29 – 36 คะแนน

3. แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ก่อนการดำเนินการ และเมื่อดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง น้ำตาลในเลือด การลดยา / หยุดยารักษาโรคเบาหวาน ใช้บันทึกก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ และค่ายาเบาหวาน (ราคาต้นทุน)

4. เครื่องมือในการตรวจวัด/ประเมินภาวะสุขภาพ ใช้ตรวจวัด / ประเมินก่อนและหลังการศึกษาทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดส่วนสูง ใช้วัดดัชนีมวลกาย

5. เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) พร้อมแถบทดสอบ/แผ่นวัดน้ำตาล (Test Strip)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าว ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และด้านการวิจัย ทั้งนี้ เครื่องมือดังกล่าวจะพิจารณาใช้ที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha

coefficient) ของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.86 และแบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง ในเดือนมกราคม 2569 ครั้งที่ 2 ภายหลังการดำเนินการครบ 3 เดือน ในเดือนเมษายน 2569 และครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลภายหลังการดำเนินการ 6 เดือน ในปลายเดือนกรกฎาคม 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) Chi-square test, Independent t-test และ Paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม พิจารณาและได้ผ่านการรับรองตามหนังสือเลขที่ AF 05-09 COA No.2/2569 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2568 และได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า **กลุ่มทดลอง** ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.4 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนในเรื่องการศึกษา พบว่า ร้อยละ 55.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.1 มีอาชีพรับจ้าง รองลงมา ร้อยละ 24.4, 22.2, 20.1 และ 2.2 มีอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย ช่วยเหลืองานในครอบครัว และธุรกิจส่วนตัว ตามลำดับ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.0 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.4, 31.2 และ 24.4 มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 5 - 10 ปี มากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 95.6 มีบัตรประกันสุขภาพ / ประกันสังคม ในการรักษาพยาบาล ส่วน**กลุ่มเปรียบเทียบ** พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 62.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้งนี้ ร้อยละ 57.8 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ในเรื่องอาชีพ พบว่า ร้อยละ 28.9 ช่วยเหลืองานในครอบครัว รองลงมา ร้อยละ 24.4, 24.4, 15.6 และ 6.7 มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม และธุรกิจส่วนตัว ตามลำดับ ร้อยละ 51.1, 33.3 และ 15.6 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท 5,000 – 10,000 บาท และ 10,000 บาทขึ้นไป ตามลำดับ ร้อยละ 44.4, 28.9 และ 26.7 มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 5 – 10 ปี น้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 93.3 มีบัตรประกันสุขภาพ / ประกันสังคม ในการรักษาพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะตัวแปรควบคุม (เพศ อายุ และระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และลักษณะส่วนบุคคล (สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิในการรักษาพยาบาล) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ดังนั้น กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจึงเหมาะสมต่อการศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด และค่าใช้จ่ายด้านยา ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (กลุ่มทดลอง) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (กลุ่มเปรียบเทียบ) ก่อนและหลังการดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน พบผลการวิจัย ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง) ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่า 2 กลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย

และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการเปรียบเทียบที่ไม่แตกต่างกัน

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนกับหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน**กลุ่มทดลอง** หลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 3 เดือน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง) ดีขึ้น ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน พบว่า มีดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนกับหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน ของกลุ่มทดลอง (n = 45)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง 3 เดือน		t	df	p
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม (คะแนน)	29.5	5.9	39.5	4.4	-19.103	44	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร (คะแนน)	10.6	4.0	15.7	2.2	-12.435	44	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย (คะแนน)	2.5	1.6	3.1	1.2	-4.811	44	<0.001
ด้านการจัดการความเครียด (คะแนน)	6.6	2.0	8.1	1.6	-6.819	44	<0.001
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง (คะแนน)	9.8	1.6	12.6	1.1	-13.701	44	<0.001
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)	28.1	5.2	26.6	4.6	5.873	44	<0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	160.8	39.3	143.4	26.1	5.425	44	<0.001
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)	28.1	5.2	25.4	4.5	7.723	44	<0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	160.8	39.3	129.7	18.3	6.574	44	<0.001

หมายเหตุ p จาก paired samples t-test

2.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า **หลังการทดลอง 3 เดือน** ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมรายด้าน (ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.001$) ส่วน**หลังการทดลอง 6 เดือน** ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง 3 เดือนและ 6 เดือน (n = 45)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
หลังการทดลอง 3 เดือน							
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม (คะแนน)	39.5	4.4	32.1	4.2	8.051	88	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร (คะแนน)	15.7	2.2	12.0	2.4	7.443	88	<0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง 3 เดือนและ 6 เดือน (n = 45)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านการออกกำลังกาย (คะแนน)	3.1	1.2	2.3	1.0	3.333	88	0.001
ด้านการจัดการความเครียด (คะแนน)	8.1	1.6	6.8	1.5	3.918	88	<0.001
ด้านการลดปัจจัยเสี่ยง (คะแนน)	12.6	1.1	10.9	1.5	5.844	88	<0.001
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)	26.6	4.6	29.8	6.3	-2.771	88	0.007
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	143.4	26.1	165.8	32.3	-3.602	88	0.001
หลังการทดลอง 6 เดือน							
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)	25.4	4.5	29.7	6.2	-3.647	88	<0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	129.7	18.3	151.8	28.0	-4.425	75.7	<0.001

หมายเหตุ p จาก Independent t-test

3. ความสามารถในการลดน้ำหนัก และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดยาและการหยุดยารักษาโรคเบาหวานจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สำหรับกลุ่มทดลอง ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หลังการทดลอง 3 เดือน สามารถลดน้ำหนักได้ ร้อยละ 86.7 (ลดได้น้อยกว่า 5% 5-9.9% และ 10% ขึ้นไป ร้อยละ 44.4, 37.9 และ 4.4 ตามลำดับ) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 37.8 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 31.1 (ในระยะนี้แพทย์ยังไม่ได้พิจารณาให้หยุดยารักษาโรคเบาหวาน)

หลังการทดลอง 6 เดือน สามารถลดน้ำหนักได้ ร้อยละ 93.3 (ลดได้น้อยกว่า 5% 5-9.9% และ 10% ขึ้นไป ร้อยละ 24.4, 46.7 และ 22.2 ตามลำดับ) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 68.9 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 37.8 และสามารถหยุดยารักษาโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 13.3

4. ค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวาน หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 46.7 ใช้จ่ายค่ายาในการรักษาโรคเบาหวาน / เดือน มากกว่า 100 บาท รองลงมา ร้อยละ 37.7 และ 15.6 ใช้จ่ายค่ายา 50 – 100 บาท และน้อยกว่า 50 บาท ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีการใช้จ่ายค่ายา 99.8 บาท / เดือน / คน เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน ร้อยละ 48.9 ใช้จ่ายค่ายาในการรักษาโรคเบาหวาน / เดือน 50 – 100 บาท รองลงมา ร้อยละ 17.8 และ 11.1 ใช้จ่ายค่ายาน้อยกว่า 50 บาท และมากกว่า 100 บาท ตามลำดับ ทั้งนี้ ร้อยละ 22.2 ไม่มีการใช้จ่ายค่ายา (ปรับพฤติกรรมอย่างเดียว โดยไม่ต้องใช้ยารักษาโรคเบาหวาน) โดยเฉลี่ยมีการใช้จ่ายค่ายา 55.4 บาท / เดือน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาการใช้จ่ายค่ายาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน พบว่าทำให้ลดค่าใช้จ่ายยารักษาโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยลดหรือประหยัดค่าใช้จ่ายได้ ร้อยละ 44.4

5. ความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ร้อยละ 57.8 มีความพึงพอใจในระดับมาก และร้อยละ 42.2 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จำแนกรายประเด็น พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในระดับมากและปานกลาง โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในระดับไม่พอใจในทุกกิจกรรม ทั้งนี้ กิจกรรมที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากสูงที่สุด ร้อยละ 73.3 คือ การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็น รองลงมา ร้อยละ 66.7 และ 60.0 คือ การได้รับ

กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ส่วนกิจกรรมที่มีความพึงพอใจในระดับมากน้อยที่สุด ร้อยละ 28.9 คือ สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด รองลงมา ร้อยละ 33.3 และ 37.8 คือ ความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และความเหมาะสมของระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในระดับปานกลาง พบว่า ร้อยละ 71.1 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสูงที่สุด รองลงมา ร้อยละ 66.7 และ 62.2 คือ ความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และวิธีการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลลัพธ์ดีกว่าการดูแลแบบเดิม ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยง ผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจากโปรแกรมไม่ได้มุ่งเน้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ประกอบด้วยการประเมินปัญหา การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย การติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ และการประเมินผลเป็นระยะ สอดคล้องกับแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System) ของ Orem ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยบุคลากรสุขภาพทำหน้าที่ให้ความรู้ สนับสนุน ชี้แนะ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม[14] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura ซึ่งอธิบายว่า ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด มีอิทธิพลต่อการเลือกพฤติกรรม ความพยายาม ความคงทนในการปฏิบัติ และการเผชิญกับอุปสรรค[15] ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล สุทธินุ่น[16], เสาทอง พิชยภิญโญ, ละกำปั่น สุพัตรา[17], ลัดดาวัลย์ พิมพ์เรือง[18] และจงกล สุกิจจารักษ์[19] ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีการสนับสนุนและติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า หลังการดำเนินการ 3 และ 6 เดือน กลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจากพฤติกรรมสุขภาพไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกได้ โดยการลดพลังงานจากอาหารร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย ช่วยลดน้ำหนักและส่งผลต่อความไวต่ออินซูลินและการควบคุมระดับน้ำตาล โปรแกรมที่ให้ผู้ป่วยร่วมเลือกแนวทางการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงอาจช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเป็นรูปธรรม ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา DiRECT ของ Lean et al.[20] และการศึกษา DIADEM-I ของ Taheri et al.[21] ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นร่วมกับการควบคุมพลังงาน และการเพิ่มกิจกรรมทางกายช่วยลดน้ำหนักและปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของพิชิต สุขสบาย[12], เดือนเพ็ญ เกี่ยนบุ้น และคณะ[22] และณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ และคณะ[23] ที่พบผลในทิศทางเดียวกัน

ด้านการลดหรือหยุดยารักษาโรคเบาหวาน พบว่า หลัง 6 เดือน ผู้ป่วยร้อยละ 37.8 สามารถลดยาและร้อยละ 13.3 สามารถหยุดยา รวมร้อยละ 51.1 ที่สามารถลดหรือหยุดยาได้ภายใต้การดูแลของแพทย์ ผลดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการลดน้ำหนัก และการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักฐานที่

พบว่า การลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับโอกาสเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ และผู้ที่ลดน้ำหนักได้มากมีแนวโน้มมีผลลัพธ์ที่ดีกว่า[24] รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย[12], จงกล สุกิจจารักษ์[19], เดือนเพ็ญ เกี่ยนบุ้น และคณะ[22] และชณัฏฐา เรืองสุทธิภาพ[25] อย่างไรก็ตาม การลดหรือหยุดยาไม่ควรถือเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา แต่ควรดำเนินการเมื่อผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสม และอยู่ภายใต้การประเมินของแพทย์เพื่อความปลอดภัย

ด้านค่าใช้จ่าย พบว่าหลังดำเนินการ 6 เดือน ค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองลดลงจาก 99.8 เป็น 55.4 บาทต่อคนต่อเดือน หรือลดลงประมาณร้อยละ 44.4 ผลดังกล่าวน่าจะสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีขึ้นและการลดหรือหยุดยาของผู้ป่วยบางส่วน จึงสะท้อนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดอาจช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาได้ โดยเฉพาะเมื่อการลดการใช้ยาเกิดจากการควบคุมโรคที่ดีขึ้นและการพิจารณาของแพทย์อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lean et al.[20] ที่พบว่าโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถส่งเสริมการลดน้ำหนักและนำไปสู่การเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานสงบ ซึ่งสัมพันธ์กับการลดความจำเป็นในการใช้ยาลดระดับน้ำตาล นอกจากนี้ Lean et al.[8] ยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยสามารถคงการลดน้ำหนักไว้ได้ ผลของการควบคุมโรคและการลดการใช้ยามีความยั่งยืนมากขึ้น ขณะที่ Look AHEAD พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นช่วยลดจำนวนยาที่ใช้และลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้อย่างมีนัยสำคัญ[26] สอดคล้องกับการศึกษาของ Jenks et al.[27] ซึ่งพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและกิจกรรมทางกายสามารถช่วยลดการใช้ยาและค่าใช้จ่ายด้านยารักษาโรคเบาหวานได้

ด้านความพึงพอใจ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในระดับปานกลางถึงมาก โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการได้รับกำลังใจ สะท้อนความสำคัญของการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแลตนเองและเลือกวิธีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจด้านระยะเวลา วิธีการและกิจกรรมความรู้และทักษะในการนำไปใช้ รวมถึงสัมพันธภาพกับบุคลากรยังอยู่ในระดับที่สามารถพัฒนาได้ จึงควรออกแบบกิจกรรมให้มีความยืดหยุ่น เน้นทักษะที่นำไปใช้ได้จริง และใช้การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจมากกว่าการกดดันผู้ป่วย

โดยสรุป การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย การส่งเสริมการจัดการตนเอง การติดตามอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ และการประเมินผลเป็นระยะ สามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ลดดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาล เพิ่มโอกาสในการลดหรือหยุดยาภายใต้การดูแลของแพทย์ และลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ ผลการศึกษาสนับสนุนว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปฐมภูมิควรพัฒนาจากการดูแลที่เน้นการจ่ายยาและติดตามระดับน้ำตาลไปสู่การดูแลเชิงรุกที่ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีศักยภาพในการสร้างผลลัพธ์ทั้งด้านสุขภาพ การใช้ยาและค่าใช้จ่ายได้พร้อมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม กระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ดูแล รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปอยู่ในความรับผิดชอบ ควรสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมินำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมาเป็นส่วนหนึ่งของระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเน้นการปรับพฤติกรรม การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

2. ควรพัฒนาระบบติดตามผลการลดน้ำหนักและการควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อใช้ประกอบการ

วางแผนดูแลและพิจารณาปรับลดการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

3. ควรนำข้อมูลการลดค่าใช้จ่ายด้านยามาประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการ โดยพิจารณาต้นทุนของการดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดควบคู่กันก่อนขยายผลในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. บุคลากรสุขภาพควรประเมินปัญหา ความพร้อม และบริบทของผู้ป่วยก่อนกำหนดเป้าหมายด้านน้ำหนัก อาหาร และกิจกรรมทางกาย

2. ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและเลือกแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง

3. ควรติดตาม ให้กำลังใจ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพิจารณาเยี่ยมบ้านในรายที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมหรือระดับน้ำตาลได้

4. การลดหรือหยุดยาควรดำเนินการภายใต้การประเมินและดูแลของแพทย์ โดยยึดการควบคุมโรคอย่างปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลัก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว 12–24 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาล และการลดหรือหยุดยา

2. ควรประเมิน HbA1c ร่วมกับ DTX เพื่อสะท้อนการควบคุมระดับน้ำตาลทั้งระยะสั้นและระยะยาว

3. ควรศึกษาความคุ้มค่าของโปรแกรม โดยเปรียบเทียบต้นทุนการดำเนินงานกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการลดค่าใช้จ่ายด้านยา

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9.(2026). Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes 2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S183-S215.
2. World Health Organization.(2024). Diabetes. World Health Organization. 2024.
3. กรมควบคุมโรค.(2567). กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก 2567 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข แม้จะต้องอยู่ร่วมกับโรคเบาหวาน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. กรมควบคุมโรค.(2568). ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานและการป้องกันควบคุมโรค. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2566.
6. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย; 2565.
7. Taylor R, Al-Mrabeh A, Sattar N.(2019). Understanding the mechanisms of reversal of type 2 diabetes. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(9):726-736.
8. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al.(2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(5):344-355.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม.(2568). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดสมุทรสงคราม. สมุทรสงคราม : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม. 2568.
10. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale NJ.: Lawrence Erl¬baum Associate; 1988.

11. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2565.
12. พิชิต สุขสบาย.(2567). ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2567;38(1):1–15.
13. Bloom, B. S.(1971). Mastery learning. Holt, Rinehart & Winston. 1971.
14. Orem, D. E.(2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). Mosby. 2001.
15. Bandura, A.(1977). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman. 1997.
16. นฤมล สุทธินุ่น.(2567). ประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. 2567.
17. เสาทอง พิชยภิญโญ, ละกำปั่น สุพัตรา.(2563). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์. 2563;27(1):20-33.
18. ลัดดาวัลย์ พิมพ์เรือง.(2566). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการแกว่งแขนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และมีโรคร่วม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;4(2):91-103.
19. จงกล สุกิจจารักษ์.(2567). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะบ้าย้อย. [รายงานการวิจัย]. สงขลา: โรงพยาบาลสะบ้าย้อย; 2567.
20. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al.(2018). Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet. 2018;391(10120):541-551. doi:10.1016/S0140-6736(17)33102-1.
21. Taheri S, Zaghloul H, Chagoury O, Elhadad S, Hayder Ahmed S, El Khatib N, et al.(2020). Effect of intensive lifestyle intervention on bodyweight and glycaemia in early type 2 diabetes (DIADEM-I): an open-label, parallel-group, randomized controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(6):477-489. Doi:10.1016/S2213-8587(20)30117-0.
22.เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น, พงษ์เธียร พันธ์พิพัฒไพบูลย์, ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ, ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชุมพร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(6):540-550.
23. ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์, ภูมิธพัฒน์ มายุศิริ, เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น, พนัดดา นักดนตรี.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เพื่อเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร. วารสารการศึกษา สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2567;9(1):298-307.
24. Jacob E, Avery A.(2021). Energy-restricted interventions are effective for the remission of newly diagnosed type 2 diabetes: a systematic review of the evidence base. Obes Sci Pract. 2021;7(5):606-618. doi:10.1002/osp4.504.
25. ชณัฏฐา เรืองสุทธิภาพ.(2565). ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอพิบูลมังสาหาร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2565;9(2):323-330.
26. Espeland MA, Glick HA, Bertoni A, Datto C, Mather KJ, Bray GA, et al.(2014). Impact of an intensive lifestyle intervention on use and cost of medical services among overweight and obese adults with type 2 diabetes: the Action for Health in Diabetes. Diabetes Care. 2014;37(9):2548-2556. doi:10.2337/dc14-0095.
27. Jenks AB, et al.(2017). Long-term cost reduction of routine medications following a residential programme combining physical activity and nutrition in the treatment of type 2 diabetes: a prospective cohort study. BMJ Open Diabetes Res Care. 2017;5(1).

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส

"Factors Associated with coping Among Maternal Syphilis"

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุพัตรา อันทรินทร์[1] และสุภาพร ประนัดทา[2]
Supattra Auntarin[1] and Supaporn Pranudta[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ต่อการเผชิญความเครียด ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ที่เข้าบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73, .92, .84 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 53.64) ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 45.45) ระยะของการติดเชื้อซิฟิลิสพบมากที่สุดคือ ระยะแฝง (latent syphilis) (ร้อยละ 90.91) และได้รับการรักษาด้วย Benzathine (ร้อยละ 90.91) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส และการเผชิญความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (M = 18.72, SD = 4.42, M = 24.64, SD = 8.09, M = 64.78, SD =12.04 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 49.98, SD = 8.12) ผลการวิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม (r= -.28, p <.001) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด (r= .28, p <.001, r= .47, p <.001)

คำสำคัญ : การรับรู้ความเครียด, การรับรู้ภาวะเสี่ยง, การสนับสนุนทางสังคม, การเผชิญความเครียด, ซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์

Abstract

This survey research aimed to examine the relationships between Perceived stress, Perceived risk, Social support, and Stress coping among pregnant women with syphilis infection. The sample comprised pregnant women diagnosed with syphilis who received screening and treatment services at Mahasarakham Hospital, Kalasin Hospital, and Roi Et Hospital. Purposive sampling was used to recruit participants. Data were collected from August 2025 to July 2026. Research instruments included a demographic data questionnaire,Perceived Stress Scale, Perceived Risk of Syphilis Infection Questionnaire, Social Support Scale, and Stress Coping Questionnaire. Cronbach's alpha coefficients for these measures were .73, .92, .84, and .81, respectively. Data were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that a majority of participants were primigravida (53.64%), were most frequently diagnosed during the first trimester (45.45%), presented predominantly with latent syphilis (90.91%), and received treatment with Benzathine penicillin (90.91%). The mean scores for perceived stress, perceived risk

[1] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author; email: Supaporn4@smnc.ac.th

of syphilis infection, and stress coping were at moderate levels (M = 18.72, SD = 4.42; M = 24.64, SD = 8.09; M = 64.78, SD = 12.04, respectively). Social support had a high mean score (M = 49.98, SD = 8.12). Statistical analysis using Spearman's rank correlation coefficient showed that perceived stress had a significant negative correlation with social support (r = -.28, p < .001). Perceived risk of syphilis infection during pregnancy and social support both had significant positive correlations with stress coping (r = .28, p < .001 and r = .47, p < .001, respectively).

Keywords: Perceived Stress, Perceived Risk, Social Support, Stress Coping, Syphilis in Pregnancy

บทนำ

โรคซิฟิลิส (syphilis) หมายถึง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อ *Treponema pallidum* สามารถทำให้เกิดอันตรายแก่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้หลายระบบ เช่น ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด ซิฟิลิสระบบประสาท เป็นต้น[1] สถานการณ์โรคซิฟิลิสในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของของโรคติดเชื้อที่มีแนวโน้มเกิดการระบาดในปี 2567 ซึ่ง 1 ใน 9[2] คือ โรคซิฟิลิส ดังนั้นกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรคจึงมีเป้าหมายควบคุมอัตราการป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤50 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพแสนคน จากการสำรวจสถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ.2563-2565 พบว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเท่ากับ 55.5 49.9 และ 98.2 ต่อประชากรเด็กเกิดมีชีพแสนคนตามลำดับ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับร้อยละ 0.58 0.80 และ 1.05 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดที่ได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยซิฟิลิสแต่กำเนิด จำนวน 352 คน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี (36.6%) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก (47.2%) และมาฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ (60.2%) ยิ่งไปกว่านั้น พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 62.1 ได้รับการรักษาไม่ครบถ้วนก่อนวันคลอด ประกอบกับความครอบคลุมของการคัดกรองช่วงอายุครรภ์ 28–32 สัปดาห์ยังอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการฉีดยายาเข็มแรกภายใน 30 วันก่อนคลอด นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการติดตามคู่สมรสมาตรวจคัดกรอง ซึ่งอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสในคู่สมรสสูงกว่าการติดเชื้อเอชไอวีถึง 19 เท่า สถิติภาพรวมชี้ให้เห็นว่าอัตราการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นจาก 25.1 ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคนในปี พ.ศ. 2561 มาเป็น 98.2 ในปี พ.ศ. 2565 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าอย่างต่อเนื่อง[2,3]

การติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีธรรมชาติการดำเนินโรคเช่นเดียวกับประชากรทั่วไป เริ่มจากการเกิดแผลขอบแข็ง ผื่น ตุ่มนูน (condyloma lata) จนเข้าสู่ระยะแฝงที่ไม่แสดงอาการ และอาจพัฒนาไปสู่ระยะแทรกซ้อนรุนแรงในระยะยาว[4] ทว่าความรุนแรงสำคัญเมื่อเกิดการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ คือโอกาสในการส่งผ่านเชื้อไปยังทารกในครรภ์ ทั้งในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ในมารดา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์[5] ความรุนแรงจากความสัมพันธ์กับคู่สมรส[6] ตลอดจนเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี[7] สำหรับผลกระทบต่อทารก พบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อการทารกพิการแต่กำเนิด ภาวะทารกบวมน้ำ (hydrops fetalis) การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย การเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด การต้องเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) เกิน 24 ชั่วโมง หรือร้ายแรงถึงขั้นทารกตายในครรภ์[8-10] ผลกระทบวิกฤตเหล่านี้สร้างความกดดันทางจิตใจและก่อให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรงแก่หญิงตั้งครรภ์

ตามแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) [11] ความเครียดเกิดจากกระบวนการรับรู้และประเมินทางสติปัญญาต่อสิ่งกระตุ้น โดยหญิงตั้งครรภ์จะประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) ว่าการติดเชื้อซิฟิลิสเป็นภาวะคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพตนเองและทารกหรือไม่ หากประเมินว่าเป็นภาวะคุกคามก็จะเกิดความเครียดขึ้น จากนั้นจะทำการประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เพื่อพิจารณาว่าตนมีทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพียงพอในการจัดการกับความเครียดนั้นหรือไม่ หากพบว่าทรัพยากรไม่เพียงพอก็จะยิ่งเพิ่มระดับความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sanguanklin และคณะ[12] ที่พบว่าการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ ($r = -.23$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบไม่เหมาะสม ($r = .35$, $p < .01$) ความเครียด หญิงตั้งครรภ์จะพยายามหาทางเผชิญความเครียด แต่หากเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ก็อาจยิ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์

ปัจจัยสำคัญที่มีบทบาทเป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดการความเครียดคือ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งช่วยลดระดับผลกระทบและความรุนแรงของสถานการณ์คุกคาม [11] หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bedaso และคณะ พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดความเครียดและเป็นกลไกช่วยให้หญิงตั้งครรภ์จัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ ขณะเดียวกัน การรับรู้ภาวะเสี่ยง (Perceived risk) ซึ่งเป็นปัจจัยบุคคลเกี่ยวกับการประเมินอันตรายของสถานการณ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิสอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่การเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม โดยการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ แบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) และแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ (Emotion-focused coping)[11]

จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนส่งเสริมการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพัฒนาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ต่อการเผชิญความเครียด ของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive

sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสก่อนการตั้งครรภ์

2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยในการฟัง พูด อ่าน เขียน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power3.1 คำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบ Chi-square โดยค่า Effect size 0.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการวิเคราะห์เนื่องจากข้อมูลอาจมีการสูญหายจึงเพิ่มขนาด outliers กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมทั้งหมด 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และอาชีพ 2) ข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะของการติดเชื้อซิฟิลิส การรักษาที่ได้รับ อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อซิฟิลิส โรคประจำตัวและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในขณะตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา (Perceived stress scale-10: PSS-10) ของ Cohen, Kamarck, and Mermelstein[14] ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran[15] จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) อารมณ์เครียด (6 ข้อ) และ 2) การควบคุม (4 ข้อ) ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (0–4) ได้แก่ ไม่มีเลย จนถึงบ่อยมาก คะแนนรวมเท่ากับ 0-40 เกณฑ์การแปลผลคะแนนมี 3 ระดับ คือ คะแนน 0-13.33 หมายถึงระดับต่ำ คะแนน 13.34-26.66 หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนน 26.67-40 หมายถึงระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการติดเชื้อซิฟิลิสต่อสุขภาพของตนเองและบุตร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1-5) ได้แก่ ไม่เห็นด้วย จนถึง เห็นด้วยมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 15-50 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ[16] ประกอบ ด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ (1-5) ด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 3 ข้อ (6-8) ด้านข้อมูล จำนวน 3 ข้อ (9-11) และด้านสิ่งของ จำนวน 4 ข้อ (12-15) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (1-4) ได้แก่ ไม่จริงเลย จนถึง เป็นจริงมากที่สุด มีคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 15-60

คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของปณิตา ปรีชากรกนกกุล และคณะ[17] โดยวัดการเผชิญความเครียด 2 รูปแบบ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ด้วยอารมณ์มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคย ใช้วิธีการนั้นเลย จนถึง ใช้วิธีนั้นเป็นประจำ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 25-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ใช้การเผชิญความเครียดมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านทางการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 4 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาลและสูตินรีแพทย์ และหาความเที่ยงโดยใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด เท่ากับ .73, .92, .84 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2569 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่คลินิกฝากครรภ์ เพื่อแนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยอย่างอิสระในสถานที่ที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งนำแบบสอบถามมาคืนให้กับผู้วิจัยภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความเครียด แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการเผชิญความเครียด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึง

วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 23.87 ปี (SD = 4.30, range 18-39) สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน มากที่สุด (ร้อยละ 54.55) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 50.91) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 41.82) รับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 31.82) ได้รับความช่วยเหลือในขณะตั้งครรภ์จากสามี (ร้อยละ 75.45)

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพและการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสวนใหญ่เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 53.64) ส่วนมากอายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 1 (ร้อยละ 45.45) รองลงมาคือ ไตรมาสที่ 2 (42.72) ระยะของการติดเชื้อซิฟิลิสพบมากที่สุดคือ ระยะแฝง (latent syphilis) (ร้อยละ 90.91) รองลงมาคือ ระยะที่ 1 (Primary syphilis) (ร้อยละ 13.64) ได้รับการรักษาด้วย Benzathine (ร้อยละ 90.91) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว/ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (ร้อยละ 90)

3. ข้อมูลการเผชิญความเครียดและปัจจัยที่ศึกษา พบว่า การรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส และการเผชิญความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง (M = 18.72, SD = 4.42, M = 24.64, SD = 8.09, M = 64.78, SD =12.04 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 49.98, SD = 8.12)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส การสนับสนุนทางสังคม ต่อการเผชิญความเครียด พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม (r= -.28, p <.001) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด (r= .28, p <.001) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด (r= .47, p <.001) ส่วนการรับรู้ความเครียดสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม (r= -.47, p <.001)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาการรับรู้ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 18.72, SD = 4.42) สอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล[18] พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.3 มีความเครียดระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 33.5 และระดับรุนแรง ร้อยละ 6.0 นอกจากนี้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์เป็นสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การรักษา ตลอดจนการติดตามคู่สมรสให้เข้ารับการตรวจและรักษา เมื่อหญิงตั้งครรภ์ประเมินว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นภาวะคุกคาม จึงส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสการรับรู้ว่าตนเองติด

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การกลัวการตีตรา ความอับอาย และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ล้วนเป็นภาระทางจิตสังคมที่อาจส่งผลต่อระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์[19] นอกจากนี้ ลักขณา ออดินาร์ด พบว่า การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์รวมถึงช่วยส่งเสริมการปรับตัวและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอาจช่วยให้ความเครียดไม่อยู่ในระดับสูง[20]

2. ผลการศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (M = 24.64, SD = 8.09) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิสได้รับรู้ถึงผลกระทบของโรคทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก การเกิดซิฟิลิสแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจเกิดขึ้นกับทารก ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการประเมินความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบจากโรค อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยได้รับการรักษาด้วย Benzathine ร้อยละ 90.91 จึงอาจทำให้การรับรู้ภาวะเสี่ยงไม่ได้อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sousa และคณะ พบว่าร้อยละ 45.5 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการแพร่เชื้อซิฟิลิสในระดับปานกลาง ผู้ที่มีความรู้ในระดับปานกลางและเพียงพอมีทัศนคติต่อการป้องกันและการแพร่เชื้อที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21]

3. ผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 49.98, SD = 8.12) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือในขณะตั้งครรภ์จากสามี ร้อยละ 75.45 แสดงให้เห็นว่าสามีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ทั้งด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล การช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนการสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง การได้รับการสนับสนุนดังกล่าวช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง และมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด นอกจากนี้การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกสามารถช่วยลดความวิตกกังวล และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อภาวะการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม[20]

4. ผลการศึกษาการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า การเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 64.78, SD = 12.04) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิส จะต้องปรับตัวต่อสถานการณ์หลายด้าน ทั้งการยอมรับภาวะเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษา การดูแลสุขภาพของตนเอง การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก รวมถึงการจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามการประเมินสถานการณ์และแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ ซึ่ง Guardino และคณะ พบว่าการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และทักษะการเผชิญความเครียดที่ไม่ดี มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางจิตใจและสุขภาพบางประการ[22] แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ (emotion-focused coping) โดยบุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดตามลักษณะของสถานการณ์และทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่[11]

5. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดกับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28$, $p < .001$) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าสถานการณ์การติดเชื้อซิฟิลิสเป็นภาวะที่คุกคามและก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง อาจส่งผลต่อความสามารถในการประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจ และการเลือกใช้วิธีจัดการกับปัญหา ทำให้การเผชิญความเครียดลดลง ในทางตรงกันข้าม หากสามารถควบคุมหรือจัดการความเครียดได้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่ง Lau Y และคณะ พบว่า การรับรู้ความเครียดในลักษณะบวกและลบมีอิทธิพลต่อรูปแบบการเผชิญความเครียดในทิศทางที่แตกต่างกัน และการรับรู้ความเครียดสามารถทำนายความแตกต่างของรูปแบบการเผชิญความเครียดได้[23] สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanguanklin และคณะ ซึ่งศึกษาหญิงตั้งครรภ์ 128 คน พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในหลายรูปแบบ โดยการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบไม่เหมาะสม ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา[12] ดังนั้น การรับรู้ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงอาจมีความสัมพันธ์กับวิธีการที่บุคคลเลือกใช้ในการเผชิญและปรับตัวต่อสถานการณ์ ผลการศึกษาของ Zhang และคณะสนับสนุนว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสมีประเด็นด้าน stigma และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของการติดเชื้อ ซึ่งเป็นบริบทสำคัญต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้[19]

6. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสกับการเผชิญความเครียด พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26$, $p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและผลกระทบของการติดเชื้อซิฟิลิสต่อตนเองและทารกมากขึ้น จะทำให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง การเข้ารับการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการแสวงหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์และเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Maharramova และคณะพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับระดับความเครียดเฉพาะการตั้งครรภ์ เมื่อการรับรู้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ระดับความเครียดก็เพิ่มขึ้นด้วย[24] แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ที่อธิบายว่า การประเมินสถานการณ์เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเผชิญความเครียด เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์มีความสำคัญหรือมีความเสี่ยงต่อตนเอง จะนำไปสู่การประเมินทรัพยากรและเลือกวิธีการจัดการกับสถานการณ์นั้น ดังนั้น การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์

7. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47$, $p < .001$) และเป็นปัจจัยที่มีขนาดความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดสูงที่สุดในตัวแปรที่ศึกษา ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือจากสามี ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล การดูแล และทรัพยากรต่าง ๆ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าตนเองมีบุคคลที่สามารถพึ่งพาได้ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อซิฟิลิส นอกจากนี้ แรงสนับสนุนจากครอบครัวทำให้

ปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง รวมทั้งการให้ความรู้และคำปรึกษาช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคต่อตนเอง[20] ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส สอดคล้องกับ Zhang และคณะ ซึ่งศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสจำนวน 355 ราย พบว่าร้อยละ 19.83 มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสจึงอาจได้รับอิทธิพลจากทั้งครอบครัว คู่สมรส บุคลากรสุขภาพ และการรับรู้การตีตราจากสังคม[19] การจัดบริการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษา และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคู่สมรสและครอบครัว เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส

ข้อเสนอแนะ

1.พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อซิฟิลิสอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งส่งเสริมให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียด

2.ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของสามีหรือครอบครัว รวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้ได้แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิสที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือ ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชนากานต์ เกิดกลิ่นหอม.(2563). คู่มือการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิส. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานประจำปี 2565 กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรมอนามัย; 2565.
3. ลดาพร วงษ์กัณหา.(2565). แนวโน้มของการติดเชื้อซิฟิลิสในสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565; 7(1): 84-8.
4. รานี เมฆะสุวรรณดิ ปรีชา มนทกานติกุล จุฑามณี สุทธิสีสังข์ และคณะ.(2550). ตำราเภสัชบำบัด. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง; 2550.
5. Schlueter A, Doshi U, Garg B, Hersh AR, Caughey AB.(2022). Adverse pregnancy outcomes associated with maternal syphilis infection. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022;35(25):5828-33. doi:10.1080/14767058.2021.1895740
6. หงษาวดี โยธาทิพย์ นันทนา ธนาโนวรรณ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ.(2562). ปัจจัยทำนายความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2562; 11(2): 35-48.
7. Eppes CS, Stafford I, Rac M.(2022). Syphilis in pregnancy: an ongoing public health threat. Am J Obstet Gynecol. 2022;227(6):822-38. doi:10.1016/j.ajog.2022.07.041.

8. Gulersen M, Lenchner E, Eliner Y, Grunebaum A, Johnson L, Chervenak FA, et al.(2023). Risk factors and adverse outcomes associated with syphilis infection during pregnancy. Am J Obstet Gynecol MFM. 2023;5(6):100957. doi:10.1016/j.ajogmf.2023.100957.
9. sai S, Sun MY, Kuller JA, Rhee EHJ, Dotters-Katz S.(2019). Syphilis in pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2019;74(9):557-64. doi:10.1097/OGX.0000000000000713.
10. ชาญฤทธิ์ พงศ์พัฒนาวุฒิ.(2564). ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลลัพธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิส ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารกรมการแพทย์ 2564; 46(4): 59-66.
11. Lazarus RS, Folkman S.(1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
12. Sanguanklin N, Buaboon N, Nirattharadorn M, Kamolwarin S, Poonlert H, Baimonta L.(2024). Relationships between perceived prenatal stress, coping strategies, and pregnancy outcomes. J Police Nurs Health Sci. 2024;16(2):363-75.
13. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D.(2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Reprod Health. 2021;18(1):162. doi:10.1186/s12978-021-01209-5.
14. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.(1983). A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96.
15. Wongpakaran N, Wongpakaran T.(2010). The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. BioPsychoSoc Med. 2010;4:6. doi:10.1186/1751-0759-4-6
16. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, พิริยา ศุภศรี, วรรณทนา ศุภสีมานนท์, นารีรัตน์ บุญเนตร, ชรริน ขวัญเนตร. (2560). แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):28-46.
17. ปณิตา ปรีชากรกนกกุล, สมพร วัฒนนุกูลเกียรติ, วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์.(2555). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555;35(2):53-61
18. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ดวงพร แสงสุวรรณ, ณัฏฐากุล บึงมุม, สุภาพักตร์ หาญกล้า.(2566). ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;46(4):8-21.
19. Zhang X, Wang X, Wang H, He X, Wang X.(2022). Stigmatization and social support of pregnant women with HIV or syphilis in eastern China: a mixed-method study. Front Public Health. 2022;10:764203. doi:10.3389/fpubh.2022.764203
20. ลักขณา ออดินาร์ด .(2566). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2566;5(2):e266336
21. Sousa LC, Dias ALV, Borges BVS, Lira JAC, Rodrigues AFA, Medeiros GG, et al.(2026). Knowledge and attitudes of pregnant women about prevention and transmission of syphilis. Revista Contexto & Saúde. 2026;26(51):e16254. doi:10.21527/2176-7114.2026.51.16254.
22. Guardino CM, Dunkel Schetter C.(2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. Health Psychol Rev. 2014;8(1):70-94. doi:10.1080/17437199.2012.752659
23. Lau Y, Tha PH, Wong DFK, Wang Y, Wang Y, Yobas P.(2016). Different perceptions of stress, coping styles, and general well-being among pregnant Chinese women: a structural equation modeling approach. Arch Womens Ment Health. 2016;19(1):71-8. doi:10.1007/s00737-015-0523-2.
24. Maharramova A, Gur EY.(2024). The pregnant women's perception of risks and pregnancy stress levels: a cross-sectional study from Turkey. Rev Assoc Med Bras. 2024;70(6):e20231270. doi:10.1590/1806-9282.20231270.

การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม

Development of Emergency Nursing Competency in Caring for Stroke Patients, Nakhonphanom Hospital.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ลภัสรดา คำมุงคุณ[1]
Lapatrada Commungkun[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 28 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 25 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันเฉียบพลันกลุ่มประเมินผล จำนวน 34 ราย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปพยาบาล แบบประเด็นการสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Stroke Fast Track แบบประเมินทักษะการพยาบาล (Checklist) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired Samples t-test Wilcoxon Signed-Rank Test และ Chi-square Test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและระบบ Stroke Fast Track การประเมิน NIHSS และการคัดแยกผู้ป่วย การเตรียมและบริหารยา rt-PA การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน และการประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อลดระยะเวลา Door-to-Needle Time ด้านสมรรถนะพยาบาลพบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=4.28) และคะแนนทักษะการพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นกัน (Z=-3.66) ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยพบว่าระยะเวลา Door-to-Needle Time เฉลี่ยลดลงเหลือ 31.71 นาที และอัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.88 ผู้ป่วยกลุ่มประเมินผลทุกรายไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากยา rt-PA และมีผลลัพธ์การรักษาอยู่ในระดับอาการดีขึ้น ความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (4.90±0.38 คะแนน)

คำสำคัญ: สมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉิน, โรคหลอดเลือดสมอง, Door-to-Needle Time

Abstract

This action research aimed to develop emergency nursing competency in caring for stroke patients. The study was conducted from June to September 2026, over a period of ภ months. The qualitative sample comprised 28 emergency department nurses. The quantitative sample comprised 25 emergency department nurses and 34 acute ischemic stroke patients in the outcome evaluation group. Research instruments included a nurse demographic questionnaire, a focus group discussion guide, a knowledge test on stroke care within the Stroke Fast Track system, a nursing skills checklist, a model appropriateness evaluation form, a patient data collection form, and a nurse satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, paired samples t-test, Wilcoxon signed-rank test, and chi-square test. Qualitative data were analyzed using inductive content analysis.

The results showed that the developed competency development model comprised five core components: knowledge of stroke and the Stroke Fast Track system; NIHSS assessment and patient triage; rt-PA preparation and administration; monitoring and management of complications; and multidisciplinary team

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม

coordination to reduce door-to-needle time. The model demonstrated an average content validity index (IOC) of 0.89 and was rated as highly appropriate by experts and participating nurses (4.14±0.82). Regarding nursing competency, knowledge scores increased significantly from 86.67% to 92.67% (t=4.28, p<.001), and skill scores increased significantly from 94.40% to 96.20% (Z=-3.66, p<.001). Regarding patient outcomes, mean door-to-needle time decreased from 32.98 to 31.71 minutes, and the proportion of patients receiving rt-PA within 30 minutes increased from 40.96% to 55.88%. No complications from rt-PA were observed among evaluation-group patients, and all achieved improved clinical outcomes. Nurse satisfaction with the model was rated at the highest level (4.90±0.38).

Keywords: emergency nursing competency, stroke, door-to-needle time

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาภาระโรคระดับโลก (Global Burden of Disease: GBD) พบว่าในปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 12.20 ล้านคน เสียชีวิต 6.60 ล้านคน และสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ถึง 143 ล้านปี ทำให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองและสาเหตุความพิการอันดับสามของโลก[1] ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 70.00 ผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 85.00 และจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 43.00 สาเหตุหลักมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิกสูง ดัชนีมวลกายสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มลพิษทางอากาศ และการสูบบุหรี่[1] สำหรับโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (Ischemic Stroke) มีแนวโน้มอัตราการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการคาดการณ์ว่าอัตราการเกิดโรคมาตรฐานตามอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 89.32 ต่อประชากร 100,000 คนในปี ค.ศ. 2030[2] ในระดับภูมิภาค เอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 3,657.45 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งนับเป็นภูมิภาคที่มีภาระโรคสูงในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[3]

สถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,122 ราย เสียชีวิต 36,214 ราย ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วย 350,934 ราย เสียชีวิตสูงสุดในรอบ 4 ปีที่ผ่านมาถึง 47,275 ราย และปีงบประมาณ 2567 มีผู้ป่วยสะสม 363,688 ราย เสียชีวิต 37,947 ราย[4] ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 18–39 ปีมีจำนวนผู้ป่วยขยายตัวเพิ่มขึ้นมากที่สุดในช่วงที่ผ่านมา โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของคนไทย รองจากโรคมะเร็ง และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการถาวรที่ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 30.00 อาจเสียชีวิต ร้อยละ 30.00 พิการรุนแรง และร้อยละ 40.00 อาจฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติได้[5] นอกจากนี้อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองแตกอยู่ที่ร้อยละ 21.13 ในปี 2566 และร้อยละ 20.77 ในปี 2567 ซึ่งยังคงสูงและเป็นที่น่าเป็นห่วง[5]

ปัจจัยสำคัญที่กำหนดผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันเฉียบพลัน คือ ความรวดเร็วในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant Tissue Plasminogen Activator: rt-PA) ภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ผ่านระบบ Stroke Fast Track โดยมีเกณฑ์มาตรฐาน Door-to-Needle Time (DTN) ไม่เกิน 60 นาที และควรให้ได้ภายใน 30 นาทีเพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุด[6] พยาบาลฉุกเฉินมีบทบาทหลักในกระบวนการนี้ตั้งแต่การคัดแยกผู้ป่วย การประเมินด้วย NIHSS การประสานงานตรวจ CT Brain การเตรียมยา และการบริหารยา rt-PA ซึ่งต้องอาศัยสมรรถนะเฉพาะทางสูง[7]

สมรรถนะทางการพยาบาล (Nursing

Competency) เป็นความสามารถที่ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่วัดได้จากผลการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดของ Benner[8] ซึ่งอธิบายพัฒนาการสมรรถนะพยาบาลจากระดับผู้เริ่มต้น (Novice) ไปสู่ผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ผ่าน 5 ระดับ โดยพยาบาลในระดับ Competent จะเริ่มวางแผนการพยาบาลในเชิงระยะยาวและมองสถานการณ์เป็นภาพรวม[8] สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วย Stroke ได้แก่ สมรรถนะการคัดแยกและประเมินผู้ป่วย สมรรถนะการจัดการยาเร่งด่วน สมรรถนะการประสานงานทีม สมรรถนะการสื่อสาร และสมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิก[9] การที่พยาบาลขาดสมรรถนะในด้านใดด้านหนึ่งย่อมส่งผลให้เกิดความล่าช้าในกระบวนการดูแลรักษา DTN time เกินเกณฑ์ ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสได้รับยาในช่วงเวลาที่เหมาะสม นำไปสู่การเสียชีวิตและความพิการที่สามารถป้องกันได้[7] ในทางตรงกันข้าม การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลฉุกเฉินอย่างเป็นระบบสามารถลด DTN time ได้อย่างมีประสิทธิผล ดังที่พบว่าโรงพยาบาลที่พัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องสามารถลด DTN time ลงได้ถึง 39.23 นาที[10]

จังหวัดนครพนม เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนที่มีประชากรกว่า 700,000 คน พบว่าในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดประมาณ 1,820 ราย ปี 2566 ประมาณ 1,950 ราย และปี 2567 ประมาณ 2,100 ราย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องสอดคล้องกับแนวโน้มระดับประเทศ โรงพยาบาลนครพนมในฐานะโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดและเป็นศูนย์รับ Refer ผู้ป่วย Stroke จากโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งจังหวัด มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2565 ประมาณ 420 ราย ปี 2566 ประมาณ 496 ราย และปี 2567 จำนวน 569 ราย โดยในกลุ่มผู้ป่วย Ischemic Stroke (IS) เข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track ปี 2567 จำนวน 314 ราย จากทั้งหมด 569 ราย ได้รับยา rt-PA 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.43 ของผู้ป่วยที่เข้า Fast Track ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับยาภายใน 30 นาที (DTN ≤30 นาที) เพียง 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.96 ภายใน 45 นาที 70 ราย ร้อยละ 84.34 และภายใน 60 นาทีครบ 83 ราย ร้อยละ 100.00(11) สะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับยาภายในเกณฑ์ 60 นาที แต่การให้ยาภายใน 30 นาทีซึ่งเป็นเป้าหมายคุณภาพสูงสุดยังทำได้เพียงร้อยละ 40.96 เท่านั้น แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างในการพัฒนาที่สำคัญ โดยเฉพาะในมิติของสมรรถนะพยาบาลฉุกเฉินที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้สภาวะกดดันและต้องการความรวดเร็ว

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม พบปัญหาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จากการสำรวจ ทั้งหมด 25 คน พบว่ามีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองเพียง 7 คน จาก 25 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00 โดยแบ่งเป็นผู้ผ่านหลักสูตร Basic Stroke Nursing 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 หลักสูตร Advance Stroke Nursing 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.00 และหลักสูตร Stroke Nurse Specialist 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.00 ในขณะที่พยาบาลส่วนใหญ่ถึง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรใดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ซึ่งสะท้อนให้เห็นช่องว่างสมรรถนะที่สำคัญระหว่างพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางกับพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย Stroke ในระบบ Fast Track จากการหมุนเวียนปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง สถานการณ์เช่นนี้ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความพร้อมของพยาบาลเฉพาะรายที่มีความเชี่ยวชาญ มากกว่าการมีระบบสมรรถนะที่ครอบคลุมทีมพยาบาลทั้งหมด อันเป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายว่าเหตุใด DTN time ภายใน 30 นาทีจึงทำได้เพียงร้อยละ 40.96 ในขณะที่ศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดนครพนมควรทำได้สูงกว่านี้ ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ พยาบาลขาดความรู้และทักษะเฉพาะทางในการประเมิน NIHSS อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

การแปลผล CT Brain เบื้องต้น การเตรียมและบริหารยา rt-PA รวมถึงการสังเกตและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา ประกอบกับบุคลากรพยาบาลมีการหมุนเวียนเข้าเวรตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้พยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์เฉพาะทางต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะที่ใช้อยู่เดิมเน้นการอบรมในชั้นเรียนและการสังเกตการณ์เป็นหลัก ขาดการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติที่เป็นระบบ ขาดการประเมินสมรรถนะจริงในพื้นที่ปฏิบัติงาน และขาดแนวทางการพัฒนาต่อเนื่องหลังการอบรม ส่งผลให้ไม่สามารถยกระดับสมรรถนะพยาบาลได้อย่างยั่งยืน [9,7] การพัฒนารูปแบบสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหมาะสมกับบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลนครพนมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะเป็นรูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริง สะท้อนปัญหาจริง และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงสูงกว่าการนำรูปแบบจากที่อื่นมาใช้โดยตรง ผลที่คาดหวังจากการพัฒนาสมรรถนะได้แก่ การลด DTN time ให้ถึงเป้าหมาย ≤30 นาที การเพิ่มอัตราผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ตามเกณฑ์ และการลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ นำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้น ลดการสูญเสียชีวิตและความพิการที่สามารถป้องกันได้ในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดนครพนม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม
3. เพื่อประเมินผลสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะพยาบาลตามแนวคิดของ Benner และระบบ Stroke Fast Track ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 4 เดือน โดยใช้กระบวนการ PAOR ซึ่งประกอบด้วย วงจรที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ (Plan–Act) และวงจรที่ 2 การนำรูปแบบไปใช้จริงและประเมินผล (Observe–Reflect) โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร การวิจัยครั้งนี้แบ่งประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม ทั้งหมด และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายที่มารับบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 1) กลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Stroke

Fast Track โดยตรง อิงตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด โดยดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาสมรรถนะร่วมกัน การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง 2) กลุ่มตัวอย่างการนำรูปแบบไปใช้จริงและประเมินผล กลุ่มตัวอย่างในวงจรนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้ 2.1) กลุ่มพัฒนา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเดียวกับวงจรที่ 1 และ 2.2) กลุ่มประเมินผล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันเฉียบพลันที่มารับบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 34 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามลำดับการมารับบริการ (Consecutive Sampling) จนครบจำนวน ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปพยาบาล แบบประเด็นการสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Stroke Fast Track แบบประเมินทักษะการพยาบาล (Checklist) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาท 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ Stroke Nurse Specialist ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล 1 ท่าน และหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความสอดคล้องของเนื้อหาในข้อคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และความครอบคลุมของข้อคำถาม เครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ภาพรวม IOC = 0.89 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดนครพนมที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันเฉียบพลันที่มารับบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในเครือข่าย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า และใช้วิธี Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) สำหรับแบบทดสอบความรู้ เครื่องมือวิจัยในภาพรวมมีค่า Cronbach's Alpha = 0.90

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ระยะเวลา 1 เดือน (มิถุนายน พ.ศ. 2569) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลนครพนม โดยจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้ง 25 คน เพื่อค้นหาสถานการณ์ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ย้อนหลัง 3 ปี ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผ่านการทำหนังสือขออนุญาตอย่างเป็นทางการถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ผอ.รพ./นพ.สสจ.) ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัย

และกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และกรอบแนวคิดสมรรถนะพยาบาลตามแนวคิดของ Benner เพื่อออกแบบรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนครพนม นำเสนอร่างรูปแบบต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม พร้อมทั้งจัดเตรียมโครงร่างการวิจัยและยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับการรับรองในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act) ระยะเวลา 1 เดือน (กรกฎาคม พ.ศ. 2569) ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 25 คน โดยดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบ 5 ด้านของรูปแบบ ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและระบบ Stroke Fast Track การฝึกทักษะการประเมิน NIHSS การฝึกทักษะการเตรียมและบริหารยา rt-PA การฝึกทักษะการเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน และการฝึกทักษะการประสานงานทีมสหวิชาชีพในสถานการณ์จำลอง (Simulation-based Training) โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ Stroke Nurse Specialist พร้อมทั้งเก็บข้อมูลความรู้และทักษะก่อนการพัฒนา (Pre-test) จากพยาบาลทุกคนก่อนเริ่มกิจกรรม และเริ่มเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประเมินผลตามลำดับการมารับบริการ (Consecutive Sampling)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) ระยะเวลา 1 เดือน (สิงหาคม พ.ศ. 2569) ผู้วิจัยติดตามและสังเกตการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลหลังผ่านการพัฒนาสมรรถนะ โดยดำเนินการนิเทศติดตามรายบุคคลในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง ประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลหลังการพัฒนาสมรรถนะ (Post-test) ด้วยแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินทักษะ Checklist เปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประเมินผลให้ครบ 34 ราย ได้แก่ ระยะเวลา Door-to-Needle Time อัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน 30 นาที คะแนน NIHSS ก่อนและหลังให้ยา และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา rt-PA พร้อมทั้งเก็บข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และบันทึกปัญหาอุปสรรคที่พบในการนำรูปแบบไปใช้จริง โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณจากแบบบันทึกและเชิงคุณภาพจากการสังเกตและบันทึกภาคสนาม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ระยะเวลา 1 เดือน (กันยายน พ.ศ. 2569) ผู้วิจัยจัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้ง 25 คน เพื่อสรุปผลการดำเนินการวิจัย อภิปรายผลการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งระบุปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคต่อความสำเร็จของรูปแบบ วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยด้วยสถิติที่กำหนด จัดทำรายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ และเสนอแนวทางการนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลสู่โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดนครพนมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired Samples t-test Wilcoxon Signed-Rank Test และ Chi-square Test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบอุปนัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครพนม เลขที่ 33/2569 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรับบริการ และข้อมูลส่วน

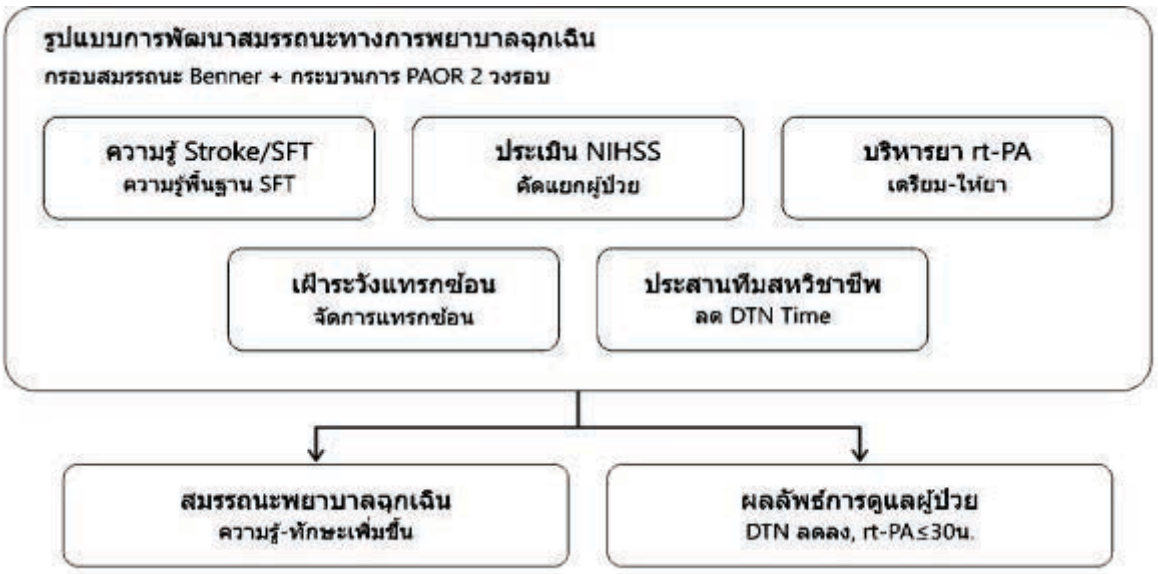
บุคคลได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับตลอดกระบวนการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการ PAOR ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน–กันยายน พ.ศ. 2569 มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบ นำรูปแบบไปทดลองใช้ และประเมินผลสมรรถนะพยาบาลตลอดจนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย สามารถสรุปผลการศึกษาได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉิน ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่าพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังขาดความมั่นใจในหลายขั้นตอนของระบบ Stroke Fast Track โดยเฉพาะการประเมิน NIHSS การเตรียมและบริหารยา rt-PA และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านความรู้ ประสบการณ์เฉพาะทาง และการประสานงานทีมสหวิชาชีพที่ยังไม่ราบรื่น โดยพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองควบคู่กับการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการอบรมเชิงบรรยายเพียงครั้งเดียว

2. ผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉิน



ภาพ 1 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม ฉบับสมบูรณ์

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดสมรรถนะพยาบาลของ Benner ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและระบบ Stroke Fast Track การประเมิน NIHSS และการคัดแยกผู้ป่วย การเตรียมและบริหารยา rt-PA การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน และการประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อลดระยะเวลา Door-to-Needle Time ผลการ

ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและพยาบาลกลุ่มพัฒนา รวม 28 คน พบว่าอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 4.14, S.D. = 0.82) และรูปแบบดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้วยค่า IOC ภาพรวมเท่ากับ 0.89 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพนม ที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้เริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาผ่านการสนทนากลุ่มร่วมกับข้อมูลสถิติผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยย้อนหลัง 3 ปี ซึ่งนำไปสู่การออกแบบรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะภายใต้กรอบแนวคิดสมรรถนะพยาบาลของ Benner ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR โดยรูปแบบประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ด้านที่เชื่อมโยงกันตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้แก่ การพัฒนาความรู้พื้นฐานเรื่องโรคหลอดเลือดสมองและระบบ SFT การฝึกทักษะการประเมิน NIHSS และคัดแยกผู้ป่วย การฝึกเตรียมและบริหารยา rt-PA การฝึกเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน และการพัฒนาทักษะการประสานงานทีมสหวิชาชีพเพื่อลดระยะเวลา Door-to-Needle Time ซึ่งทั้งห้าองค์ประกอบนี้ส่งผลลัพธ์ 2 ด้านที่สอดคล้องกัน คือ การเพิ่มสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในเชิงความรู้และทักษะของพยาบาล และการยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเชิงคลินิก สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบนี้ไม่ได้มุ่งพัฒนาเฉพาะตัวบุคคลพยาบาลเท่านั้น แต่เชื่อมโยงไปถึงผลลัพธ์ปลายทางที่มีต่อผู้ป่วยโดยตรงด้วย ดังแสดงในภาพ 1

3. ผลของการใช้รูปแบบต่อสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 25 คน มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.67 เป็นร้อยละ 92.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.28, p<0.001) และมีคะแนนทักษะการพยาบาลเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.40 เป็นร้อยละ 96.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (Z=-3.66, p<0.001) โดยเฉพาะทักษะด้านการประเมิน NIHSS ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาที่พบในการวิเคราะห์สถานการณ์เดิม

4. ผลของการใช้รูปแบบต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Stroke Fast Track ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันเฉียบพลันกลุ่มประเมินผล จำนวน 34 ราย พบว่าระยะเวลา Door-to-Needle Time เฉลี่ยลดลงจาก 32.98 นาที เหลือ 31.71 นาที และอัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.96 เป็นร้อยละ 55.88 อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Chi-square Test พบว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p> 0.05) ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มประเมินผลทุกรายไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากยา rt-PA และมีผลลัพธ์การรักษาอยู่ในระดับอาการดีขึ้นครบทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100.00

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Stroke Fast Track ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ พบว่า ก่อนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เฉลี่ย 26.00±1.71 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 86.67 อยู่ในระดับมาก หลังการพัฒนาสมรรถนะมีความรู้เฉลี่ย 27.80±1.47 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 92.67 อยู่ในระดับมากเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ 1.80 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 6.00 ของคะแนนเต็ม เนื่องจากข้อมูลผลต่างมีการแจกแจงแบบปกติตามผลการทดสอบด้วย Shapiro-Wilk Test (p=0.274) จึงทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่าคะแนนความรู้หลังการพัฒนาสมรรถนะสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.28, p<0.001, 95%CI: 0.93, 2.67)

การเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Stroke Fast Track ของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ พบว่า ก่อนการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพมีทักษะเฉลี่ย 94.40±3.42 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน อยู่ในระดับมาก หลังการพัฒนาสมรรถนะมีทักษะเฉลี่ย 96.20±2.57 คะแนน อยู่ในระดับมากเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบทักษะก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนทักษะเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$) เท่ากับ 1.80 คะแนน เนื่องจากข้อมูลผลต่างมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติตามผลการทดสอบด้วย Shapiro-Wilk Test ($p=0.049$) จึงทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test แทน พบว่าคะแนนทักษะหลังการพัฒนาสมรรถนะสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-3.66$, $p<0.001$)

5. ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลกลุ่มพัฒนาต่อรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะภายหลังดำเนินการครบตามรูปแบบ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.90, S.D. = 0.38) โดยเฉพาะด้านวิธีการฝึกอบรมและฝึกทักษะ และความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อรูปแบบ ซึ่งได้คะแนนสูงสุดเท่ากัน สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นที่ยอมรับและตรงตามความต้องการของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจริง

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดสมรรถนะพยาบาลของ Benner ประกอบด้วยองค์ประกอบครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะการประเมิน การบริหารยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการประสานงานทีมสหวิชาชีพ ได้รับการประเมินความเหมาะสมในระดับสูงจากผู้ทรงคุณวุฒิและพยาบาลกลุ่มพัฒนา สอดคล้องกับแนวคิดของ อภิญญา อินทรวิเศษ และ สายสกุล สิงหาญ[12] ที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่จริง จนได้รูปแบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินคัดกรองจนถึงการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการออกแบบรูปแบบพัฒนาสมรรถนะที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในบริบทเดียวกันย่อมได้รูปแบบที่สอดคล้องกับปัญหาจริงและมีโอกาสนำไปปฏิบัติได้จริงสูงกว่ารูปแบบที่นำมาจากภายนอกโดยไม่ผ่านการปรับบริบท เช่นเดียวกับ นลิณทิพย์ หอมขจร[13] ที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบช่องทางด่วนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยครอบคลุมทั้งมิติเชิงระบบและสมรรถนะทีม จนสามารถลดความล่าช้าในกระบวนการดูแลได้อย่างเป็นรูปธรรม สะท้อนว่าการพัฒนารูปแบบที่ผสมผสานทั้งองค์ประกอบเชิงระบบและองค์ประกอบเชิงบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการพัฒนา ในส่วนของกระบวนการฝึกทักษะในสถานการณ์จำลองซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Ambulkar et al.[14] ที่ออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม Stroke แบบบูรณาการทั้งทฤษฎีและสถานการณ์จำลอง จนพบว่าผู้เข้าร่วมมีความมั่นใจในการประเมินผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Harring et al.[15] ที่พบว่าการฝึกในรูปแบบสถานการณ์จำลองไม่ว่าจะเป็นรูปแบบดั้งเดิมหรือรูปแบบดิจิทัลล้วนช่วยเสริมสมรรถนะการประเมิน NIHSS ได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิสหวิชาชีพทั้งแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ Stroke Nurse Specialist ก่อนนำไปทดลองใช้ จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของรูปแบบและลดความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนในการนำไปปฏิบัติจริง

สอดคล้องกับหลักการพัฒนาเครื่องมือและรูปแบบทางการพยาบาลที่ควรผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาก่อนนำไปใช้ในภาคปฏิบัติเสมอ

ผลของการใช้รูปแบบต่อสมรรถนะทางการพยาบาลฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังผ่านรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ โดยเฉพาะทักษะด้านการประเมิน NIHSS ที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา อินทรวิเศษ และ สายสกุล สิงหาญ[12] ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังผ่านรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาจากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่ากระบวนการพัฒนาที่เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับผู้ปฏิบัติงานทำให้เนื้อหาการพัฒนาตรงกับความต้องการและช่องว่างสมรรถนะที่แท้จริง จึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะได้ชัดเจนกว่าการอบรมทั่วไป ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ Manero-Solanas et al.[19] ที่พบว่าพยาบาลแผนกฉุกเฉินที่ผ่านการฝึกอบรมมีคะแนนสมรรถนะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งจากการประเมินตนเองและการประเมินโดยผู้สอน ซึ่งยืนยันว่าการแทรกแซงด้วยการฝึกอบรมที่ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทงานจริงสามารถยกระดับสมรรถนะพยาบาลฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิผลไม่ว่าจะประเมินด้วยวิธีใด การที่ทักษะด้านการประเมิน NIHSS มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ อธิบายได้ด้วยลักษณะของทักษะดังกล่าวที่ต้องอาศัยการฝึกฝนซ้ำและความคุ้นเคยเชิงปฏิบัติมากกว่าความรู้เชิงทฤษฎี ซึ่งสอดคล้องกับ Harring et al.[15] ที่พบว่าการฝึก NIHSS ด้วยสถานการณ์จำลองไม่ว่าในรูปแบบใดล้วนช่วยให้ผู้ฝึกประเมินได้รวดเร็วและแม่นยำขึ้น เนื่องจากเป็นทักษะที่มีลักษณะเป็นกระบวนการหลายขั้นตอนต่อเนื่องกัน การได้ฝึกซ้ำในสถานการณ์เสมือนจริงจึงช่วยลดความไม่มั่นใจของผู้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการเรียนรู้ผ่านการบรรยายเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าองค์ประกอบการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติควรเป็นแกนหลักของรูปแบบพัฒนาสมรรถนะพยาบาลฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

ผลของการใช้รูปแบบต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Stroke Fast Track และความพึงพอใจของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลา Door-to-Needle Time มีแนวโน้มลดลงและอัตราการได้รับยา rt-PA ภายในกรอบเวลาเป้าหมายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนาสมรรถนะ แม้ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้ ทิศทางดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรษษาสินี อุปัญ[16] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ ระยะเวลา Door-to-Needle Time ลดลงและอัตราภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ นลิณทิพย์ หอมขจร[13] ที่พบว่าการพัฒนาระบบช่องทางด่วนส่งผลให้ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจนภายในระยะเวลาเพียงหนึ่งปีงบประมาณ อธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยระยะเวลาสะสมของการปฏิบัติที่ต่อเนื่องเพื่อให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ Zhan & Xu[17] ที่ยืนยันว่าสมรรถนะพยาบาลฉุกเฉินที่ครอบคลุมการคัดแยก การเปิดใช้งาน Stroke Code และการเฝ้าระวังทางระบบประสาทเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทั้งก่อนและในโรงพยาบาล และ Liang et al.[18] ที่พบว่าสมรรถนะของพยาบาลฉุกเฉินในการเปิดใช้งานระบบตั้งแต่จุดคัดแยกเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดต่อการลดความล่าช้าในกระบวนการรักษา ด้านความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก สอดคล้องกับ อภิญญา อินทรวิเศษ และ สายสกุล สิงหาญ[12] ที่พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลที่

พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาจากกระบวนการมีส่วนร่วมและตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ย่อมได้รับการยอมรับและความพึงพอใจสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการนำรูปแบบไปใช้ต่อเนื่องในหน่วยงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับปรุงคู่มือปฏิบัติงานและสื่อการสอนประกอบรูปแบบให้มีความกระชับ เข้าใจง่าย และมีรูปแบบพกพาสำหรับพยาบาลเวรที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์เร่งด่วน โดยเพิ่มผังขั้นตอนการประเมิน NIHSS และการบริหารยา rt-PA ตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากพยาบาลผู้ใช้รูปแบบในระยะการประเมินผล

2. ควรพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง โดยจัดกิจกรรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในสถานการณ์จำลองทุก 6 เดือน เพื่อคงระดับความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้อยู่ในระดับสูงอย่างสม่ำเสมอ

3. ควรเร่งพัฒนาระบบประสานงานระหว่างงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วยรังสีวิทยา และทีมอายุรกรรมประสาทให้มีความรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยอาจใช้ระบบไลน์กลุ่มหรือแอปพลิเคชันที่มีอยู่เดิมของโรงพยาบาลเป็นช่องทางแจ้งเตือนเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track แทนการรอประสานงานผ่านช่องทางปกติ

4. ควรจัดตั้งระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนตามแบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อน-หลัง และขยายระยะเวลาการติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการวิจัย เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว

5. ควรพิจารณาปรับความถี่ของการนิเทศติดตามให้มีความยืดหยุ่นตามระดับความชำนาญของพยาบาลแต่ละราย ตามข้อเสนอแนะของพยาบาลผู้ใช้รูปแบบจริง เพื่อลดภาระงานของผู้นิเทศและมุ่งเน้นทรัพยากรไปยังพยาบาลที่ยังต้องการการพัฒนาเข้มข้นกว่า

6. ควรสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการประสานงานร่วมกันในสถานการณ์จำลอง เพื่อเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับหน่วยงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ บุคลากรพยาบาลและสาธารณสุขที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ที่ให้การสนับสนุน และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและประเมินความเหมาะสมรูปแบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett DA, et al.(2023). The rising global burden of stroke. eClinicalMedicine. 2023;43:102028.
2. Krishnamurthi RV, Feigin VL, Forouzanfar MH, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al.(2020). Projected global trends in ischemic stroke incidence, deaths and disability-adjusted life years from 2020 to 2030. Stroke. 2023;54(5):1334-44.
3. Qian N, Wang Y, Chen X, Liu J. Epidemiological trends and forecasts in stroke at global, regional and national levels. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2568;34:108347.

4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานตามตัวชี้วัด ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://medinfo.dms.go.th/public-health/kpi.php?kpi_year=2567
6. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย.(2563). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมอง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://thaistrokesociety.org
7. อังคณาภูมิ อังคะนาวิน และคณะ.(2567). การพัฒนาเครือข่าย Stroke Fast Track โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2567;11(3).
8. Benner P.(1984). From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.
9. วิภัทสยา เขียวสด, บุญพิชา โชติสุวรรณ, กุลวดี อรรถรัตน์.(2565). การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49(1):138-47.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2564). ผลของการปรับกระบวนการดูแลรักษาด้วยยาสลายลิ่มเลือด rt-PA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฉับพลัน. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2564.
11. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม.(2568). ข้อมูลสถิติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม. นครพนม: โรงพยาบาลนครพนม; 2568.
12. อภิญญา อินทรวิเศษ, สายสกุล สิงหาญ.(2567). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. 2567.
13. นลิณทิพย์ หอมขจร.(2566). การพัฒนารูปแบบช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแกดำ อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. 2566.
14. Ambulkar R, et al.(2024). Improving knowledge about stroke using simulation training. 2024.
15. Harring M, et al.(2023). Gamification of the National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) for simulation training: a feasibility study. 2023.
16. วรรษษาสินี อุปัญ.(2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมุกดาหาร. 2568.
17. Zhan Y, Xu L. Impact of emergency nursing interventions on pre-hospital and in-hospital outcomes in acute ischemic stroke. 2025.
18. Liang J, et al.(2022). Triage nurse-activated emergency evaluation reduced door-to-needle time in acute ischemic stroke patients treated with intravenous thrombolysis. 2022.
19. Manero-Solanas A, et al.(2024). Development of competencies in emergency nursing: comparison between self-assessment and tutor evaluation before and after a training intervention. 2024.

คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Perceived Service Quality Among Outpatient Department Clients, Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 1, Chiang Mai.

(Received: September 4, 2026; Revised: September 6, 2026 ; Accepted: September 12, 2026)

วรินธร พยาเทพ[1] กุลวดี อภิชาติบุตร[2] อรอนงค์ วิชัยคำ[3]
Warintorn Payatep[1], Kulwadee Abhicharttibutra[2], Orn-Anong Wichaikhum[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้ระหว่างคลินิกสูตินรีเวชกรรม คลินิกเด็กสุขภาพดี คลินิกตรวจโรคทั่วไป และคลินิกส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 397 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบบังเอิญจาก 4 หน่วยบริการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองการให้บริการ ด้านความมั่นใจในบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการของแบบวัดความคาดหวังคุณภาพบริการเท่ากับ 0.85, 0.89, 0.88, 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ และของแบบวัดการรับรู้คุณภาพบริการเท่ากับ 0.87, 0.89, 0.85, 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบครัสคัลวอลลิส- (Kruskal-Wallis H test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังในทุกด้าน โดยด้านที่มีช่องว่างคุณภาพบริการสูงสุดเท่ากัน คือ ด้านความมั่นใจในบริการ (+0.22) และด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ (+0.22) รองลงมา คือ ด้านการตอบสนองการให้บริการ (+0.19) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (+0.18) และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (+0.12) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการจำแนกตามหน่วยบริการพบว่า ช่องว่างคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการของคลินิกสูตินรีเวชกรรม คลินิกเด็กสุขภาพดี คลินิกตรวจโรคทั่วไป และคลินิกส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทุกด้าน

คำสำคัญ: การรับรู้คุณภาพบริการ, ความคาดหวังคุณภาพบริการ, คุณภาพบริการ, ผู้รับบริการ, แผนกผู้ป่วยนอก

ABSTRACT

The purposes of this survey research were to study service quality as perceived by outpatients at the Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 1, Chiang Mai, and to compare perceived service quality among the obstetrics-gynecology, well-baby, general outpatient, and health promotion clinics. The sample consisted of 397 outpatient department clients, selected by accidental sampling from the four service units. The research instruments comprised the expectation and perception of service quality scales with Cronbach's alpha coefficients for the expectation scale dimensions of tangibles, reliability, responsiveness,

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ E-mail: Warintorn.Payatep1512@gmail.com
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

assurance, and empathy of 0.85, 0.89, 0.88, 0.86, and 0.89, respectively; and for the perception scale of 0.87, 0.89, 0.85, 0.86, and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Kruskal-Wallis H test.

The research findings revealed that clients perceived service quality as higher than their expectations in all dimensions. The dimensions with the highest service quality gaps were assurance (+0.22) and empathy (+0.22), followed by responsiveness (+0.19), reliability (+0.18), and tangibles (+0.12), respectively. According to comparison across service units, it was found that service quality perceived by clients of the obstetrics-gynecology clinic, well-baby clinic, general outpatient clinic, and health promotion clinic did not significantly different in all dimensions ($p > .05$).

Keywords: Perception of Service Quality, Expectation of Service Quality, Service Quality, Clients, Outpatient Department

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัย ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการที่หลากหลายมากขึ้น[1] นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผันต่อชีวิตผู้คนและสังคมในทุกมิติ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อระบบสุขภาพ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาล[2] ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม[2]

คุณภาพบริการ (service quality) ตามแนวคิดของ Parasuraman และคณะ[3,4] หมายถึง การตัดสินของผู้รับบริการเกี่ยวกับความเป็นเลิศหรือความเหนือกว่าของบริการโดยรวม ซึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างบริการที่ผู้รับบริการคาดหวัง (expectations: E) ก่อนเข้ารับบริการ กับบริการที่ผู้รับบริการรับรู้จริงหลังเข้ารับบริการ (perceptions: P) ผ่านการคำนวณช่องว่างคุณภาพบริการด้วยสมการ $Q = P - E$ โดยมีมิติคุณภาพบริการสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองการให้บริการ ความมั่นใจในบริการ และความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ[4] ความแตกต่างระหว่างการรับรู้และการคาดหวังนี้จะสะท้อนผ่านช่องว่างคุณภาพบริการ 5 ช่องว่าง โดยช่องว่างที่ 5 ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างบริการที่คาดหวังและบริการที่รับรู้จริงของผู้รับบริการจะเป็นตัวสะท้อนระดับคุณภาพบริการโดยตรง[3] ทั้งนี้ การรับรู้คุณภาพบริการที่ดีส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ[5] และนำไปสู่ความภักดีหรือความตั้งใจในการกลับมาเลือกใช้บริการซ้ำอย่างต่อเนื่อง[5,6] ตลอดจนช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นในการบริการ[7] อีกทั้ง ยังมีผลต่อการรับรู้คุณค่าของบริการและความเต็มใจในการจ่ายค่าบริการที่สูงขึ้น[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาในต่างประเทศ เช่น โรงพยาบาลเอกชนในประเทศซีเรีย พบว่า คุณภาพบริการในภาพรวมมีค่าช่องว่างเป็นลบในทุกด้าน ยกเว้นด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการที่เป็นบวก (+0.57) โดยด้านที่เป็นลบมากที่สุด คือ ด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ (-0.96)[9] การศึกษาในโรงพยาบาลรัฐในประเทศกรีซ พบช่องว่างคุณภาพบริการเป็นลบทั้ง 5 ด้าน โดยเป็นลบมากที่สุดในด้านความเป็นรูปธรรม

ของการบริการ (-0.92)[10] การศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีนพบช่องว่างคุณภาพเป็นลบในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจและด้านความเห็นอกเห็นใจของผู้รับบริการ (-0.47)[11] ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกรับรู้ช่องว่างคุณภาพบริการเป็นลบในทุกด้าน โดยเป็นลบมากที่สุดในด้านการตอบสนองการให้บริการ (-0.25)[12] ผลการศึกษาที่พบช่องว่างคุณภาพบริการเป็นลบของการศึกษาที่ผ่านมาแสดงถึงการคาดหวังของผู้รับบริการสูงกว่าการรับรู้เมื่อไปใช้บริการจริง จึงแสดงถึงความจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้นเหมาะสมตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นสถานบริการเฉพาะทางด้านสูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม และส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย ที่เน้นการให้บริการที่เป็นเลิศแก่ผู้รับบริการ[13] โดยกำหนดนโยบายคุณภาพการให้บริการเพื่อยกระดับมาตรฐานโรงพยาบาลผ่านการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ด้วยความเต็มใจ เป็นมิตร เอาใจใส่ด้วยความเสมอภาค จัดเตรียมสถานที่สะอาดและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อผู้รับบริการทุกกลุ่มวัย ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้รับคำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ควบคู่ไปกับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ[13] อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกผ่านระบบออนไลน์ระหว่างปี พ .ศ. 2566-2568 แม้ภาพรวมของคะแนนความพึงพอใจจะผ่านเกณฑ์ประเมิน แต่ในรายประเด็นกลับพบว่าผู้รับบริการให้คะแนนในระดับน้อยที่สุดถึงปานกลาง (1-3 คะแนน) เกี่ยวกับข้อจำกัดด้านการตอบสนองการให้บริการ ด้านความมั่นใจในบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ[14] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในช่วงเวลาเดียวกันที่พบประเด็นความมุ่งหวังของผู้รับบริการในการปรับปรุงกระบวนการนัดหมาย ความรวดเร็วและการแจ้งเวลาให้บริการ ตลอดจนศักยภาพของสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ[15] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบการประเมินผลลัพธ์การบริการที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นการวัดการรับรู้หลังเข้ารับบริการเพียงมิติเดียวโดยไม่ได้เปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนเข้ารับบริการ จึงยังไม่ครอบคลุมความต้องการที่แท้จริงสำหรับการปรับปรุงระบบบริการของแต่ละคลินิกอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด SERVQUAL ครอบคลุมคุณภาพบริการทั้ง 5 ด้าน และจำแนกตามหน่วยบริการ 4 คลินิก เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการระบุช่องว่างคุณภาพบริการอย่างเฉพาะเจาะจง อันเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารในการวางแผนและยกระดับคุณภาพบริการขององค์กรให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างคลินิกสูตินรีเวชกรรม คลินิกเด็กสุขภาพดี คลินิกตรวจโรคทั่วไป และคลินิกส่งเสริมสุขภาพ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามการรับรู้ระหว่าง 4 หน่วยบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งในปี 2568 มีผู้รับบริการจำนวน 40,088 คน[16] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของทาโร ยามาเน่[17] กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 (e = .05) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 คน จำแนกตามหน่วยบริการ 4 คลินิกในสัดส่วนที่เท่ากัน เพื่อให้ค่าประมาณของแต่ละหน่วยบริการมีความแม่นยำใกล้เคียงกัน[18] ได้แก่ คลินิกสูตินรีเวชกรรม จำนวน 99 คน คลินิกเด็กสุขภาพดี จำนวน 99 คน คลินิกตรวจโรคทั่วไป จำนวน 99 คน และคลินิกส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 100 คน จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบบังเอิญ (accidental sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทุกกลุ่มอายุ โดยในกรณีผู้รับบริการที่อายุต่ำกว่า 18 ปี กำหนดให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถามแทน และต้องเป็นผู้มารับบริการตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้สมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ตลอดจนยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้รับบริการหรือผู้ปกครองขอถอนตัวจากการศึกษาระหว่างดำเนินการ หรือถูกส่งต่อไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวัดคุณภาพบริการ (SERVQUAL scale) มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ประสบการณ์การรับบริการสุขภาพ สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม และหน่วยบริการที่เข้ารับบริการ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความคาดหวังคุณภาพบริการของ Parasuraman และคณะ[19] ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (4 ข้อ) 2) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (5 ข้อ) 3) ด้านการตอบสนองการให้บริการ (4 ข้อ) 4) ด้านความมั่นใจในบริการ (4 ข้อ) และ 5) ด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ (5 ข้อ) โดยข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีความจำเป็น) จนถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีความจำเป็น)

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้คุณภาพบริการของ Parasuraman และคณะ[19] ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (4 ข้อ) 2) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (5 ข้อ) 3) ด้านการตอบสนองการให้บริการ (4 ข้อ) 4) ด้านความมั่นใจในบริการ (4 ข้อ) และ 5) ด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ (5 ข้อ) โดยข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัด 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีคุณลักษณะนั้น) จนถึง 7 (เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ามีคุณลักษณะนั้น)

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

แบบวัดการรับรู้และแบบวัดความคาดหวังคุณภาพบริการของ Parasuraman และคณะ[19] ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ โดยประยุกต์แนวทางของนันทกา สวัสดิพานิช และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์[20] ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1 จากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2 จากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขั้นตอนที่ 4 การเปรียบเทียบฉบับแปลย้อนกลับกับฉบับต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 3 ซึ่งเป็นเจ้าของภาษา ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง แบบวัดการรับรู้และแบบวัดความคาดหวังคุณภาพบริการผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับและปรับสำนวนภาษาให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ตลอดจนความเท่าเทียมกันของเนื้อหาและภาษาเมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือต้นฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาลและคุณภาพบริการ 3 ท่าน และผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการ 2 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 สำหรับข้อคำถามปลายเปิดในส่วนที่ 4 ได้รับการประเมินความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดียวกัน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

การหาความเชื่อมั่น แบบวัดการรับรู้และแบบวัดความคาดหวังคุณภาพบริการที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ถูกนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน[21] ผลการวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองการให้บริการ ด้านความมั่นใจในบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการของแบบวัดความคาดหวังคุณภาพบริการมีค่าเท่ากับ 0.85, 0.89, 0.88, 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ และของแบบวัดการรับรู้คุณภาพบริการมีค่าเท่ากับ 0.87, 0.89, 0.85, 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์การยอมรับรายด้านตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป[22]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2569 โดยผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ที่ผ่านการชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยแต่งกายด้วยชุดสุภาพและไม่สวมเครื่องแบบของโรงพยาบาล เพื่อลดอคติที่อาจเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ช่วยวิจัยคัดกรองคุณสมบัติของผู้รับบริการตามเกณฑ์การคัดเข้าและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละหน่วยบริการ จากนั้นจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ กรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครองแทน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในระหว่าง

รอรับบริการ และส่งคืนแบบสอบถามและหนังสือแสดงความยินยอมในกล่องปิดผนึกแยกคนละกล่องเพื่อรักษาความลับของข้อมูล กรณีมีข้อจำกัดด้านเวลาสามารถส่งคืนทางไปรษณีย์ด้วยซองจ่าหน้าถึงผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การรับรู้และความคาดหวังคุณภาพบริการ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้าน 3) วิเคราะห์คุณภาพบริการ โดยคำนวณค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการลบด้วยค่าเฉลี่ยความคาดหวังคุณภาพบริการและแปลผล ค่าเป็นลบ หมายถึงการรับรู้คุณภาพบริการต่ำกว่าความคาดหวังคุณภาพบริการ ส่วนค่าเป็นบวกหมายถึงการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังคุณภาพบริการ 4) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแล้วสรุปและจัดหมวดหมู่ข้อมูล 5) เปรียบเทียบความแตกต่างของช่องว่างคุณภาพบริการจำแนกตามหน่วยบริการ โดยใช้สถิติทดสอบครัสคัล วอลลิส-)Kruskal-Wallis H test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สมีร์นอฟ-)Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ($p < .05$) ในทุกด้าน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ อว 8297(7.15.2)/จธ.197) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 18/2569)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 397 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.78 มีอายุเฉลี่ย 42.96 ปี (SD = 14.86) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 30 - 39 ปี ร้อยละ 34.26 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.05 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.40 อาชีพที่พบมากที่สุดคือข้าราชการ ร้อยละ 37.52 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 33.25 และใช้สิทธิการรักษาพยาบาลชำระค่าใช้จ่ายเอง (ได้แก่ ใช้เงินส่วนตัว สิทธิพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ร้อยละ 50.38 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลแห่งนี้มากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 64.48 สำหรับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการที่ตอบด้วยตนเอง ร้อยละ 67.51 และเป็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ตอบแทนผู้รับบริการซึ่งมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 32.49

2. ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังในทุกด้าน โดยมีช่องว่างคุณภาพบริการสูงสุดคือ ด้านความมั่นใจในบริการ (+0.22) และด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ (+0.22) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองการให้บริการ (+0.19) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (+0.18) และด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (+0.12) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ช่องว่างคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำแนกรายด้าน (n = 397)

3. ผู้รับบริการของคลินิกสูตินรีเวชกรรม คลินิกเด็กสุขภาพดี คลินิกตรวจโรคทั่วไป และคลินิกส่งเสริมสุขภาพ มีช่องว่างคุณภาพบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ($\chi^2 = 1.79$, $p = .618$) ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ($\chi^2 = 2.14$, $p = .544$) ด้านการตอบสนองการให้บริการ ($\chi^2 = 4.62$, $p = .202$) ด้านความมั่นใจในบริการ ($\chi^2 = 7.78$, $p = .051$) และด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ ($\chi^2 = 5.81$, $p = .121$)

4. ผู้รับบริการมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เกี่ยวกับการขยายและจัดสร้างอาคารจอดรถให้เพียงพอ เป็นระเบียบ ปลอดภัย และอยู่ใกล้อาคารบริการ ตลอดจนจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเพียงพอต่อการรักษาโรคเฉพาะทาง สำหรับการให้ข้อมูล เสนอให้เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการเข้ารับบริการที่ถูกต้อง แม่นยำ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อป้องกันความสับสนของผู้รับบริการ รวมทั้งพัฒนาระบบการแจ้งเตือนผู้รับบริการล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในกรณีที่แพทย์ติดภารกิจด่วนหรือไม่มีการออกตรวจ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถบริหารจัดการเวลาได้ ส่วนกระบวนการให้บริการ เสนอให้ลดระยะเวลารอคอยในทุกขั้นตอน ทั้งการรอพบแพทย์ การรับยา และการชำระเงิน อีกทั้งเสนอให้พิจารณาขยายเวลาการให้บริการโดยเปิดคลินิกนอกเวลาราชการและในวันหยุดเสาร์อาทิตย์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการวัยทำงาน เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น และจัดให้มีแพทย์เฉพาะทางที่หลากหลายครอบคลุมทุกกลุ่มโรค เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างครบวงจร นอกจากนี้ เสนอให้บุคลากรพัฒนาทักษะการสื่อสารด้วยความสุภาพ ใช้น้ำเสียงที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส และใส่ใจในการให้บริการ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังก่อนเข้ารับบริการในทุกด้าน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างหน่วยบริการทั้ง 4 คลินิก พบว่าช่องว่างคุณภาพบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน อภิปรายได้ดังนี้

ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ การที่ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความ

คาดหวังที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกในปัจจุบันที่พร้อมและเหมาะสมกับการให้บริการ ในส่วนของการจัดการพื้นที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและสุขอนามัย มีการจัดโซนพื้นที่อย่างเป็นระบบตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ มีระบบรักษาความปลอดภัยและดูแลความสะอาดอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการจัดเวรยามปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งบุคลากรด่านหน้าของโรงพยาบาลมีการแต่งกายที่สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และดูน่าเชื่อถือ โดยสวมเครื่องแบบพยาบาลวิชาชีพและชุดปฏิบัติงานของโรงพยาบาลอย่างถูกต้องตามระเบียบ ตลอดจนมีการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดสร้างห้องน้ำใหม่สำหรับผู้รับบริการเพื่อให้เป็นสัดส่วนและลดกลิ่นรบกวนตามมาตรฐาน HAS พร้อมทั้งมีความเพียบพร้อมด้านเทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยแบบครบวงจร เช่น ระบบจัดเก็บและสื่อสารภาพทางการแพทย์เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สร้างภาพสามมิติ ตลอดจนระบบสารสนเทศ การนำเครื่องบริการตนเองอัตโนมัติ และระบบการจัดคิวอัตโนมัติมาช่วยจัดลำดับการรับบริการ การเชื่อมต่อระบบรายงานผลทางห้องปฏิบัติการอัตโนมัติ และการติดตามบัตรอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการแบบครบวงจร ณ จุดเดียว[16]

ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การที่ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีระบบกำกับดูแลทางคลินิกและดำเนินการตามมาตรฐาน 3P Safety มีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานด้านคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนมีการจัดทำทะเบียนความเสี่ยงและกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน พร้อมทบทวนความเสี่ยงผ่านระบบสารสนเทศบริหารจัดการความเสี่ยง มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาด้วยกระบวนการ RCA และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากอุบัติการณ์ในหน่วยงาน เพื่อป้องกันความผิดพลาด นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมีระบบบริหารจัดการเวชระเบียนและสารสนเทศที่เป็นมาตรฐานกลางภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงระบบคิวและระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ ควบคู่ไปกับการรณรงค์วัฒนธรรมความปลอดภัยในการระบุตัวผู้ป่วยอย่างเข้มงวด[16]

ด้านการตอบสนองการให้บริการ การที่ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีระบบสนับสนุนการให้บริการที่ปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม โดยเน้นความรวดเร็ว ความสะดวก มีการนำระบบลงทะเบียนผู้ป่วยด้วยบัตรสมาร์ตการ์ดมาใช้เพื่อความรวดเร็ว ตลอดจนการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนการให้บริการอย่างเต็มรูปแบบ ทั้งระบบคิวและระบบนัดหมายที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งทีม CARE D plus (ทีมงานเชื่อมประสานใจ) เพื่อทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือ และประสานข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด[13]

ด้านความมั่นใจในบริการ การที่ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะและสมรรถนะของบุคลากรทุกสายงานให้มีศักยภาพและมาตรฐานวิชาชีพ มีการจัดอบรมและพัฒนาความรู้เฉพาะทางแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ บุคลากรทุกระดับยังต้องเข้าร่วมอบรมและทบทวนแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย และมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ควบคู่ไปกับการมีระบบบริหารจัดการความเสี่ยงที่เข้มแข็งจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีคณะกรรมการบริหารงานคุณภาพ รวมไปถึงทีมนำทางคลินิกที่คอยกำกับดูแลมาตรฐานอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยลดข้อผิดพลาดและ

เพิ่มความโปร่งใสในระบบบริการ รวมถึงการให้บริการเจาะเลือดแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว ซึ่งระบบเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกปลอดภัย ยุติธรรม และมั่นใจในมาตรฐานของโรงพยาบาล[13]

ด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ การที่ผู้รับบริการมีการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีระบบรับฟังข้อเสนอแนะและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการผ่านโปรแกรมดูแลผู้รับบริการ CARE D plus และโปรแกรมประสบการณ์ผู้ป่วย รวมถึงช่องทางสื่อสังคมออนไลน์และกล่องรับความคิดเห็น ซึ่งช่องทางเหล่านี้ทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงความรู้สึกตอบสนอง และดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการได้อย่างทั่วถึงและตรงจุด อีกทั้งยังมีคณะกรรมการไกล่เกลี่ยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและแจ้งความคืบหน้ากลับแก่ผู้รับบริการอย่างทันท่วงที[13]

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวัชร์ สุดแก้ว[23] ที่ศึกษาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังดาล ซึ่งพบว่าการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการสูงกว่าความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรสุรางค์ เกิดแก้ว[24] ที่ศึกษาผู้รับบริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งพบว่าการรับรู้สูงกว่าความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ความมั่นใจในบริการ และความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ ขณะที่ในภาพรวมยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภลัคน์ ศักดานุวัฒน์วงศ์ และคณะ[25] ที่ศึกษาผู้ป่วยคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งพบว่าการรับรู้สูงกว่าความคาดหวังเฉพาะด้านการเอาใจใส่ในการบริการ ส่วนด้านอื่นไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ รุ่งนภา ดวงทอง และธนายุ ภู่วิทยาธร[26] ที่ศึกษาผู้รับบริการโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ซึ่งพบว่าความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้จริงแตกต่างกันทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ปิยเนตร จารภียะ และคณะ[12] ที่พบว่าผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งรับรู้คุณภาพบริการต่ำกว่าความคาดหวังในทุกด้าน ตลอดจนการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ AlOmari[9] ที่พบช่องว่างคุณภาพบริการเป็นลบในทุกด้านยกเว้นด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ (+0.57), Goula และคณะ[10] ที่พบช่องว่างคุณภาพบริการเป็นลบทั้ง 5 ด้านในโรงพยาบาลรัฐของประเทศกรีซ และ Lin และคณะ[11] ที่พบช่องว่างคุณภาพบริการเป็นลบในทุกด้านของบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรัฐเมืองเซินเจิ้น ประเทศจีน ความแตกต่างดังกล่าวอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง บริบทแวดล้อม และระบบการบริหารจัดการของแต่ละสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน

สำหรับผลการเปรียบเทียบที่พบว่าช่องว่างคุณภาพบริการของทั้ง 4 คลินิก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน อาจเนื่องจากทุกหน่วยบริการดำเนินงานภายใต้นโยบาย ระบบสนับสนุนกลาง และระบบกำกับดูแลคุณภาพระดับองค์กรเดียวกันดังที่กล่าวข้างต้น ทั้งระบบเวชระเบียนและสารสนเทศที่เป็นมาตรฐานกลาง ระบบการจัดคิวอัตโนมัติและเครื่องบริการตนเองอัตโนมัติ และระบบรายงานผลทางห้องปฏิบัติการอัตโนมัติ อีกทั้งบุคลากรทุกหน่วยบริการผ่านการอบรมและการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์เดียวกัน ประกอบกับโรงพยาบาลมีนโยบายการให้บริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ ผู้รับบริการทุกคนมีสิทธิเสมอภาคในการได้รับบริการตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ทั้งนี้ แม้แต่ละคลินิกจะจัดบริการเฉพาะที่แตกต่างกันตามลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการ เช่น การจัดพื้นที่เป็นสัดส่วน

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกสูตินรีเวชกรรม และการจัดโซนตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อในคลินิกตรวจโรคทั่วไป แต่การจัดบริการเฉพาะดังกล่าวล้วนตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มได้อย่างสอดคล้อง ผู้รับบริการจึงรับรู้คุณภาพบริการในระดับใกล้เคียงกันไม่ว่าจะเข้ารับบริการที่หน่วยใด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภารัตน์ อู่เงิน และชิณโสณ์ วิสิฐนิธิกิจา[27] ที่ศึกษาผู้รับบริการโรงพยาบาลบางปะกอก 9 ซึ่งพบว่าผู้รับบริการที่มีประเภทการรักษาและวิธีชำระค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลไปใช้ในการยกระดับคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยด้านโครงสร้างกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น การขยายพื้นที่จอดรถให้เพียงพอและปลอดภัย การจัดพื้นที่พักคอยที่เพียงพอสำหรับผู้รับบริการและญาติ ตลอดจนการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยรองรับการตรวจรักษาโรคเฉพาะทาง ด้านระบบสนับสนุนบริการ พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีความเสถียร จัดทำตารางเวลาแพทย์ออกตรวจและระบบแจ้งเตือนล่วงหน้าที่ชัดเจน พัฒนาระบบนัดหมายและติดตามสถานะคิวผ่านช่องทางออนไลน์ ตลอดจนกระจายจุดชำระเงินและออกใบเสร็จให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการร่วมกับการติดตั้งเครื่องรับชำระเงินอัตโนมัติ เพื่อลดความแออัดและระยะเวลารอคอย ควบคู่กับการพิจารณาขยายเวลาให้บริการเป็นคลินิกนอกเวลาราชการและวันหยุด และการจัดสรรอัตรากำลังแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับปริมาณผู้รับบริการ ส่วนด้านบุคลากร มุ่งเน้นการธำรงรักษาและพัฒนาพฤติกรรมบริการเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดบุคลากรด่านหน้าให้คำแนะนำขั้นตอนการรับบริการเชิงรุกตั้งแต่จุดแรกรับ การพัฒนาทักษะการสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน และการให้บริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร เสมอภาค โดยไม่เลือกปฏิบัติ พร้อมตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการในผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยใน

2. ศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการในกลุ่มผู้ให้บริการ (บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่)

3. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1.Tangcharoensathien V, editor.(2024). Thailand health system review [Internet]. Manila: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific; 2024 [cited 2026 Sep 8]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/376912.

2.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).(2566). รายงานประจำปี 2566: ผนึกกำลังเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะ. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2566.

3.Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL.(1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Mark. 1985;49(4):41-50. doi: 10.1177/002224298504900403.

4.Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL.(1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retail. 1988;64(1):12-40.

5.Pathak P.(2017). An analysis of outpatients' perceived service quality and satisfaction in selected private hospitals of Kathmandu. J Bus Soc Sci Res. 2017;2(1-2):69-84. doi: 10.3126/jbssr.v2i1-2.20958.

6.Rauf A, Muhammad N, Mahmood H, Yen YY.(2024). The influence of healthcare service quality on patients' satisfaction in urban areas: The case of Pakistan. Heliyon. 2024;10(11):e37506. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e37506.

7.Sultan P, Wong HY.(2013). Antecedents and consequences of service quality in a higher education context: A qualitative research approach. Qual Assur Educ. 2013;21(1):70-95. doi: 10.1108/09684881311293070.

8.Fassnacht M, Köse I.(2007). Consequences of web-based service quality: Uncovering a multi-faceted chain of effects. J Interact Mark. 2007;21(3):35-54. doi: 10.1002/dir.20084.

9.AlOmari F.(2021). Measuring gaps in healthcare quality using SERVQUAL model: Challenges and opportunities in developing countries. Meas Bus Excell. 2021;25(4):407-20. doi: 10.1108/MBE-11-2019-0104.

10.Goula A, Stamouli MA, Alexandridou M, Vorreakou L, Galanakis A, Theodorou G, et al.(2021). Public hospital quality assessment. Evidence from Greek health setting using SERVQUAL model. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(7):3418. doi: 10.3390/ijerph18073418.

11.Lin Q, Hao HS, Zhang D.(2023). Assessing quality gap of outpatient service in public hospitals: A cross-sectional study in China. Inquiry. 2023;60:1-10. doi: 10.1177/00469580231162527.

12.ปียเนตร จารภียะ, กุลวดี อภิชาติบุตร, อรอนงค์ วิชัยคำ.(2567). คุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2567;11(1):183-98.

13.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่.(2567). รายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) ประจำปี 2567. เชียงใหม่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่; 2567.

14.ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่.(2568). สรุปรายงานผลการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program: PEP) ปี 2566-2568. เชียงใหม่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่; 2566-2568.

15.คณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่.(2568). รายงานสรุปอุบัติการณ์ความเสี่ยงประจำปี 2568 จากระบบสารสนเทศบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล)HRMS). เชียงใหม่ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่1 เชียงใหม่; 2568.

16.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่.(2568). รายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) ประจำปี 2568. เชียงใหม่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่; 2568.

17.บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร.(2533). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2553.

18.Zrineh A, Al-Usta M, Alwawi A.(2026). Sampling methods and sample size determination in clinical research: an educational review. J Gen Fam Med. 2026;27:e70096. doi: 10.1002/jgf2.70096.

19.Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA.(1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. J Retail. 1991;67(4):420-50.

20.นันทกา สวัสดิพานิช, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์.(2554). การแปลเครื่องมือเพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม: เทคนิคและประเด็นที่ต้องพิจารณา. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(1):19-28.

21.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. doi: 10.5395/rde.2024.49.e3.

22.สุจิตรา เทียนสวัสดิ์.(2562). การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา; 2562.

23.สรวัชร์ สุดแก้ว.(2563). คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังดาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2563.

24.ฉัตรสุรางค์ เกิดแก้ว.(2565). การประเมินความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อบริการคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ด้วยแบบจำลอง SERVQUAL. Royal Thai Air Force Med Gaz. 2565;68(2):1-12.

25.สุภลัคน์ ศักดานุวัฒน์วงศ์, พรชัย ศักดานุวัฒน์วงศ์, กรวีร์ พสุธารชาติ, วนิดา สอดสี.(2563). การวัดคุณภาพการบริการของคลินิกระงับปวด โรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสารการแพทย์รามาธิบดี. 2563;43(1):35-46. doi: 10.33165/rmj.2020.43.1.183794.

26.รุ่งนภา ดวงทอง, ธนายุ ภู่วิทยาธร.(2565). คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2565.

27.นิภารัตน์ อู่เงิน, ชิณโสณ์ วิสิฐนิธิกิจา.(2563). การพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลบางปะกอก 9. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. 2563;14(1):210-20.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคภูมิแพ้จมูกในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด-19

A Comparison of the Incidence of Allergic Rhinitis in Pediatric Patients at Phranangklao Hospital Before and After the COVID-19 Pandemic.

(Received: September 6, 2026; Revised: September 12, 2026 ; Accepted: September 17, 2026)

ณัฐชรินธร ทวีพลอังศุชวาล[1]
Natcharindhorn Thaveepolangsuschaval[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางคลินิก (ระดับความรุนแรงของโรคและโรคร่วม) และรูปแบบการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กโรคภูมิแพ้จมูก ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด-19 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Survey research by Retrospective study) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปีบริบูรณ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิแพ้จมูก ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยแบ่งเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2564-2566) และช่วงหลังการระบาด (พ.ศ. 2567-2568) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test และ Independent samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยเด็กที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 885 ราย แบ่งเป็นช่วงการระบาด 415 ราย และช่วงหลังการระบาด 470 ราย ซึ่งสะท้อนแนวโน้มอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในกลุ่มเด็กวัยเรียน โดยอายุเฉลี่ยและสัดส่วนเพศไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม เมื่อประเมินความรุนแรงตามแนวทาง ARIA พบว่าช่วงหลังการระบาดมีสัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มอาการปานกลางถึงรุนแรง (Moderate-Severe) สูงกว่าช่วงการระบาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 62.1 เทียบกับ 51.6, p = 0.002) โรคหืดเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดในทั้งสองช่วงเวลา สำหรับรูปแบบการเข้ารับบริการ พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ในช่วงหลังการระบาดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.5 เทียบกับร้อยละ 2.2 ในช่วงการระบาด (p = 0.045)

คำสำคัญ : โรคภูมิแพ้จมูก, เด็ก, โควิด-19, อุบัติการณ์

Abstract

This study aimed to compare the incidence, demographic characteristics, clinical characteristics (disease severity and comorbidities), and medical service utilization patterns of pediatric patients with allergic rhinitis at Phranangklao Hospital before and after the COVID-19 pandemic. This Survey research by Retrospective study collected data from the electronic medical records of pediatric patients aged 0-15 years diagnosed with allergic rhinitis at Phranangklao Hospital. The study period was divided into the COVID-19 pandemic period (2021-2023) and the post-pandemic period (2024-2025). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the Chi-square test and independent samples t-test, with a statistical significance level set at $p < 0.05$.

Results: A total of 885 pediatric patients met the inclusion criteria, consisting of 415 patients during the pandemic and 470 patients post-pandemic, reflecting an increasing trend in incidence. Most patients were male and school-aged. There were no significant differences in mean age and gender proportion between the two groups. Based on the ARIA guidelines, the proportion of patients with moderate-severe symptoms was significantly higher in the post-pandemic period compared to the pandemic period (62.1% vs. 51.6%, p = 0.002). Asthma was the most common comorbidity in both periods. Regarding medical service utilization, the proportion of inpatient department (IPD) admissions significantly increased to 4.5% in the post-pandemic period compared to 2.2% during the pandemic (p = 0.045).

Keywords : Allergic rhinitis, Pediatric, COVID-19, Incidence

[1] กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

บทนำ

โรคภูมิแพ้จมูก (Allergic rhinitis) เป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยที่สุดในประชากรเด็กทั่วโลกและในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มความชุกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง ภาวะดังกล่าวนอกจากจะสร้างความรำคาญจากอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจามแล้ว ยังส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก ทั้งในด้านการนอนหลับ การเรียนรู้ และการทำกิจกรรมประจำวัน นอกจากนี้ ภาวะอักเสบเรื้อรังของเยื่อบุโพรงจมูกยังมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับโรคร่วมที่สำคัญ อาทิ โรคหืด (Asthma) และภาวะหายใจผิดปกติขณะหลับ (Sleep-disordered breathing) ซึ่งสามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนยิ่งขึ้นในระยะยาวหากไม่ได้รับการประเมินและการรักษาที่เหมาะสม[1,2]

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นและส่งเสริมการเกิดโรคภูมิแพ้จมูกในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรม โดยเฉพาะในพื้นที่ปริมณฑลที่มีความหนาแน่นของประชากรและการจราจรสูง เช่น จังหวัดนนทบุรี ซึ่งประชากรเด็กต้องเผชิญกับความเสี่ยงจากการสัมผัสมลพิษทางอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในฐานะโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ จึงเป็นสถานพยาบาลหลักที่รองรับผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจและโรคภูมิแพ้จำนวนมาก ข้อมูลทางคลินิกและรูปแบบการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแห่งนี้ จึงถือเป็นภาพสะท้อนที่สำคัญของสถานการณ์พลวัตโรคภูมิแพ้จมูกในประชากรเด็กเขตเมืองได้เป็นอย่างดี[3,4]

ในช่วงปี พ.ศ. 2564-2565 การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้นำไปสู่การบังคับใช้มาตรการทางสาธารณสุขอย่างเข้มงวด ทั้งการสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การปิดสถานศึกษา และการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ มาตรการเหล่านี้เปรียบเสมือนการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมการสัมผัสสิ่งกระตุ้น (Exposome) ของเด็กอย่างฉับพลัน แม้ว่าการลดกิจกรรมนอกบ้านอาจช่วยลดการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ภายนอกอาคารและการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ได้ แต่การใช้เวลาอยู่ในที่พักอาศัยมากขึ้นกลับเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ภายในอาคาร โดยเฉพาะไรฝุ่นบ้าน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคภูมิแพ้จมูกในเด็กไทย[5,6] นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีการนำการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้อย่างแพร่หลาย ยังส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สถิติการเข้ารับบริการเปลี่ยนไปจากเดิม[7,8]

แม้ว่าที่ผ่านมาจะเริ่มมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลกระทบของสถานการณ์โควิด-19 ต่อการกำเริบของโรคหืดและโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ทว่าการศึกษาที่มุ่งเน้นผลกระทบต่อ "อุบัติการณ์ของโรคภูมิแพ้จมูกในเด็ก" อย่างจำเพาะเจาะจง โดยเฉพาะการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลเชิงลึกในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทยระหว่างช่วงก่อนและหลังการระบาดนั้น ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด[9] ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและเปรียบเทียบอุบัติการณ์ ลักษณะทางประชากรและลักษณะทางคลินิก (เช่น ระดับความรุนแรงและโรคร่วม) ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มการเข้ารับบริการทางการแพทย์ (แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ของผู้ป่วยเด็กโรคภูมิแพ้จมูก ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผลลัพธ์จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีคุณค่าต่อการวางแผนนโยบายสาธารณสุข การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนารูปแบบการบริการในคลินิกโรคภูมิแพ้เด็ก ให้สามารถตอบสนองต่อแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโรคในยุคหลังโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ ลักษณะทางประชากร ลักษณะทางคลินิก (ระดับความรุนแรงของโรคและโรคร่วม) และรูปแบบการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กโรคภูมิแพ้จมูก ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบย้อนหลัง (Retrospective comparative descriptive study) โดยอาศัยการสืบค้นและทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record: EHR) ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี การเลือกใช้รูปแบบการวิจัยดังกล่าวมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของอุบัติการณ์และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในบริบทของสถานการณ์จริง (Real-world data) โดยแบ่งช่วงเวลาการเปรียบเทียบออกเป็น 2 ระยะตามสถานการณ์ระบาดวิทยา ได้แก่ ช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 (วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) และช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีการผ่อนคลายมาตรการทางสาธารณสุขและกลับสู่สภาวะปกติใหม่ (วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 0 ถึง 15 ปีบริบูรณ์ ที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบทั้งหมด (Total population sampling) ในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อลดอคติจากการเลือกตัวอย่าง (Selection bias) และเพื่อให้ผลการศึกษาครอบคลุมบริบทของประชากรในพื้นที่เขตเมืองได้อย่างแท้จริง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคภูมิแพ้จมูก โดยมีรหัสการวินิจฉัยโรคตามระบบบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (ICD-10) ได้แก่ J30.1, J30.2, J30.3 หรือ J30.4 บันทึกไว้ในเวชระเบียน 3) มีประวัติการเข้ารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด และ 4) มีข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกครบถ้วน ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคทางพันธุกรรมหรือความผิดปกติทางโครงสร้างของระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่ซับซ้อน และผู้ป่วยที่มีโรคทางจมูกอื่นที่มีอาการคล้ายคลึงแต่ไม่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคภูมิแพ้จมูก

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) อาศัยหลักการทางสถิติสำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนของสองกลุ่มประชากรอิสระ (Comparison of two independent proportions) โดยอ้างอิงฐานข้อมูลอุบัติการณ์ที่คาดการณ์ในช่วงการระบาด (p1) ที่ร้อยละ 5 และช่วงหลังการระบาด (p2) ที่ร้อยละ 10 ซึ่งเป็นระดับความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางคลินิกต่อการวางแผนระบบบริการสุขภาพ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ร้อยละ 80 จากการคำนวณพบว่าต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 432 ราย รวมเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ต้องศึกษาทั้งสิ้นอย่างน้อย 864 ราย

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (Case Report Form: CRF) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติ แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร เช่น อายุขณะได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และเพศ 2) ข้อมูลการวินิจฉัยโรค ได้แก่ วันที่และรหัส ICD-10 3) ข้อมูลลักษณะทางคลินิก ซึ่งครอบคลุมถึงการประเมินระดับความรุนแรงของโรคโดยอ้างอิงตามแนวทาง ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) โดยจำแนกเป็นกลุ่มอาการไม่รุนแรง (Mild) และกลุ่มอาการปานกลางถึงรุนแรง (Moderate-

Severe) ที่มีผลกระทบต่อการนอนหลับ การเรียนหรือกิจกรรมประจำวัน ตลอดจนการสืบค้นประวัติโรคร่วม (Comorbidities) ที่สำคัญ ได้แก่ โรคหืด (J45) และโรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ (L20) และ 4) ข้อมูลการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) หรือแผนกผู้ป่วยใน (IPD)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ (Validity and Reliability) ผู้วิจัยได้นำร่างแบบบันทึกข้อมูลเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นได้ทำการทดลองใช้ (Try-out) โดยการสุ่มทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจำนวน 15 ฉบับ เพื่อประเมินความชัดเจนของตัวแปรและหาความสอดคล้องในการบันทึกข้อมูล (Inter-rater reliability) ซึ่งช่วยยืนยันว่ากระบวนการสกัดข้อมูลจากเวชระเบียนมีความเป็นมาตรฐานเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์จะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยเริ่มต้นจากการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากรตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ อุบัติการณ์ เพศ ระดับความรุนแรงของโรค การมีโรคร่วม (โรคหืดและโรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้) และประเภทการเข้ารับบริการ (แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยใน) จะถูกนำเสนอในรูปแบบจำนวนและร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ จะถูกนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean ± SD) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ หรือใช้ค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Median, IQR) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

สำหรับการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างช่วงก่อนและหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยการเปรียบเทียบตัวแปรเชิงคุณภาพเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของอุบัติการณ์ สัดส่วนลักษณะทางประชากรและคลินิกตลอดจนสัดส่วนรูปแบบการเข้ารับบริการ จะใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) หรือสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ในกรณีที่มีค่าคาดหวังในตารางไขว้น้อยกว่า 5 ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มช่วงเวลา จะใช้สถิติทดสอบ Independent Samples t-test หากข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ หรือใช้สถิติ Mann-Whitney U test หากข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นปกติ ทั้งนี้ การทดสอบสมมติฐานทางสถิติทั้งหมดกำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (p-value) ไว้ที่น้อยกว่า 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) อย่างเคร่งครัด โดยโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (หมายเลขเอกสารรับรอง EC03/2569, รหัสโครงการวิจัย PE6860, อนุมัติเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2569 ผ่านการพิจารณาแบบเร็ว) ผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นขอรับการยกเว้นการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร (Waiver of informed consent) เนื่องจากรูปแบบการวิจัยเป็นการทบทวนข้อมูลย้อนหลังซึ่งมีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยไม่มากไปกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน (Minimal risk) และการติดตามผู้ป่วยจำนวนกว่า 864 รายเพื่อขอความยินยอมนั้นไม่สามารถกระทำได้ในทางปฏิบัติ อีกทั้งผลการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิและแผนการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด เช่น ชื่อ-สกุล หรือเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) จะไม่ถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ โดยจะถูกแทนที่ด้วยรหัสประจำตัวสำหรับการวิจัย (Study ID) และฐานข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้ในรูปแบบไฟล์

ดิจิทัลที่มีการเข้ารหัสป้องกัน (Password-protected) ซึ่งสามารถเข้าถึงได้เฉพาะทีมผู้วิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการสืบค้นและทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปีบริบูรณ์ ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และเข้าเกณฑ์การคัดเลือกของการศึกษา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 885 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิแพ้จมูกรายใหม่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) จำนวน 415 ราย และช่วงหลังการระบาด (ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568) จำนวน 470 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับบริการเพิ่มสูงขึ้นในช่วงหลังการระบาดอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาลักษณะทางประชากร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทั้งสองช่วงเวลาเป็นเพศชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 58.3 ในช่วงการระบาด และร้อยละ 55.7 ในช่วงหลังการระบาด ซึ่งสัดส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.452) ด้านอายุของผู้ป่วย ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก พบว่าอายุเฉลี่ยในช่วงการระบาดอยู่ที่ 7.2 ± 3.1 ปี และช่วงหลังการระบาดอยู่ที่ 6.8 ± 3.4 ปี (p = 0.081) อย่างไรก็ตาม เมื่อจำแนกผู้ป่วยออกตามกลุ่มวัย พบว่ากลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) เป็นกลุ่มที่พบอุบัติการณ์ของโรคสูงที่สุดในทั้งสองช่วงเวลา รองลงมาคือกลุ่มเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) และกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 13-15 ปี) ตามลำดับ

ข้อมูลการวินิจฉัย ลักษณะทางคลินิก และโรคร่วม

เมื่อพิจารณารหัสการวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการบันทึกรหัส J30.3 Other allergic rhinitis มากที่สุดในทั้งสองกลุ่มศึกษา รองลงมาคือรหัส J30.4 Allergic rhinitis, unspecified

สำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของโรคตามแนวทาง ARIA (จากการทบทวนบันทึกของแพทย์) พบความเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจ โดยในช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการในกลุ่มปานกลางถึงรุนแรง (Moderate-Severe) เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 62.1 เมื่อเทียบกับช่วงการระบาดที่มีสัดส่วนร้อยละ 51.6 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.002เมื่อวิเคราะห์ลึกลงไปถึงปัจจัยที่บ่งชี้ความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย Moderate-Severe พบว่า ปัจจัยที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การมีอาการรุนแรงจนเป็นที่น่ารำคาญ รองลงมาคือ การรบกวนการนอนหลับและการรบกวนการเรียนหรือทำกิจกรรม

ในส่วนของการวิเคราะห์ประวัติโรคร่วม (Comorbidities) ที่สำคัญ พบว่าโรคหืด (Asthma, J45) เป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุด โดยพบร้อยละ 32.5 ในกลุ่มช่วงการระบาด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 36.2 ในกลุ่มช่วงหลังการระบาด แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.264) ในทำนองเดียวกัน การพบโรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ (Atopic dermatitis, L20) ร่วมด้วย พบในสัดส่วนร้อยละ 18.1 และ 21.5 ตามลำดับ (p = 0.210) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการวินิจฉัย ลักษณะทางคลินิก และโรคร่วมของผู้ป่วยเด็กโรคภูมิแพ้จมูก

ลักษณะทางคลินิก	ช่วงการระบาด (n = 415) จำนวน (ร้อยละ)	ช่วงหลังการระบาด (n = 470)จำนวน (ร้อยละ)	p-value
รหัสการวินิจฉัยโรคตาม ICD-10			0.518
J30.1 และ J30.2 (Pollen/Seasonal allergic rhinitis)	15 (3.6)	22 (4.7)	

J30.3 (Other allergic rhinitis)	305 (73.5)	338 (71.9)	
J30.4 (Unspecified allergic rhinitis)	95 (22.9)	110 (23.4)	
ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ ARIA			0.002*
อาการไม่รุนแรง (Mild)	201 (48.4)	178 (37.9)	
อาการปานกลางถึงรุนแรง (Moderate–Severe)	214 (51.6)	292 (62.1)	
การมีโรคร่วม (Comorbidities)			
โรคหืด (Asthma)	135 (32.5)	170 (36.2)	0.264
โรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ (Atopic dermatitis)	75 (18.1)	101 (21.5)	0.210

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

รูปแบบการเข้ารับบริการทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์ประเภทการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิแพ้จมูกครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดในทั้งสองช่วงเวลาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นหลัก โดยคิดเป็นร้อยละ 97.8 ในช่วงการระบาด และร้อยละ 95.5 ในช่วงหลังการระบาด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD) ในช่วงหลังการระบาดเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 4.5 (จำนวน 21 ราย) เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงการระบาดที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 2.2 (จำนวน 9 ราย) ซึ่งรูปแบบการเข้ารับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่มีผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นนี้ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองช่วงเวลา ($p = 0.045$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ การเปรียบเทียบรูปแบบการเข้ารับบริการทางการแพทย์

ประเภทการเข้ารับบริการ	ช่วงการระบาด (n = 415) จำนวน (ร้อยละ)	ช่วงหลังการระบาด (n = 470) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient Department; OPD)	406 (97.8)	449 (95.5)	0.045*
แผนกผู้ป่วยใน (Inpatient Department; IPD)	9 (2.2)	21 (4.5)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสถานการณ์โรคภูมิแพ้จมูกในผู้ป่วยเด็ก ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ภายหลังการระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 โดยพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับช่วงที่มีการระบาด แม้ลักษณะทางประชากรศาสตร์และสัดส่วนของการเกิดโรคร่วม (เช่น โรคหืดและโรคผิวหนังอักเสบภูมิแพ้) จะไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในด้านลักษณะทางคลินิกและรูปแบบการเข้ารับบริการ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ในช่วงหลังการระบาดมีระดับความรุนแรงของโรคในกลุ่มปานกลางถึงรุนแรง (Moderate-Severe) เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับสัดส่วนการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรค (Disease burden) ที่หนักและซับซ้อนขึ้นในยุคหลังโควิด-19 ซึ่งตอกย้ำถึงความจำเป็นที่ระบบบริการสาธารณสุขจะต้องเตรียมความพร้อม

เพื่อรับมือกับแนวโน้มของโรคภูมิแพ้ในเด็กที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้มุ่งเน้นการเปรียบเทียบพลวัตของโรคภูมิแพ้จมูกในผู้ป่วยเด็ก ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระหว่างช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 และช่วงหลังการระบาด ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิแพ้จมูกรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงหลังการระบาด ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากทฤษฎี "หนี้ภูมิคุ้มกัน" (Immunity debt) ที่ระบุว่าการใช้ชีวิตภายใต้มาตรการล็อกดาวน์ การรักษาระยะห่าง และสุขอนามัยที่เข้มงวดเป็นเวลานาน ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของเด็กขาดการสัมผัสกับจุลชีพและสารก่อภูมิแพ้ตามธรรมชาติ เมื่อสังคมกลับมาเปิดทำการอีกครั้ง เด็กจึงมีความเปราะบางและไวต่อสิ่งกระตุ้นในสภาพแวดล้อมมากขึ้น[10] นอกจากนี้ การกลับมาใช้ชีวิตในวิถีปกติยังหมายถึงการที่เด็กต้องกลับมาเผชิญกับสารก่อภูมิแพ้ภายนอกอาคารและมลพิษทางอากาศจากการจราจร (TRAP) โดยเฉพาะ PM2.5 อย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญในพื้นที่เขตเมืองและปริมณฑล[3,4]

เมื่อพิจารณาลักษณะทางประชากร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทั้งสองช่วงเวลาเป็นเพศชายและอยู่ในกลุ่มวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) มากที่สุด ซึ่งข้อมูลนี้มีความสอดคล้องกับระบาดวิทยาสากลของโรคภูมิแพ้จมูกในเด็กที่พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าในวัยเด็กก่อนที่จะกลับมาพบในเพศหญิงมากกว่าในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย[11] นอกจากนี้ กลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีกิจกรรมทางสังคมสูงและใช้เวลาในสถานศึกษาซึ่งอาจมีการสัมผัสทั้งสารก่อภูมิแพ้และเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจมากกว่าเด็กปฐมวัยที่มักถูกเลี้ยงดูอยู่ภายในบ้านเป็นหลัก

ผลการวิจัยที่โดดเด่นและมีความสำคัญทางคลินิกอย่างยิ่งในงานนี้ คือการพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Moderate-Severe) ตามแนวทาง ARIA และผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (IPD) เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงหลังการระบาด การเพิ่มขึ้นของความรุนแรงนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ประการแรกคือพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาที่เปลี่ยนไป โดยในช่วงที่มีการระบาด ผู้ปกครองอาจมีความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อในสถานพยาบาล จึงเลือกที่จะดูแลบุตรหลานด้วยตนเองหรือพึ่งพาการแพทย์ทางไกล[12] ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา (Delayed care-seeking) ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก็ต่อเมื่อโรคมีการดำเนินไปจนถึงจุดที่รบกวนการนอนหลับหรือการเรียนอย่างหนัก ประการที่สอง มีหลักฐานชี้ให้เห็นว่าการเคยติดเชื้อ SARS-CoV-2 อาจส่งผลกระทบระยะยาวต่อความสมดุลของระบบภูมิคุ้มกัน โดยกระตุ้นให้เกิดภาวะทางเดินหายใจไวเกิน (Airway hyperresponsiveness) หรือการตอบสนองแบบ Th2 ที่รุนแรงขึ้นเมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้ซ้ำ[13] สอดคล้องกับรายงานในต่างประเทศปัจจุบันที่พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคภูมิแพ้จมูกที่มาพบแพทย์ในยุคหลังโควิด-19 มักจะมาด้วยอาการกลุ่มต่อเนื่องและรุนแรงเป็นส่วนใหญ่[14]

สำหรับประวัติโรคร่วม พบว่าโรคหืด (Asthma) ยังคงเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยเด็กโรคภูมิแพ้จมูก (ประมาณร้อยละ 32-36) ซึ่งสนับสนุนแนวคิด "ทางเดินหายใจที่เป็นหนึ่งเดียว" (United airway disease) ที่อธิบายว่าการอักเสบของเยื่อบุทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่างเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงถึงกันอย่างแยกไม่ออก[1] แม้ว่าสัดส่วนของโรคร่วมจะไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองช่วงเวลา แต่ข้อมูลนี้ยังคงสะท้อนถึงภาระโรคที่สูง และตอกย้ำให้เห็นว่าการประเมินและการจัดการโรคภูมิแพ้ในเด็กจำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งระบบทางเดินหายใจ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงเอกสารย้อนหลัง (Retrospective chart review) การจำแนกประเภทและประเมินความรุนแรงของโรคจึงต้องพึ่งพาความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนและรหัส ICD-10 โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นหลัก ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้บ้าง นอกจากนี้ การศึกษายังดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว

(Single center) ซึ่งผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาที่นี่อาจมีแนวโน้มเป็นกลุ่มที่มีอาการซับซ้อนกว่าปกติ ส่งผลให้ภาพรวมของความรุนแรงโรคอาจสูงกว่าบริบทของคลินิกปฐมภูมิ ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้จึงควรคำนึงถึงบริบทของสถานพยาบาลประกอบด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาระบบบริการและการจัดสรรทรัพยากร จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคภูมิแพ้จมูกในยุคหลังโควิด-19 มีแนวโน้มความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและมีสัดส่วนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (IPD) สูงขึ้น โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จึงควรพิจารณาเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรทางการแพทย์ ทั้งบุคลากร ยา และเตียงผู้ป่วย เพื่อรองรับภาระโรคที่ซับซ้อนขึ้น นอกจากนี้ ควรส่งเสริมระบบการคัดกรองเชิงรุกในคลินิกเด็กทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ในระยะที่อาการยังไม่รุนแรง

2. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เนื่องจากพบว่าโรคหืดเป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยมากที่สุด การจัดการโรคภูมิแพ้จมูกในเด็กจึงควรบูรณาการแนวคิดทางเดินหายใจที่เป็นหนึ่งเดียว โดยแพทย์ผู้รักษาควรประเมินอาการของโรคหืดและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วยเสมอ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

3. การให้สุขศึกษาและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการสังเกตอาการของโรคภูมิแพ้จมูก ความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปัญหาความล่าช้าในการรักษารวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้และฝุ่น PM2.5 นอกจากนี้ อาจนำระบบการแพทย์ทางไกล มาประยุกต์ใช้แบบผสมผสาน เพื่อใช้ติดตามอาการผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ซึ่งจะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มการเข้าถึงบริการได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การขยายบริบทการศึกษา ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะพหุสถาบัน ที่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรค ซึ่งจะช่วยให้ได้ภาพตัวแทนของประชากรที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และลดอคติที่อาจเกิดจากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว

2. การศึกษาเชิงวิเคราะห์และไปข้างหน้า ควรมีการออกแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อเก็บข้อมูลตัวแปรทางคลินิก สิ่งแวดล้อม และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 อย่างละเอียด ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ระหว่างประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินหรือการเปลี่ยนแปลงของความรุนแรงของโรคภูมิแพ้จมูกในระยะยาวได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

3. การบูรณาการข้อมูลสิ่งแวดล้อม ควรมีการศึกษาวิจัยที่นำข้อมูลปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยาและระดับมลพิษทางอากาศ (เช่น ปริมาณ PM2.5 รายวันในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี) มาวิเคราะห์ร่วมกับสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้จมูก เพื่อประเมินผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อการกำเริบของโรคในบริบทของพื้นที่เมืองอย่างเป็นรูปธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม ที่ได้ให้ความกรุณาสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่ได้กรุณาพิจารณาให้คำแนะนำและอนุมัติรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนขอขอบคุณคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการสละเวลาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาแบบบันทึกข้อมูล (CRF) ให้มีความสมบูรณ์และได้มาตรฐาน

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนและฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการสืบค้น รวบรวม และจัดการฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กและครอบครัวทุกท่าน แม้การศึกษานี้จะเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง แต่ข้อมูลทางคลินิกของท่านได้สร้างคุณูปการและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและวงการกุมารเวชศาสตร์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Bousquet J, Anto JM, Bachert C, Baiardini I, Bosnic-Anticevich S, Walter Canonica G, et al. Allergic rhinitis. Nat Rev Dis Primers 2020;6(1):95.
2. Sritipsukho P, Chaiyakulsil C, Junsawat P. Quality of life of elementary school students with sleep-disordered breathing and allergic rhinitis: a population-based study in Thailand. PLoS One 2024;19(9):e0310331.
3. Kanjanawasee D, Limjunyawong N, Tantilipikorn P. The role of air pollution in rhinitis. Explor Asthma Allergy 2025;3:100985.
4. Aud-in S, Juprasong Y, Pinkaew B, Talek K, Tantilipikorn P, Songnuan W. Incidence of grass and weed sensitization in Bangkok, Thailand: a clinical study. Front Public Health 2024;12:1301095.
5. Chankaew K, Sinitkul R, Manuyakorn W, Roekworachai K, Kamalaporn H. Spatial estimation of PM2.5 exposure and its association with asthma exacerbation: a prospective study in Thai children. Ann Glob Health 2022;88(1):15.
6. He W, Li J, Hu L, Yan J, Feng M, Mao J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic and lockdown measures on clinical visits and subjective symptoms in childhood allergic rhinitis induced by house dust mites in Shanghai. BMC Public Health 2024;24(1):3088.
7. Sitthikarnkha P, Uppala R, Mairiang D, Suebsarakam P, Sirikarn P, Techasatian L. Pediatric asthma control in tertiary care setting using telemedicine during COVID-19 era. Transl Pediatr 2022;11(12):1892-8.
8. Tongkot C. Effectiveness of telemedicine for treating asthmatic patients at Chumphae Hospital. Srinagarind Med J 2024;39(1):83-91.
9. Brindisi G, De Vittori V, De Nola R, D'Angelo C, Anania C, Di Mauro A, et al. Updates on children with allergic rhinitis and asthma during the COVID-19 outbreak. J Clin Med 2021;10(11):2278.
10. Aldecos-Alonso A, Song J, Wirusanti NI, Willemsen R, Yu H, Verhasselt V. Respiratory viruses caught our attention during COVID-19 lockdown-however, fragile infant immune systems paid the price. Front Immunol 2024;15:1470381.
11. Cheng M, Dai Q, Liu Z, Wang Y, Zhou C. New progress in pediatric allergic rhinitis. Front Immunol 2024;15:1452410.
12. Wang Y, Zhang Y, Wang C, Li H, Liu Z. Anxiety and depression in allergic rhinitis patients during the COVID-19 pandemic. Asian Pac J Allergy Immunol 2022;40(4):329-35.
13. Abdul-Razzak J. Retrospective study of the impact of SARS-CoV-2 infection on symptoms of wheezing and asthma exacerbations in children. J Clin Med 2025;14(2):356.
14. Alblewi A, Alshaibany A, Alhazmi S, Al-Harbi S, Alzahrani A, Alosaimi R. Prevalence of allergic rhinitis and its impact on quality of life among the pediatric population. Oman Med J 2024;39(3):e606.

การพัฒนาสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

Development of a digital media to provide knowledge and counsel to parents of children with pneumonia.

(Received: September 6, 2026; Revised: September 12, 2026 ; Accepted: September 15, 2026)

วิไลวรรณ แสงธรรม[1] สมจิต ศิริสุข[2] เพ็ญนภา พุ่มไม้[3] เทพอนงค์ ณ นคร [4] สุจิมา ติลการยทรัพย์[5]
Wilaiwan Sangtham[1] Somjit Sirisuk[2] Phennapha Phummai[3] Thepanong Na Nakorn[4] Sujima Tilkarnyasap[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบและเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังใช้สื่อดิจิทัล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ อายุ 1 เดือน–5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครนายก จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่สื่อดิจิทัลให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ประยุกต์โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม แบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้สื่อดิจิทัลให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ มีค่าเฉลี่ยระดับความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้สื่อดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{29} = 2.94$, $p < .05$) นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพึงพอใจต่อสื่อในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านสื่อช่วยให้ฉันมีความมั่นใจในการดูแลบุตรหลานมากขึ้น

คำสำคัญ: สื่อดิจิทัล, การให้ความรู้และคำปรึกษา, ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

Abstract

The research on the development of digital media for providing knowledge and counseling to parents of children with pneumonia was quasi experimental research The purpose was to develop digital media to offer knowledge and counseling to these parents and to compare their levels of knowledge before and after using the digital media. The sample group consisted of parents of children diagnosed with pneumonia, aged 1 month to 5 years, who were treated in the pediatric ward of Nakhon Nayok Hospital, totaling 30 participants. The research tools included digital media that provides knowledge and counseling to parents of children with pneumonia, applied using Orem's theoretical concepts, and a questionnaire to assess knowledge on caring for children with pneumonia. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and content analysis.

The research found that after using digital media to provide knowledge and guidance to parents of children with pneumonia, the average knowledge level increased significantly compared to before using the digital media, with statistical significance at the .05 level ($t_{29} = 2.94$, $p < .05$). In addition, the participants were most satisfied with the media, especially in terms of it helping them feel more confident in taking care of their children.

Keywords: Digital media, Education and counseling, Parents of children with pneumonia

---

[1] พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ อดีตหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี ปัจจุบันดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำหลักสูตร ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

[2] อาจารย์ประจำหลักสูตร ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

[3] อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

[4] อาจารย์ประจำหลักสูตร ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

[5] ผ.ศ.อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร และหัวหน้าภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้ออันดับต้นในเด็กทั่วโลก โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ.2019 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบประมาณ 740,180 ราย คิดเป็นร้อยละ 14 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และร้อยละ 22 ของการเสียชีวิตในเด็กอายุ 1–5 ปี[1] สอดคล้องกับรายงานขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติที่ระบุว่า โรคปอดอักเสบคร่าชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากกว่า 700,000 รายต่อปี หรือประมาณวันละ 2,000 ราย สำหรับประเทศไทยโรคปอดอักเสบยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตของเด็ก โดยเฉพาะในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี จากข้อมูลระดับประเทศในช่วงปี ค.ศ.2015–2019 พบว่า โรคปอดอักเสบเป็นการวินิจฉัยหลักที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และในปี ค.ศ. 2019 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบ 11.85 ต่อประชากรเด็ก 100,000 คน นอกจากนี้ โรคปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กไทย[2] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแม้ประเทศไทยจะมีระบบบริการสุขภาพและมาตรการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง แต่โรคปอดอักเสบยังคงก่อให้เกิดภาระต่อเด็ก ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปียังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จึงต้องพึ่งพาผู้ปกครองในการให้ยา ดูแลด้านอาหารและสารน้ำ จัดสิ่งแวดล้อม สังเกตอาการผิดปกติ และตัดสินใจพาเด็กมารับการรักษา ความรู้และความสามารถในการดูแลของผู้ปกครองจึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความต่อเนื่องของการรักษา[3] อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้ในหอผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดจากภาระงานของพยาบาล ระยะเวลาให้คำแนะนำที่จำกัด และการให้ข้อมูลหลายเรื่องในช่วงเวลาเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ปกครองอาจจดจำข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนและไม่สามารถทบทวนขั้นตอนการดูแลภายหลังได้ การให้คำแนะนำด้วยวาจาหรือเอกสารเพียงอย่างเดียวจึงอาจไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง[4] แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลภาวะพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม อธิบายบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลแทนเด็ก โดยพยาบาลให้ความรู้ ชี้แนะ สนับสนุน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้[5] ขณะที่แนวคิด D-METHOD สามารถใช้เป็นกรอบกำหนดเนื้อหาการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมด้านโรค การใช้ยา สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การติดตามรักษา และอาหาร การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจของผู้ดูแล[6] และการวางแผนจำหน่ายตามแนวทาง D-METHOD ช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคระบบทางเดินหายใจได้[7]

เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถนำเสนอข้อมูลผ่านข้อความ ภาพ เสียง และวิดีโอ ทำให้ผู้ใช้เลือกศึกษาและทบทวนเนื้อหาได้โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลมีแนวโน้มช่วยเพิ่มความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก ทั้งนี้ ประสิทธิผลของสื่อขึ้นอยู่กับความน่าเชื่อถือของข้อมูล ความง่ายต่อการใช้งาน ความเหมาะสมกับบริบท และการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบ[8] อย่างไรก็ตาม สื่อดิจิทัลจำนวนหนึ่งยังเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว ขาดช่องทางขอคำปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพ และมีการประเมินผลด้านความรู้ของผู้ใช้ค่อนข้างจำกัด

LINE Official Account เป็นช่องทางที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เนื่องจากผู้ปกครองสามารถเข้าถึงเนื้อหาผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ ทบทวนข้อมูลได้หลายครั้ง และติดต่อขอคำปรึกษาได้ในช่องทางเดียวกัน การศึกษา

ที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้ผ่าน LINE Official Account ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้และการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล โดยผู้ใช้มีความพึงพอใจต่อสื่อในระดับสูง [9,10] แต่ยังมีการศึกษาจำกัดเกี่ยวกับสื่อดิจิทัลที่ผสานเนื้อหาการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบอย่างเป็นระบบเข้ากับช่องทางให้คำปรึกษา และประเมินทั้งผลด้านความรู้และความพึงพอใจของผู้ปกครอง

ผู้วิจัยจึงพัฒนาสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบผ่าน LINE Official Account โดยประยุกต์ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม และใช้แนวคิด D-METHOD กำหนดความครอบคลุมของเนื้อหา การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อดิจิทัล เปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังการใช้สื่อ และศึกษาความพึงพอใจต่อสื่อที่พัฒนาขึ้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้ปกครองเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อพัฒนาสื่อดิจิทัลสำหรับให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

2.เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้สื่อดิจิทัล

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบต่อการใช้สื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษา

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) การพัฒนาสื่อดิจิทัลให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ มีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2) การพัฒนาสื่อดิจิทัล ขั้นตอนที่ 3) ทดลองใช้และนำสู่การปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4) ประเมินผล ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์การดูแลของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังและสังเกตการดูแลของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ 2) ประชุมร่วมกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม สอบถามปัญหาที่พบเกี่ยวกับการดูแล และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 3) สอบถามผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ประเด็นเกี่ยวกับลักษณะบริการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ปกครอง จำนวน 5 คน 4) ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ 5) สอบถามเกี่ยวกับ ข้อคำถามเรื่องความรู้ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ จากพยาบาลและผู้ปกครอง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาสื่อดิจิทัล การพัฒนาสื่อดิจิทัล ในการให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ โดยทบทวนวรรณกรรม/หลักฐานเชิงประจักษ์และเขียนสร้างสื่อดิจิทัลประกอบด้วย 3 ระยะ 8 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาสื่อดิจิทัล

ขั้นที่ 1 กำหนดเนื้อหาข้อมูลของสื่อดิจิทัล ในการให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบตามแนวคิดการพึ่งตนเองของโอเร็ม[11] และ D-METHOD ซึ่งการออกแบบสื่อดิจิทัลประกอบด้วยองค์ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ การสังเกตการหายใจ การล้างจมูก การเคาะปอด การเช็ดตัวลดไข้ การรับประทานยา และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

ขั้นที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 1) เพื่อพัฒนาสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของผู้ปกครองก่อนและหลังการใช้สื่อดิจิทัล 3) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้สื่อดิจิทัล ในการให้ความรู้และคำปรึกษาในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

ขั้นที่ 3 กำหนดผลลัพธ์การใช้สื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ 1) ด้านความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 2) ความพึงพอใจสื่อดิจิทัลให้ความรู้และคำปรึกษาของผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

ขั้นที่ 4 สืบค้นคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์จากตำราวิชาการงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 5 ยกร่างสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

ระยะที่ 2 ประเมินคุณภาพสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

ขั้นที่ 6 ประเมินสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพ

ขั้นที่ 7 ปรับปรุงแก้ไขสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้สื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

ขั้นที่ 8 นำสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ โดยให้ผู้ปกครองทดลองใช้สื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบจำนวน 15 ราย และประเมินผลหลังใช้สื่อดิจิทัลดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 3 การนำสื่อดิจิทัลที่ปรับปรุงสู่การปฏิบัติ นำสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ที่แก้ไขปรับปรุงไปใช้ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 30 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย สิทธิของผู้ร่วมวิจัย ตอบข้อซักถามของผู้ปกครองเด็ก ขอความร่วมมือผู้ปกครองให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ (Pre-test) จากนั้นให้ผู้ปกครองใช้สื่อดิจิทัลให้ความรู้และคำปรึกษา เป็นระยะเวลา 3 วัน โดยวันที่ 3 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองเด็ก และขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ (Post-test) และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อดิจิทัล

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ประเมินผลลัพธ์การใช้สื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ

1. ด้านความรู้ โดยประเมินความรู้ผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังใช้สื่อดิจิทัล ในการให้ความรู้และคำปรึกษาดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

2. ด้านความพึงพอใจ โดยสอบถามความพึงพอใจของผู้ปกครอง ต่อการใช้สื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ โดยตอบแบบสอบถามผ่าน QR Code

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ปกครองเด็กอายุ 1 เดือน–5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครนายก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power of test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นการประมาณขนาดอิทธิพลที่ขนาดกลาง ผลการอ้างอิงจากตาราง Burn และ Grove[12] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมไม่น้อยกว่า 27-30 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน เพื่อให้เพียงพอต่อการตรวจจับความแตกต่างที่เกิดขึ้นและเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล[13]

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบตามเกณฑ์ที่กำหนด จากสมุดทะเบียนประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมทุกวัน โดยมีการดำเนินการเก็บข้อมูลในวันแรกของการพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และมีการติดตามเก็บข้อมูลผู้ป่วยในวันที่ 3 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จนครบ 30 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน–5 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ

2) ผู้ปกครองมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

3) เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

4) สามารถใช้งานสมาร์ทโฟนได้

5) สามารถอ่าน เขียน พูด และเข้าใจภาษาไทยได้

6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

กำหนดเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการร่วมวิจัย (Exclustion criteria) ดังนี้

1) เด็กโรคปอดอักเสบมีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤติ เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต้องย้ายไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก หรือย้ายโรงพยาบาล

2) เด็กโรคปอดอักเสบมีวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 3 วัน

3) มีการเปลี่ยนผู้ปกครองเด็กในช่วงทดลองใช้สื่อดิจิทัล ในการให้ความรู้และคำปรึกษาในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

เกณฑ์การบอกเลิกการศึกษา (discontinuation criteria)

ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาหรือสิทธิ์ในการรับบริการสุขภาพ ผู้วิจัยอาจยุติการเข้าร่วมเมื่อผู้เข้าร่วมไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย ไม่สามารถติดตามผลได้ ข้อมูลที่เก็บก่อนการถอนตัวจะถูกเก็บเป็นความลับและรายงานในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่อดิจิทัล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดพึ่งพาตนเองของ Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory โดยเฉพาะในส่วนของระบบสนับสนุนให้คำปรึกษา[11] และ D-METHOD ร่วมกับจากการศึกษาตำราเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ การประเมินอัตราการหายใจ และการสังเกตอาการผิดปกติ การล้างจมูก การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ การเคาะปอด การรับประทานยา การล้างมือ 7 ขั้นตอน และการดูแลจัดสิ่งแวดล้อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ จำนวนบุตร และประสบการณ์ในการได้รับความรู้เรื่องปอดอักเสบ

2.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ วัน-เดือน-ปีเกิดของบุตร เพศ ลำดับที่ของบุตร วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ

2.2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาตำราเอกสารและการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ 2) การล้างจมูก 3) การเช็ดตัวลดไข้ 4) การรับประทานยา 5) การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามแบบปรนัยจำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ได้ 1 คะแนนเมื่อตอบถูก ได้ 0 คะแนน เมื่อตอบไม่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนี้ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) = 0.86 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินไปทำการทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และ 0.87 ตามลำดับและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ก่อนและหลังการใช้สื่อดิจิทัล โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test)

3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้สื่อดิจิทัลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา เอกสารเลขที่ TRSU 014/2568 และคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลนครนายก เอกสารเลขที่ รพ.นย.REC No.3/2569

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเด็กมีอายุเฉลี่ย 2.6 ปี (S.D. = 0.56, range 1-5) เพศชาย ร้อยละ 50 เพศหญิง ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 53.3 รองลงมาเป็นบุตรคนที่สอง ร้อยละ 30 บุตรคนที่สี่ ร้อยละ 10 และเป็นบุตรคนที่สาม ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 73.3

ผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ย 30.70 ปี (SD = 7.78) อายุอยู่ระหว่าง 19–51 ปี ด้านการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.33 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ระดับปริญญาตรี และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 20.00 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 10.00 และไม่ได้รับการศึกษา 2 ราย ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.67 รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 30.00 และสถานภาพอื่นๆ ร้อยละ 3.33 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.67 และนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 3.33 ประกอบอาชีพอื่นๆ มากที่สุด ร้อยละ 33.33 รองลงมาคือแม่บ้าน ร้อยละ 26.67 รับจ้าง ร้อยละ 23.33 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 10.00 ค้าขายและเกษตรกรรมอย่างละ ร้อยละ 3.33 พบว่าผู้ปกครองมีบุตร 1 คนและ 3 คนมากที่สุดในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือมีบุตร 2 คนและมากกว่า 3 คน ร้อยละ 10.00

ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 80.00 ขณะที่เคยได้รับความรู้จำนวน ร้อยละ 20.00 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่เคยได้รับความรู้ พบว่าได้รับความรู้จากช่องทางอื่น ๆ ร้อยละ 50.00 ของผู้ที่เคยได้รับความรู้จากโทรทัศน์หรือยูทูบ ร้อยละ 33.33 และจากบุคลากรด้านสุขภาพ ร้อยละ 16.67 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ปกครอง ก่อนและหลังใช้สื่อดิจิทัล

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้สื่อดิจิทัลภายในกลุ่ม ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) สำหรับการวิเคราะห์สถิติที [14] โดยทดสอบการแจกแจงปกติของผลต่างคะแนนด้วยสถิติ Shapiro–Wilk พบว่า ผลต่างของคะแนนมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) และพิจารณา Normal Q-Q Plot และ Detrended Normal Q-Q Plot พบว่า จุดข้อมูลส่วนใหญ่เรียงตัวใกล้แนวเส้นอ้างอิงและไม่พบความเบี่ยงเบนอย่างชัดเจน จากการทดสอบข้างต้นเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติที (Paired Samples t-test)

ผลการวิเคราะห์สถิติที (Paired Samples t-test) พบว่า ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้สื่อดิจิทัลแตกต่างจากก่อนการใช้สื่อดิจิทัล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{29} = 2.94$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการใช้สื่อดิจิทัล

หัวข้อ	Mean	S.D.	$S.D._d$	T	df	p
Pre-test	21.16	1.53	2.29	2.94	29	<.05
Post-test	22.40	1.81				

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้สื่อดิจิทัล

ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อสื่อดิจิทัลในการให้ความรู้และคำปรึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 48.03 คะแนนจากคะแนนเต็ม 50 คะแนน (SD = 2.76; range 40–50 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 96.06 ของคะแนนเต็ม หรือมีค่าเฉลี่ยต่อข้อเท่ากับ 4.80 คะแนน

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ สื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลบุตรหลาน (M = 4.97, SD = 0.18) รองลงมา ได้แก่ สื่อสามารถตอบข้อสงสัยเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ และการได้รับความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (M = 4.93, SD = 0.25) ตามด้วยการจัดวางเนื้อหาเป็นระเบียบและเข้าใจง่าย และการได้รับคำแนะนำที่มีความน่าเชื่อถือ (M = 4.90, SD = 0.31) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ รูปแบบของโปรแกรมมีความน่าสนใจ (M = 4.57, SD = 0.57) อย่างไรก็ตาม ยังคงอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ โปรแกรมใช้งานง่าย เข้าถึงสะดวก ไม่ซับซ้อน และข้อมูลมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (M = 4.60, SD = 0.56)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าสื่อดิจิทัลที่พัฒนาจากการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้ การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม และกรอบ D-METHOD มีความเหมาะสมเชิงแนวคิดสำหรับสนับสนุนผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ เนื้อหามุ่งภารกิจที่ต้องปฏิบัติจริง ได้แก่ การสังเกตการหายใจ การล้างจมูก การเคาะปอด การเช็ดตัวลดไข้ การใช้ยา และการจัดสิ่งแวดล้อม ประกอบกับรูปแบบดิจิทัลที่ทบทวนซ้ำและขอคำปรึกษาได้ ช่วยขยายการเรียนรู้จากการให้คำแนะนำเฉพาะช่วงเวลาไปสู่การเรียนรู้ตามความต้องการของผู้ปกครอง จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ชี้ว่าสื่อดิจิทัลมีศักยภาพเพิ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองเด็ก[8] และเพิ่มความมั่นใจหลังได้รับความรู้และคำปรึกษาผ่าน LINE Official Account สำหรับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด[9]

ภายหลังใช้สื่อ ผู้ปกครองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 22.40 คะแนน สูงกว่าก่อนใช้ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 21.16 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.24 คะแนน ผลต่างมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ประมาณ 0.38–2.10 คะแนน และมีขนาดอิทธิพลแบบ Cohen’s dz ประมาณ 0.54 สะท้อนการเปลี่ยนแปลงระดับปานกลาง การเพิ่มขึ้นอาจเกิดจากเนื้อหาที่ตรงกับปัญหา การนำเสนอหลายรูปแบบ การทบทวนซ้ำ และช่องทางสอบถาม ซึ่งสนับสนุนการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอปข้อมูลสุขภาพเด็ก

กับความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครอง[15] และพบว่า ความรู้และการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กเพิ่มขึ้นหลังเรียนรู้ผ่าน LINE Official Account[10] อย่างไรก็ตาม คะแนนก่อนทดลองที่ค่อนข้างสูงอาจทำให้เกิดเพดานคะแนน นอกจากนี้การวัดในวันที่ 3 หลังใช้สื่อแสดงการเรียนรู้ระยะสั้น แต่ยังไม่ยืนยันความคงทนของความรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลในระยะยาว ผู้ปกครองมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด (M = 48.03 จาก 50 คะแนน, SD = 2.76) โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมความมั่นใจ การตอบข้อสงสัย และการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเด็ก แสดงว่าการยอมรับสื่อเกิดจากคุณค่าต่อการดูแล ความสะดวก และความน่าเชื่อถือ มากกว่าความน่าสนใจของรูปแบบเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ปกครองมีความพึงพอใจสูงต่อสื่อดิจิทัล[8] และการใช้ LINE Official Account[9,10] ความพึงพอใจระดับสูงอาจเกิดจากสื่อสามารถตอบสนองความต้องการที่สำคัญของผู้ปกครองได้พร้อมกันหลายด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก ความชัดเจนของเนื้อหา ความน่าเชื่อถือ การนำความรู้ไปใช้ได้จริง และการได้รับคำตอบต่อข้อสงสัยเฉพาะหน้า คุณลักษณะดังกล่าวช่วยลดความไม่แน่นอนในการดูแลเด็กและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อที่ได้รับคะแนนสูงสุดเกี่ยวกับความมั่นใจในการดูแลบุตรหลาน

แม้ผลการศึกษาจะสนับสนุนศักยภาพของสื่อดิจิทัล แต่การวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง กลุ่มตัวอย่าง 30 คนจากโรงพยาบาลแห่งเดียว และการประเมินหลังใช้ระยะสั้น ทำให้ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลหรืออ้างอิงผลไปยังประชากรอื่นได้อย่างกว้างขวาง ความพึงพอใจที่สูงมากอาจได้รับอิทธิพลจากการตอบเอาใจผู้วิจัย ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามผลหลังจำหน่าย และวัดพฤติกรรมการดูแล ผลลัพธ์ของเด็ก การใช้บริการซ้ำ ตลอดจนข้อมูลการใช้งานจริงของสื่อ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล หน่วยงานกุมารเวชกรรมสามารถนำสื่อดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคปอดอักเสบ โดยบูรณาการเข้ากับกระบวนการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิด D-METHOD ตั้งแต่แรกรับ ระหว่างรักษา จนถึงก่อนจำหน่าย

ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถใช้สื่อดิจิทัลเป็นสื่อเสริมในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เพื่อฝึกการประเมินอาการผิดปกติ การวางแผนจำหน่าย และการสื่อสารสุขภาพกับผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและการใช้บริการสุขภาพ เช่น การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน การกลับมารับบริการฉุกเฉิน ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว เพื่อประเมินประโยชน์ของสื่อในทางปฏิบัติอย่างครอบคลุม

2. ควรติดตามผลในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของความรู้ ความสม่ำเสมอในการใช้สื่อ และความสามารถของผู้ปกครองในการนำความรู้ไปปฏิบัติภายหลังจำหน่าย

คำแถลงการณ์ใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนได้ใช้ Gemini เพื่อช่วยตรวจสอบรูปแบบเอกสารอ้างอิง และปรับสำนวนภาษาในระหว่างการเตรียมบทความ ทั้งนี้ ผู้เขียนเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง รับผิดชอบเนื้อหาทั้งหมด

ผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยขอประกาศว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ในการทำวิจัยและเผยแพร่บทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization.(2022). Pneumonia in children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 Nov 11 [cited 2026 Sep 4]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia
2. Sitthikarnkha P, Uppala R, Niamsanit S, Sutra S, Thepsuthammarat K, Techasatian L, et al.(2022). Epidemiology of acute lower respiratory tract infection hospitalizations in Thai children: a 5-year national data analysis. Influenza Other Respir Viruses. 2022;16(1):142-50. doi:10.1111/irv.12911.
3. ขวัญจิต เพ็งแป้น.(2562). บทบาทผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2562;6(2):131-42.
4. ทัศนีย์ อรรถารส, จุไร อภัยจิรรัตน์.(2554). รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล. 2554;26(ฉบับพิเศษ):112-25.
5. Alligood MR.(2022). Nursing theorists and their work. 10th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2022.
6. วัลทณี นาคศรีสังข์.(2564). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. 2564;4(1):82-98.
7. ประดับเพชร เจนวิพากษ์, วัลยา คะศรีทอง, นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, อัจฉรา คำมะทิตย์.(2565). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ งานผู้ป่วยในกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย.ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2565;12(2):164-77.
8. Mörelius E, Robinson S, Arabiat D, Whitehead L.(2021). Digital interventions to improve health literacy among parents of children aged 0 to 12 years with a health condition: systematic review. J Med Internet Res. 2021;23(12):e31665. .doi:10.2196/31665.
9. กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรมศรี, นิรันดร ผานิจ.(2565). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2024];16(2):623-41. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/257597
10. วิจิตรา นวนนันทวงศ์, ญาภัทร นิยมสัตย์, วิไล ผดุงตาล.(2568). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้การดูแลเด็กเพื่อป้องกันภาวะชักจากไข้ผ่าน LINE Official Account “ลดไข้ ไกลชัก” ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็ก. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2024];31(2): 146-63. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/276362
11. Orem DE.(2001). Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2001.
12. Burns N, Grove SK.(2005). The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2005.
13. Polit DF, Beck CT.(2017). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017.
14. รัตน์ศิริ ทาโต.(2568). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2568.
15. Sakamoto M, Ishikawa H, Suzuki A.(2024). Evaluation of parents' use of a child health care information app and their health literacy: cross-sectional study. JMIR Pediatr Parent. 2024;7:e48478. doi:10.2196/48478.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี โดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

Development of a Motorcycle Crash Prevention Model for Children and Youth Aged 10–19 Years through the Sa Bot District Road Safety Operations Center, Lop Buri Province.

(Received: September 6, 2026; Revised: September 12, 2026 ; Accepted: September 17, 2026)

ธรณ์พัฒน์ กลับภิรมย์[1]
Thonphat Klaphirom[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี โดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลจากนักเรียน 284 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกเด็กและเยาวชนที่เคยประสบอุบัติเหตุ 33 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบร่วมกับภาคีเครือข่าย 63 คน โดยใช้วงจร PAOR กระบวนการ AIC กรอบ 4M, SHELL Model และ Swiss Cheese Model และระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบกับนักเรียน 42 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.86 มีอายุเฉลี่ย 12.26 ปี (S.D. = 1.64) เริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนอายุ 13 ปี ร้อยละ 84.86 ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 100 และเคยประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 46.48 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ กลไกการบริหารจัดการ การใช้ข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ การพัฒนาภาคีเครือข่ายและทีมวิทยากร ชุดกิจกรรมสำหรับเด็กและเยาวชน และระบบกำกับติดตามและสะท้อนผล ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นจาก 36.20 เป็น 41.05 คะแนน ความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้นจาก 32.80 เป็น 38.56 คะแนน และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 36.50 เป็น 45.00 คะแนน โดยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) ข้อมูลเฝ้าระวังในช่วงเวลาเดียวกันพบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวมลดลงจาก 117 ราย เหลือ 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.03

คำสำคัญ: ทักษะคิด, การป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต, จักรยานยนต์, นักเรียน

ABSTRACT

This participatory action research aimed to investigate the situation, develop a model, and evaluate the effectiveness of a model for addressing motorcycle crashes among children and youth aged 10–19 years through the Sa Bot District Road Safety Operations Center, Lop Buri Province. The study comprised three phases. Phase 1 involved questionnaires administered to 284 students and in-depth interviews with 33 children and youth who had experienced motorcycle crashes. Phase 2 involved model development with 63 partner representatives using the PAOR cycle, AIC process, 4M framework, SHELL Model, and Swiss Cheese Model. Phase 3 evaluated the model through a 12-week, one-group pretest–posttest study involving 42 students. The instruments included questionnaires, interview guides, and focus group records. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired-samples t-tests, with statistical significance set at 0.05.

[1] ว่าที่ร้อยเอก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสระโบสถ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

The results showed that 59.86% of the participants were female, with a mean age of 12.26 years (S.D. = 1.64). A total of 84.86% had started riding motorcycles before the age of 13 years, none held a motorcycle driving licence, and 46.48% had experienced a motorcycle crash. The developed model consisted of five components: management mechanisms, data utilization and systemic factor analysis, capacity building for partner networks and facilitator teams, learning activities for children and youth, and continuous monitoring and reflection. After the intervention, the mean self-efficacy score increased from 36.20 to 41.05, the mean outcome expectation score increased from 32.80 to 38.56, and the mean road safety practice score increased from 36.50 to 45.00. All post-intervention scores were significantly higher than the pre-intervention scores ($p < 0.001$). Concurrent surveillance data showed that the combined number of injuries and deaths decreased from 117 to 69 cases, representing a reduction of 41.03%.

Keyword: model development, motorcycle crashes, children and youth, District Road Safety Operations Center, action research

บทนำ

ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี จากการบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิต 3 ฐาน พบว่า ในช่วง 9 ปี มีเด็กและเยาวชนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 26,126 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 2,902 ราย และจากการประมาณการด้วยการวิเคราะห์อนุกรมเวลา คาดว่าในช่วง พ.ศ. 2564–2573 หากไม่มีมาตรการแก้ไขอย่างจริงจัง อาจมีเด็กและเยาวชนเสียชีวิตถึง 37,321 ราย หรือเฉลี่ยปีละ 3,732 ราย[1] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการเฉพาะสำหรับเด็กและเยาวชน รวมทั้งเสริมสร้างกลไกจัดการปัญหาในระดับพื้นที่ให้สามารถใช้ข้อมูล วิเคราะห์สาเหตุ และกำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทได้อย่างเป็นระบบ รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บและเสียชีวิตของเด็กและเยาวชน ผลการศึกษาระดับประเทศพบว่า กลุ่มอายุที่เกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุดคือ 15–19 ปี ร้อยละ 68 รองลงมาคือ 10–14 ปี ร้อยละ 28 เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เรียนรู้การขับขี่จากพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง และเพื่อน ร้อยละ 72 และไม่เคยผ่านการฝึกอบรมขับขี่ปลอดภัยอย่างเป็นระบบ ร้อยละ 87 นอกจากนี้ เยาวชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีใบอนุญาตขับขี่เพียงร้อยละ 14[2] ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเด็กและเยาวชนจำนวนมากเริ่มใช้รถจักรยานยนต์ก่อนมีความพร้อมทั้งด้านอายุ ความรู้ ทักษะ และข้อกำหนดตามกฎหมาย โดยครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มขับขี่และพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์

สำหรับจังหวัดลพบุรี ข้อมูลบูรณาการการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน พ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิต 287 ราย คิดเป็นอัตรา 48.26 ต่อประชากรแสนคน และร้อยละ 82.50 ของพาหนะที่เกี่ยวข้องเป็นรถจักรยานยนต์[3] ส่วนอำเภอสระโบสถ์ จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บของโรงพยาบาลสระโบสถ์ พ.ศ. 2564–2566 พบเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนรวม 158 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.50 ของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมดในอำเภอ โดยพบพฤติกรรมไม่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 85 รวมทั้งการใช้ความเร็วและการขาดทักษะตัดสินใจเมื่อเผชิญสถานการณ์เสี่ยง[4] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าเด็กและเยาวชนในอำเภอสระโบสถ์ยังมีความเสี่ยงสูงจากการใช้รถจักรยานยนต์ในการเดินทางไปโรงเรียนและในชีวิตประจำวัน

แม้อำเภอสระโบสถ์จะมีการดำเนินงานผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังขาดรูปแบบเฉพาะสำหรับเด็กและเยาวชน การบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และระบบกำกับติดตามที่

ต่อเนื่อง มาตรการส่วนใหญ่ยังเน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ขับขี่ โดยยังไม่ครอบคลุมปัจจัยด้านยานพาหนะ ถนนและสิ่งแวดล้อม ครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และระบบบริหารจัดการ ทั้งที่แนวคิด SHELL Model และ Swiss Cheese Model อธิบายว่าอุบัติเหตุไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดของบุคคลเพียงด้านเดียว แต่เป็นผลจากช่องโหว่หลายระดับที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงกัน[5]

การพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัยของเด็กและเยาวชนจึงควรดำเนินการควบคู่กับการจัดการปัจจัยเชิงระบบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura ซึ่งอธิบายว่าบุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ และคาดหวังว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ[6] ร่วมกับแนวคิด Thailand Safe Youth Program ซึ่งมุ่งพัฒนาการจัดการความเสี่ยง การตระหนักรู้ในสถานการณ์ การตัดสินใจ และความพร้อมก่อนเดินทาง ตลอดจนใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR เพื่อเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายร่วมวางแผน ดำเนินงาน สังเกต และสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง[7]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี โดยใช้ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์เป็นกลไกหลักในการเชื่อมโยงสถานศึกษา ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ
4. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี ระหว่างปีงบประมาณ 2567–2569 และเปรียบเทียบผล พ.ศ. 2569 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) และประเมินประสิทธิผลด้วยแบบแผนการทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group Pretest–Posttest Design) ดำเนินการใน พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการทดลองใช้พร้อมประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

1. พื้นที่ศึกษา

ดำเนินการในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ประชากรเชิงปริมาณ ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน จำนวน 1,077 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie และ Morgan[8] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 284 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งสัดส่วนตามระดับชั้นและขนาดโรงเรียน แล้วสุ่มอย่างง่ายในแต่ละชั้นเรียน ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงจากเด็กและเยาวชนอายุ 10–19 ปี ซึ่งเคยประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในฐานะผู้ขับขี่ จำนวน 33 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีบทบาทในการดำเนินงานความปลอดภัยทางถนน จำนวน 63 คน ประกอบด้วยคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์ 20 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และสภาเด็กและเยาวชน 18 คน และครูผู้รับผิดชอบงานความปลอดภัยทางถนนจากสถานศึกษา 25 คน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียนในสถานศึกษานำร่อง จำนวน 502 คน คำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie และ Morgan[8] โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อน 0.10 และค่าสัดส่วนลักษณะที่สนใจเท่ากับ 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คน และเพิ่มร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษา รวมกลุ่มตัวอย่าง 42 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียนในพื้นที่อำเภอสระโบสถ์

2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

3) นักเรียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองลงนามให้ความยินยอม

4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก

1) มีข้อจำกัดด้านร่างกายหรือสติปัญญาที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด

3) ถอนความยินยอมระหว่างการศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.1 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อายุที่เริ่มขับขี่ บุคคลที่ฝึกขับขี่ให้ การอนุญาตของผู้ปกครอง การมีใบอนุญาตขับขี่ และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการขับขี่ปลอดภัย ดัดแปลงจากแบบสอบถามของสุรีวัลย์[9] ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5–1 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนย้อนกลับ 1–5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–50 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5–1 และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนย้อนกลับ 1–5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–50 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยข้อคำถามเชิง

ลบให้คะแนนย้อนกลับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20–60 คะแนน

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67–1.00 ทดลองใช้กับนักเรียนในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.89 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.76

3.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมประสบการณ์และอายุที่เริ่มขับขี่ ผู้ฝึกขับขี่ การมีใบอนุญาตขับขี่ การผ่านการอบรมขับขี่ปลอดภัย ลักษณะยานพาหนะ พฤติกรรมการขับขี่ สภาพถนนและสิ่งแวดล้อม บทบาทของครอบครัว และความคิดเห็นต่อนโยบายของสถานศึกษาและหน่วยงานภาครัฐ แบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00

3.3 เครื่องมือสำหรับพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการประชุม แบบสังเกตการณ์ดำเนินกิจกรรม และเอกสารประกอบกระบวนการ AIC และการวิเคราะห์ทรัพยากรตามกรอบ 4M ประกอบด้วย บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ

3.4 รูปแบบการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยกลไกการบริหารจัดการโดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ การใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ การพัฒนาภาคีเครือข่ายและทีมวิทยากร ชุดกิจกรรมสำหรับเด็กและเยาวชน และระบบกำกับติดตามและสะท้อนผล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากนักเรียน 284 คน ด้วยแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึกเด็กและเยาวชนที่เคยประสบอุบัติเหตุ 33 คน วิเคราะห์ปัจจัยความไม่ปลอดภัยตาม SHELL Model จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ กฎระเบียบและมาตรการ ยานพาหนะ ถนนและสิ่งแวดล้อม ผู้ขับขี่ และบุคคลรอบข้างหรือผู้ใช้ถนนร่วมกัน จากนั้นสังเคราะห์ความเชื่อมโยงของช่องโหว่เชิงระบบด้วย Swiss Cheese Model

4.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

ดำเนินการตามวงจร PAOR ร่วมกับภาคีเครือข่าย 63 คน ดังนี้

1. Planning: คืนข้อมูลสถานการณ์ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วย SHELL Model และ Swiss Cheese Model จัดกระบวนการ AIC วิเคราะห์ทรัพยากรตามกรอบ 4M และกำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกัน

2. Action: พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและทีมวิทยากร ออกแบบชุดกิจกรรม กำหนดมาตรการร่วมระหว่างสถานศึกษา ผู้ปกครอง และชุมชน รวมทั้งคัดเลือกสถานศึกษานำร่อง

3. Observation: ติดตามการมีส่วนร่วม ความพร้อมของทีมวิทยากร ความเหมาะสมของกิจกรรม และปัญหาอุปสรรคด้วยการสังเกตและการสนทนากลุ่ม

4. Reflection: จัดเวทีคืนข้อมูลและถอดบทเรียน เพื่อนำผลไปปรับเนื้อหา กิจกรรม บทบาทของภาคี และระบบกำกับติดตามก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้

4.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ

ทดลองใช้รูปแบบกับนักเรียน 42 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

ก่อนสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม

สัปดาห์ที่ 1 เตรียมความพร้อมทีมวิทยากรและผู้ช่วยวิจัย โดยใช้หลักสูตรทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน

สัปดาห์ที่ 2–3 จัดกิจกรรมการจัดการความเสี่ยง สมรรถนะและข้อจำกัดของมนุษย์ การตระหนักรู้ในสถานการณ์ การตัดสินใจ และการจัดการความเครียดและความเหนื่อยล้า

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกัน การสวมหมวกนิรภัย และการตรวจสอบความพร้อมของรถจักรยานยนต์

สัปดาห์ที่ 5 ร่วมกับสถานศึกษา ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่ายวิเคราะห์ปัญหาและออกแบบมาตรการความปลอดภัย

สัปดาห์ที่ 6 สรุปบทเรียนและจัดกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยงโดยการผลิตสื่อรณรงค์ของนักเรียน

สัปดาห์ที่ 7–11 ติดตามเยี่ยมเสริมพลังและติดตามการดำเนินมาตรการของสถานศึกษา

สัปดาห์ที่ 12 สรุปและประเมินผลการดำเนินงาน

หลังสัปดาห์ที่ 12 เก็บข้อมูลหลังการทดลองและคืนข้อมูลแก่ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเกณฑ์การแปลผลที่กำหนด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ตาม SHELL Model และสังเคราะห์ความเชื่อมโยงด้วย Swiss Cheese Model เปรียบเทียบจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตระหว่างปีงบประมาณ 2567–2569 ในช่วงเดือนตุลาคม–กรกฎาคม และเปรียบเทียบข้อมูลเดือนมกราคม–กรกฎาคม พ.ศ. 2569 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี โดยใช้จำนวน ร้อยละ และร้อยละการเปลี่ยนแปลง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี รหัสโครงการ LBEC 011/2569 มีระยะเวลารับรองตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2569 ถึงวันที่ 25 มีนาคม 2570

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 จำนวน 284 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.86 มีอายุเฉลี่ย 12.26 ปี (S.D. = 1.64) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 21.13 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 7,291.90 บาทต่อเดือน (S.D. = 5,686.05) โดยร้อยละ 49.65 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่างเริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์เมื่ออายุเฉลี่ย 10.80 ปี (S.D. = 1.45) และเริ่มขับขี่ก่อนอายุ 13 ปี ร้อยละ 84.86 ผู้ฝึกขับขี่ให้ส่วนใหญ่เป็นพ่อหรือแม่ ร้อยละ 43.31 รองลงมาคือเพื่อน ร้อยละ 22.18 และฝึกด้วยตนเอง ร้อยละ 21.83 ผู้ปกครองส่วนใหญ่อนุญาตให้ขับขี่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 68.66 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีใบอนุญาตขับขี่ และร้อยละ 46.48 เคยประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ในจำนวนนี้ร้อยละ 50.00 เคยประสบอุบัติเหตุ 1 ครั้ง และร้อยละ 80.30 ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยโดยไม่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนนอยู่ในระดับพอใช้

เมื่อรวมกลุ่มที่มีการปฏิบัติตัวในระดับพอใช้และระดับไม่ดี พบสูงถึงร้อยละ 96.83 แสดงให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการรับรู้กับการนำไปปฏิบัติอย่างปลอดภัยในชีวิตประจำวัน

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเด็กและเยาวชนที่เคยประสบอุบัติเหตุในฐานะผู้ขับขี่ จำนวน 33 คน พบปัจจัยความไม่ปลอดภัยเชื่อมโยงกันทั้ง 5 ด้าน โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนอาจพบมากกว่าหนึ่งปัจจัย ได้แก่

1. ด้านกฎระเบียบและมาตรการ พบอย่างน้อยหนึ่งปัจจัย ร้อยละ 93.94 โดยพบการไม่มี

ใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 87.88 และไม่เคยผ่านการอบรมขับขี่ปลอดภัยอย่างเป็นระบบ ร้อยละ 81.82

2. ด้านผู้ขับขี่ พบอย่างน้อยหนึ่งปัจจัย ร้อยละ 90.91 โดยพบการประเมินอันตรายหรือการตัดสินใจไม่เหมาะสม ร้อยละ 63.64 และใช้ความเร็วไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ร้อยละ 57.58

3. ด้านบุคคลรอบข้างและผู้ใช้ถนนร่วมกัน พบอย่างน้อยหนึ่งปัจจัย ร้อยละ 87.88 โดยพบการเรียนรู้การขับขี่จากครอบครัวหรือเพื่อนโดยไม่มีหลักสูตรมาตรฐาน ร้อยละ 78.79 และได้รับอนุญาตให้ใช้รถก่อนมีความพร้อม ร้อยละ 72.73

4. ด้านยานพาหนะ พบอย่างน้อยหนึ่งปัจจัย ร้อยละ 84.85 โดยพบการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือสวมไม่ถูกต้อง ร้อยละ 75.76 และไม่ตรวจสอบความพร้อมของรถก่อนเดินทาง ร้อยละ 63.64

5. ด้านถนนและสิ่งแวดล้อม พบอย่างน้อยหนึ่งปัจจัย ร้อยละ 75.76 โดยเหตุการณ์ส่วนหนึ่งเกิดบริเวณทางแยก ทางโค้ง หรือทางเชื่อม ร้อยละ 45.45 และบริเวณที่มีแสงสว่างหรือทัศนวิสัยจำกัด ร้อยละ 36.36

ผลการวิเคราะห์ตาม SHELL Model และการสังเคราะห์ด้วย Swiss Cheese Model แสดงให้เห็นว่าอุบัติเหตุไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนเพียงด้านเดียว แต่เป็นผลจากช่องโหว่หลายระดับ ได้แก่ กฎระเบียบและระบบกำกับดูแล ความพร้อมของยานพาหนะ สภาพถนนและสิ่งแวดล้อม ทักษะของผู้ขับขี่ และอิทธิพลจากครอบครัว เพื่อน และผู้ใช้ถนนร่วมกัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบ

การพัฒนารูปแบบดำเนินการร่วมกับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์และภาคีเครือข่าย จำนวน 63 คน โดยใช้วงจร PAOR กระบวนการ AIC และการวิเคราะห์ทรัพยากรตามกรอบ 4M ผลการดำเนินงานทำให้ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. กลไกการบริหารจัดการโดยศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์

2. การใช้ข้อมูลสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบด้วย SHELL Model และ Swiss Cheese Model

3. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและทีมวิทยากรกระบวนการ

4. ชุดกิจกรรมสำหรับพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยของเด็กและเยาวชน

5. ระบบกำกับ ติดตาม สะท้อนผล และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามวงจร PAOR

ชุดกิจกรรมสำหรับเด็กและเยาวชนประกอบด้วย 6 โมดูล ได้แก่ การจัดการความเสี่ยงในการใช้รถใช้ถนน สมรรถนะและข้อจำกัดของมนุษย์ การตระหนักรู้ในสถานการณ์ การตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ และการจัดการความเครียด ความเหนื่อยล้า และความพร้อมก่อนเดินทาง

3. ผลการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างระยะทดลองจำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.52 มีอายุเฉลี่ย 16.43 ปี (S.D. = 1.47) เริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนอายุ 13 ปี ร้อยละ 64.29 ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ ร้อยละ 83.33 และเคยประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 52.38

ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n = 42)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean (S.D.)	หลังทดลอง Mean (S.D.)	ผลต่างเฉลี่ย (S.D.)	95% CI	t	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	36.20 (4.10)	41.05 (4.35)	4.85 (5.20)	3.23–6.47	6.05	<0.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์	32.80 (4.65)	38.56 (4.72)	5.76 (6.10)	3.86–7.66	6.12	<0.001
การปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย	36.50 (6.80)	45.00 (6.40)	8.50 (9.20)	5.63–11.37	5.99	<0.001

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Paired t-test; df = 41

4. ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต

ข้อมูลเฝ้าระวังช่วงเดือนตุลาคม–กรกฎาคม ปีงบประมาณ 2567–2569 พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวมเท่ากับ 114, 117 และ 69 ราย ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2568 กับ 2569 พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บรวมลดลงร้อยละ 39.82 จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 75.00 และจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวมลดลงร้อยละ 41.03 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน ปีงบประมาณ 2567–2569 สะสมเดือนตุลาคม–กรกฎาคม

ปีงบประมาณ	ผู้บาดเจ็บ OPD	ผู้บาดเจ็บ IPD	ผู้บาดเจ็บรวม	ผู้เสียชีวิต	บาดเจ็บและเสียชีวิตรวม
2567	50	60	110	4	114
2568	36	77	113	4	117
2569	19	49	68	1	69
เปลี่ยนแปลง 2568–2569	ลดลง 17	ลดลง 28	ลดลง 45	ลดลง 3	ลดลง 48
ร้อยละการเปลี่ยนแปลง	47.22	36.36	39.82	75.00	41.03

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลเดือนมกราคม–กรกฎาคม พ.ศ. 2569 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวมลดลงจากค่ามัธยฐาน 78 ราย เหลือ 52 ราย หรือลดลงร้อยละ 33.33 โดยจำนวนผู้บาดเจ็บลดลงร้อยละ 30.67 และจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงจากค่ามัธยฐาน 3 ราย เหลือ 0 ราย

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่า เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เริ่มขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนอายุ 13 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มขับขี่ 10.80 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีใบอนุญาตขับขี่ และเกือบครึ่งหนึ่งเคยประสบอุบัติเหตุ สะท้อนว่าเด็กและเยาวชนเริ่มใช้รถจักรยานยนต์ก่อนมีความพร้อมทั้งด้านอายุ ความรู้ ทักษะ และข้อกำหนดตามกฎหมาย อีกทั้งส่วนใหญ่เรียนรู้การขับขี่จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือฝึกด้วยตนเองมากกว่าการเรียนรู้ผ่านหลักสูตรมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเด็กและเยาวชนจำนวนมากเริ่มขับขี่ตั้งแต่อายุยังน้อย ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ และเรียนรู้จากบุคคลใกล้ชิด [2,10]

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ร้อยละ 96.83 มีการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยอยู่ในระดับพอใช้หรือไม่ดี แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์หรือความเสี่ยงเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ จึงควรจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนฝึกสังเกตอันตราย ประเมินความเสี่ยง ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลอง

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าอุบัติเหตุเกิดจากปัจจัยที่เชื่อมโยงกันหลายระดับ ปัจจัยด้านกฎระเบียบและมาตรการพบมากที่สุด รองลงมาคือด้านผู้ขับขี่ บุคคลรอบข้าง ยานพาหนะ และถนนหรือสิ่งแวดล้อม การใช้ SHELL Model ร่วมกับ Swiss Cheese Model ช่วยให้เห็นว่าอุบัติเหตุไม่ได้เกิดจากการกระทำของเด็กและเยาวชนเพียงด้านเดียว แต่สัมพันธ์กับช่องโหว่ของครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน ยานพาหนะ สิ่งแวดล้อม และระบบบริหารจัดการ [5]

2. การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การดำเนินงานตามวงจร PAOR ทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้สถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตามและสะท้อนผล กระบวนการ AIC ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกำหนดเป้าหมายและกิจกรรม ส่วนกรอบ 4M ช่วยให้การวางแผนสอดคล้องกับความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการของพื้นที่ ส่งผลให้บทบาทของแต่ละหน่วยงานมีความชัดเจนและเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของรูปแบบร่วมกัน

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพทีมนำและการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมช่วยให้ภาคีเครือข่ายสามารถวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผน และดำเนินมาตรการความปลอดภัยทางถนนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ [7,10,11]

กระบวนการดังกล่าวทำให้ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ กลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ระบบข้อมูลและการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายและทีมวิทยากร ชุดกิจกรรมสำหรับเด็กและเยาวชน และระบบกำกับติดตามและสะท้อนผล รูปแบบนี้จึงครอบคลุมทั้งการพัฒนาทักษะระดับบุคคลและการจัดการเงื่อนไขแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ช่วยให้เด็กและเยาวชนเห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของตนเองกับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยได้ชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเลือกปฏิบัติอย่างปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมซึ่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์สามารถพัฒนาพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของนักเรียนได้ [12]

3. ประสิทธิผลของรูปแบบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่าชุดกิจกรรมเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้รับประสบการณ์จากการฝึกแก้ไขสถานการณ์ เรียนรู้จากตัวอย่าง ได้รับคำแนะนำและกำลังใจจากทีมวิทยากร และเรียนรู้การจัดการความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแหล่งพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 ประการ ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการจัดการสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ [6]

คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการใช้กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง การอภิปรายกลุ่ม

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีผลต่างเฉลี่ยมากที่สุดในตัวแปรทั้งสาม ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการออกแบบกิจกรรมที่ไม่จำกัดเฉพาะการให้ความรู้ แต่เน้นการฝึกประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจ การจัดการปัจจัยรบกวน และการติดตามเสริมพลังจากครู ผู้ปกครอง และภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาและการเสริมสร้างแรงจูงใจช่วย

ให้พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยของนักเรียนดีขึ้น [13,14]

เมื่อพิจารณาร่วมกัน การเพิ่มขึ้นของการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีส่วนสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้มากขึ้น เนื่องจากบุคคลที่เชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้และเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ย่อมมีแนวโน้มเลือกและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว [6]

4. แนวโน้มการบาดเจ็บและเสียชีวิต

ข้อมูลเฝ้าระวังพบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวมในปีงบประมาณ 2569 ลดลงจากปีงบประมาณ 2568 ร้อยละ 41.03 และลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี ร้อยละ 33.33 แนวโน้มดังกล่าวอาจสะท้อนผลร่วมของการพัฒนาทักษะเด็กและเยาวชน มาตรการของสถานศึกษา การกำกับดูแลของผู้ปกครอง การสนับสนุนจากชุมชน และการประสานงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระบบความปลอดภัยที่ให้ความสำคัญกับการจัดการปัจจัยทุกองค์ประกอบของระบบร่วมกัน [7]

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง ไม่มีกลุ่มหรือพื้นที่เปรียบเทียบ และประเมินพฤติกรรมด้วยแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง จึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อนและความต้องการตอบในทิศทางที่สังคมยอมรับ ไม่สามารถสรุปได้ว่าจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่ลดลงเกิดจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพียงปัจจัยเดียว ผลดังกล่าวควรตีความเป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นร่วมกับมาตรการอื่นในพื้นที่ และควรติดตามผลระยะยาวหรือศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ โดยสรุป รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นจากการใช้ข้อมูลจริงของพื้นที่ การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบ การขับเคลื่อนผ่านกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ และการเชื่อมโยงการพัฒนาทักษะของเด็กและเยาวชนกับมาตรการของครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รูปแบบดังกล่าวสามารถส่งเสริมการรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยของเด็กและเยาวชน และมีศักยภาพสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จังหวัดลพบุรีและอำเภอสระโบสถ์ควรกำหนดการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นวาระสำคัญ โดยบรรจุไว้ในแผนปฏิบัติการของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ และสถานศึกษา ครอบคลุมการป้องกันการขับขี่ก่อนถึงเกณฑ์อายุ การส่งเสริมการมีใบอนุญาตขับขี่ การสวมหมวกนิรภัย การตรวจสอบความพร้อมของรถ และการบังคับใช้กฎหมายเชิงบวกที่เหมาะสมกับช่วงวัย

1.2 ควรขับเคลื่อนนโยบายสถานศึกษาปลอดภัยทางถนน (Safe School) ให้ครอบคลุมทุกโรงเรียนในพื้นที่ โดยกำหนดมาตรการเดินทางมาโรงเรียนอย่างปลอดภัย ระบบคัดกรองและติดตามนักเรียนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การจัดการจุดเสี่ยงบริเวณโรงเรียน และการบูรณาการทักษะความปลอดภัยทางถนนในกิจกรรมการเรียนรู้ของสถานศึกษา

1.3 ควรสนับสนุนนโยบาย “1 โรงเรียน 1 ครูทักษะคิด” โดยพัฒนาครูหรือบุคลากรหลักของแต่ละสถานศึกษาให้สามารถจัดกิจกรรมตามหลักสูตรทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน และเชื่อมโยงการทำงานกับทีมวิทยากรหรือพี่เลี้ยงของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์

1.4 ควรพัฒนาระบบข้อมูลร่วมระหว่างสถานศึกษา โรงพยาบาล ตำรวจ หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ โดยกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ อายุที่เริ่มขับขี่ การมีใบอนุญาตขับขี่ การสวมหมวกนิรภัย การเกิดอุบัติเหตุซ้ำ จุดเสี่ยง และพฤติกรรมความปลอดภัย เพื่อนำข้อมูลกลับมาใช้วางแผนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 สถานศึกษาควรจัดกิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การประเมินอันตราย และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนนให้แก่นักเรียน โดยเฉพาะนักเรียนที่ขับขี่รถจักรยานยนต์มาโรงเรียน กิจกรรมควรเน้นกรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง การฝึกตัดสินใจ การเรียนรู้จากตัวแบบ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ทั้งนี้ ไม่ควรจัดกิจกรรมฝึกขับขี่จริงให้แก่นักเรียนที่ยังไม่ถึงเกณฑ์อายุตามกฎหมาย

2.2 ควรใช้ SHELL Model วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ และใช้ Swiss Cheese Model วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของช่องโหว่ในระดับบุคคล ครอบครัว สถานศึกษา ชุมชน ยานพาหนะ ถนนและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มาตรการที่กำหนดไม่มุ่งแก้ไขเฉพาะพฤติกรรมของนักเรียนเพียงด้านเดียว

2.3 ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์ควรกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายให้ชัดเจน โดยสถานศึกษารับผิดชอบกิจกรรมการเรียนรู้และติดตามพฤติกรรม ผู้ปกครองกำกับดูแลการใช้รถจักรยานยนต์ ตำรวจและขนส่งสนับสนุนความรู้และการบังคับใช้กฎหมาย หน่วยงานสาธารณสุขจัดทำและคืนข้อมูลสถานการณ์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและปรับปรุงจุดเสี่ยง

2.4 ควรจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่างสถานศึกษา ผู้ปกครอง และนักเรียน เกี่ยวกับการใช้รถจักรยานยนต์ การสวมหมวกนิรภัย การตรวจสอบความพร้อมของรถ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการปฏิบัติตามกฎจราจร พร้อมกำหนดระบบติดตามที่ไม่มุ่งลงโทษ แต่เน้นการให้คำแนะนำและเสริมพลัง

2.5 ควรจัดเวทีติดตามและสะท้อนผลตามวงจร PAOR อย่างสม่ำเสมอ เพื่อทบทวนความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์ของมาตรการ รวมทั้งนำข้อค้นพบกลับมาปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของแต่ละโรงเรียนและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มหรือพื้นที่เปรียบเทียบ และคำนวณขนาดตัวอย่างจากขนาดอิทธิพลที่คาดหวัง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการสรุปผลของรูปแบบ

2. ควรติดตามผลภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมอย่างน้อย 3–6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของการรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเพื่อความปลอดภัย รวมทั้งติดตามการเกิดอุบัติเหตุซ้ำในกลุ่มเป้าหมาย

3. ควรพัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้อันตรายและการตัดสินใจจากสถานการณ์จำลอง เช่น ภาพเหตุการณ์ วิดีโอคลิป หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยประเมินทั้งความถูกต้องและระยะเวลาการตอบสนอง เพื่อให้สามารถวัดทักษะการคิดได้ครอบคลุมกว่าการใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว

4. ควรศึกษาผลของรูปแบบจำแนกตามช่วงอายุ ระดับชั้น เพศ ประสบการณ์การขับขี่ และประวัติการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งศึกษาบทบาทของผู้ปกครองและอิทธิพลของเพื่อนที่มีต่อการเริ่มขับขี่และพฤติกรรมความปลอดภัย

5. ควรศึกษาการนำรูปแบบไปใช้ในโรงเรียนหรือพื้นที่อื่น โดยประเมินประสิทธิผล ความเป็นไปได้ ความต่อเนื่อง ความพึงพอใจ ต้นทุน และ

เงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ เพื่อพัฒนาแนวทางขยายผลในระดับอำเภอและจังหวัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี นายอำเภอสระโบสถ์ สาธารณสุขอำเภอสระโบสถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระโบสถ์ และคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอสระโบสถ์ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตลอดจนสถานศึกษา สถานีตำรวจภูธร หน่วยงานด้านการขนส่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง สภาเด็กและเยาวชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามผลการดำเนินงาน ขอขอบคุณผู้บริหารสถานศึกษา คณะครู นักเรียน และผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค.(2563). ครึ่งทางทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท รำไทยเพลส จำกัด; 2563.
2. ปัญณ์ จันทร์พาณิชย์ และคณะ.(2563). โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บสำหรับเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ที่มีประสิทธิผล. นนทบุรี: กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค และศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน; 2563.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ระบบบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://dip.ddc.moph.go.th/new/
4. โรงพยาบาลสระโบสถ์.(2567). สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2564–2566. ลพบุรี: โรงพยาบาลสระโบสถ์; 2567.
5. Hawkins FH.(1987). Human factors in flight. Aldershot: Gower Technical Press; 1987.
6. Bandura A.(1977). Social learning theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
7. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค.(2565). การจัดการและแก้ปัญหาการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนโดยใช้ TSY Program (Thailand Safe Youth Program) [แผ่นพับ]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.
8. Krejcie RV, Morgan DW.(1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607–610.
9. สุรีวัลย์ สะอิดี.(2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ของผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลนครยะลา [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
10. ณัฐนันต์ ทองศรี.(2568). การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะคิดเพื่อเอาชีวิตรอดในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(4):1314–1325.
11. อนงค์ มณีศรี.(2567). ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพทีมนำระดับจังหวัดเพื่อการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก จังหวัดสุรินทร์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(3):53–63.
12. มานะชัย สุเรรัมย์.(2568). ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่อำเภอเสี่ยงสูงมาก จังหวัดสุรินทร์. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2568;10(2):33–48.
13. นฤมล กิ่งแก้ว, จุฑามณี น้ำนวล, พนิดา นพพันธ์ และสาวิตรี สุมาโท.(2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนเทคนิค จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2565;15(3):25–37.

14. ศิริพร สิทธิ, รังสิยา นารินทร์ และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์.(2565). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2565;18(2):1–15.

การเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนกับการดูแลแบบทั่วไป อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

Comparison of Clinical Outcomes between Home Ward Care Involving Family and Community Participation and Usual Care among Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes Mellitus in Khiri Mat District, Sukhothai Province.

(Received: September 6, 2026; Revised: September 12, 2026 ; Accepted: September 14, 2026)

ชัยพร อมรมุณีพงศ์[1] **ยุทธนา แยบคาย**[2]
Chaiporn Amonmuneepong[1] **Yutthana Yaebkai**[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนกับการดูแลแบบทั่วไป อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 152 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและจำแนกตามรูปแบบบริการที่ได้รับจริง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 76 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง การรายงานข้อมูลสุขภาพทุกวัน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามระบบบริการปกติของคลินิกโรคเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลก่อนการทดลองและแบบบันทึกผลหลังการทดลอง โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนการทดลองและหลังติดตามครบ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher’s exact test, Independent samples t-test และ Paired samples t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกัน 2) ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จำนวนยาเมตฟอร์มิน จำนวนยากลิพิไซด์ จำนวนยาไพโอกลิตาโซน อินซูลินมนุษย์ชนิดผสมสำเร็จรูป 30/70 ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนยาเมตฟอร์มิน จำนวนยากลิพิไซด์ จำนวนยาไพโอกลิตาโซน อินซูลินมนุษย์ชนิดผสมสำเร็จรูป 30/70 ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จำนวนยาเมตฟอร์มิน ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยจำนวนยากลิพิไซด์สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน, การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

Abstract

This two-group quasi-experimental study with a pretest–posttest design aimed to compare clinical outcomes between home ward care involving family and community participation and usual care among patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus in Khiri Mat District, Sukhothai Province. Participants were purposively selected and classified according to the care they actually received. The analysis included

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
[2] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author E-mail: yutthanaya@scphpl.ac.th

152 patients, with 76 in the experimental group and 76 in the comparison group. The experimental group received home ward care from a multidisciplinary team, incorporating self-monitoring of blood glucose, daily health reporting, and participation by family members, caregivers, and village health volunteers. The comparison group received usual care at the diabetes clinic. Data were collected using an enrollment form and a follow-up form to assess clinical outcomes at baseline and at the 6-month follow-up. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, the independent samples t-test, and the paired samples t-test.

The findings showed that 1) baseline characteristics did not differ between the experimental and comparison groups; 2) before the intervention, mean hemoglobin A1c levels, numbers of metformin, glipizide, and pioglitazone tablets per day, doses of premixed human insulin 30/70, blood lipid levels, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure did not differ between the groups. After the intervention, the experimental group had a lower mean hemoglobin A1c level than the comparison group, with statistical significance at the 0.05 level. Mean numbers of metformin, glipizide, and pioglitazone tablets per day, doses of premixed human insulin 30/70, blood lipid levels, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure did not differ between the groups; and 3) after the intervention, the experimental group had lower mean hemoglobin A1c levels, numbers of metformin tablets per day, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure than before the intervention, with statistical significance at the 0.05 level. The comparison group had lower mean hemoglobin A1c levels and diastolic blood pressure, and a higher mean number of glipizide tablets per day than before the intervention, with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords: Home ward care, Family and community participation, Type 2 diabetes mellitus, Hemoglobin A1c level

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว[1,2] สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2567 ประชากรอายุ 20–79 ปีทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 589 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 9 ของประชากรช่วงอายุดังกล่าว และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593[1] การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวานขึ้นจอตา แผลเบาหวานที่เท้า และการตัดอวัยวะ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนเพิ่มภาระแก่ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ[2]

สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทยมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567–2568 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปตามประวัติการรักษาและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 10.6 ในปี พ.ศ. 2568 เมื่อพิจารณาผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมด พบว่า ร้อยละ 27.0 ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 41.3 ได้รับการรักษาแต่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีเพียงร้อยละ 28.6 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารได้ตามเกณฑ์ คือ ต่ำกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร[3]

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาโรคเบาหวานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ยังรวมถึงช่องว่างของการวินิจฉัยและ

การควบคุมโรคในผู้ที่เข้าสู่ระบบการรักษาแล้ว การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องประเมินปัญหาเป็นรายบุคคลทั้งด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย ภาวะทางอารมณ์ โรคร่วม ภาวะเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งกำหนดเป้าหมายการรักษาให้เหมาะสมกับอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน และความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยแต่ละราย[3,4]

จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center: HDC) ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568[5] พบว่า อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 3,362 คน เป็น 3,519 คน และ 3,668 คน ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ได้ดีตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 47.5, 47.9 และ 44.5 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2568 ผู้ป่วยได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดร้อยละ 89.5 แต่สามารถควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ 44.5 ซึ่งต่ำกว่าภาพรวมของจังหวัดสุโขทัยที่ควบคุมได้ดีร้อยละ 44.9[5] สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการตรวจติดตามแล้ว แต่ยังมีผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ควบคุมโรคไม่ได้ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี และผลการควบคุมในปีล่าสุดลดลงจากปีก่อนหน้านั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการติดตามและปรับแผนการดูแลให้ต่อเนื่องกว่าการบริการตามนัดเพียงอย่างเดียว[5]

ความซับซ้อนของปัญหาในระดับบุคคลและครอบครัว ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 78.2 แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า กลุ่มวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.8 ซึ่งส่วนหนึ่งมีปัญหาการรับประทานอาหารเกินปริมาณที่เหมาะสม รับประทานอาหารไม่เป็นเวลาและมีภาวะเครียด ส่วนผู้สูงอายุพบร้อยละ 41.8 ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคร่วมและมีความเสี่ยงจากการใช้ยาหลายชนิด นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่พบในพื้นที่ได้แก่ การบริโภคอาหารรสหวานและเค็มจัด การบริโภคคาร์โบไฮเดรตเกินความต้องการ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย[6] ซึ่งความแตกต่างของปัญหาระหว่างวัยทำงานกับผู้สูงอายุชี้ให้เห็นว่าการดูแลด้วยแนวทางเดียวกันอาจไม่เพียงพอ แต่ต้องปรับให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ภาระหน้าที่ โรคร่วม และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย[4,6]

จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การดูแลยังใกล้เคียงเดิม ทำให้เวลาในการค้นหาปัญหาและวางแผนการดูแลเป็นรายบุคคลมีจำกัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมของครอบครัว นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานบางรายไม่สะดวกมารับบริการถี่ขึ้นหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องประกอบอาชีพและมีภาระดูแลครอบครัว ส่งผลให้การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการแก้ไขปัญหาระหว่างการรักษาขาดความต่อเนื่อง[6] ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เปิดดำเนินการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ระยะสงบครบทุกแห่ง โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 161 คน และเข้าสู่เกณฑ์โรคเบาหวานระยะสงบ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10.0[6]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้กำหนดแนวทางให้ติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนระหว่างวันนัด และนำระบบการแพทย์ทางไกลร่วมกับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านมาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่ไม่สะดวกเดินทาง[7] แสดงให้เห็นว่าในพื้นที่มีเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพรองรับอยู่แล้ว แต่ยัง

จำเป็นต้องพัฒนากระบวนการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพมากขึ้น[7]

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์[8] กำหนดให้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งมีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความปลอดภัย และอาศัยความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแลในการประเมินอาการและสื่อสารข้อมูลกับทีมสหวิชาชีพ[8] ซึ่งนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้สามารถติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้สภาพแวดล้อมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในขณะที่ทีมสหวิชาชีพสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย ภาวะทางอารมณ์ ความพร้อมของครอบครัว และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจหรือสังคมมาประกอบการวางแผนและปรับการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย[4,8]

องค์ประกอบสำคัญของการดูแลดังกล่าว คือ การฝึกให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood glucose: SMBG) บันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย และอาการผิดปกติ ตลอดจนส่งข้อมูลให้ทีมสหวิชาชีพประเมินและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง[8,9] นอกจากนี้ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองร่วมกับการดูแลเฉพาะบุคคลและการติดตามจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นเวลา 6 เดือน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น[9] นอกจากนี้ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น โดยเห็นผลชัดเจนในการติดตามช่วง 3–4 เดือนและเมื่อพยาบาลเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม แม้ว่าผลลัพธ์ในภาพรวมจะดีขึ้นเล็กน้อย[10] แสดงให้เห็นว่าครอบครัวและชุมชนไม่ได้มีบทบาทเพียงสนับสนุนด้านกำลังใจ แต่ยังช่วยสังเกตอาการ กำกับการใช้ยา สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ทีมสหวิชาชีพ ทำให้สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาได้ก่อนถึงวันนัดครั้งต่อไป[8,9,10]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านมีผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความพึงพอใจต่อบริการดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอก[11] ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมมีโอกาสลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้เป็น 3.25 เท่าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป[12] ในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชนเป็นเวลา 3 เดือน พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากร้อยละ 7.5 เหลือร้อยละ 6.8 จำนวนเม็ดยาและมูลค่ายารักษาโรคเบาหวานลดลง และมีผู้ป่วยเข้าสู่เกณฑ์โรคเบาหวานระยะสงบ ร้อยละ 28.6[13] ซึ่งการติดตามอย่างต่อเนื่องจากการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปรับพฤติกรรมและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น[9,10,11,12,13]

การศึกษาที่ผ่านมาประเมินผลของการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน การดูแลแบบองค์รวม การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ หรือการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่และกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกัน[9,10,11,12,13] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนกับการดูแลแบบทั่วไปในพื้นที่อำเภอศรีรัมาศ จังหวัดสุโขทัย ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้จึงนำการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วย

ตนเอง การติดตามข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการประเมินปัญหา ภายใต้วิถีชีวิตจริงของผู้ป่วยโรคเบาหวานมาใช้ในการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ดำเนินการเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการสุ่มจัดเข้ากลุ่ม แต่ได้รับการจัดเข้ากลุ่มตามระบบบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับจริง และติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านหรือคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 25692. กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7[14] สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันแบบสองทาง โดยอ้างอิงผลการศึกษาก่อนหน้า[12] ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ร้อยละ 66.7 และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไปมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ร้อยละ 38.1 คำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.58 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอัตราส่วนของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 1 : 1 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 156 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จำนวน 78 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป จำนวน 78 คน

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบกลุ่มละ 78 คน โดยจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบบริการที่ผู้ป่วยได้รับจริง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านจัดอยู่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานตามระบบบริการปกติจัดอยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป

4. เกณฑ์การคัดเข้าคือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้ารับการดูแลรักษาในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านหรือคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย มีผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเมื่อเริ่มต้นการศึกษา และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) มากกว่าร้อยละ 11 หรือมีระดับพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) และสามารถเข้ารับการดูแลและติดตาม

ผลการรักษาตามรูปแบบของการศึกษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน

5. เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือมีภาวะพึ่งพิงจนไม่สามารถเข้ารับการดูแลตามรูปแบบของการศึกษาได้ 2) กำลังตั้งครรภ์เมื่อเริ่มต้นการศึกษาหรือตั้งครรภ์ในระหว่างช่วงเวลาที่ศึกษา และ 3) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรงหรือมีโรคร่วมที่มีอาการไม่คงที่ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถเข้ารับการดูแลหรือติดตามผลการรักษาตามรูปแบบของการศึกษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวทางการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านของกรมการแพทย์[8] และแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน[4] แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1.1 การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนคือ การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพภายใต้ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ครั้งละ 7 วัน และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ประกอบด้วยการซักประวัติการใช้ยา การรับประทานอาหาร อาการผิดปกติ และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจวัดสัญญาณชีพ น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร การใช้ยาและการฉีดอินซูลินอย่างถูกต้อง รวมถึงการดูแลสภาวะทางอารมณ์ ผู้ป่วยได้รับการฝึกตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองวันละ 2 ครั้ง โดยผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ตรวจและบันทึกผล พร้อมรายงานข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ให้ทีมรักษาประเมินทุกวัน หากพบอาการหรือระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ แพทย์จะประเมินและปรับแผนการรักษาตามความเหมาะสม รวมทั้งนัดติดตามอาการและผลการรักษาทุก 1–2 เดือน

1.2 การดูแลแบบทั่วไปคือ การดูแลผู้ป่วยตามระบบบริการของคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย ประกอบด้วย การซักประวัติการใช้ยา การรับประทานอาหาร และอาการผิดปกติ การตรวจวัดสัญญาณชีพ น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร การใช้ยาและการฉีดอินซูลินอย่างถูกต้อง แพทย์ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและปรับแผนการรักษาตามความเหมาะสม พร้อมนัดติดตามอาการทุก 1–2 เดือน และตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดกับระดับไขมันในเลือดตามรอบการตรวจ โดยไม่ได้รับการติดตามและรายงานระดับน้ำตาลในเลือดทุกวันผ่านระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเวชระเบียน เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลก่อนการทดลอง (Enrollment form) ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศและอายุ 2) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ 3) ข้อมูลโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคไตเรื้อรัง 4) ข้อมูลการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ จำนวนยาเมตฟอร์มิน (Metformin) ยากลิพิไซด์ (Glipizide) และยาไพโอกลิตาโซน (pioglitazone) หน่วยเป็นเม็ดต่อวัน (tablets/day) และอินซูลินมนุษย์ชนิดผสมสำเร็จรูป 30/70 (Premixed human insulin 30/70) ชื่อการค้า มิกซ์ทาร์ด 30 (Mixtard 30) หน่วยเป็นยูนิตต่อวัน (units/day) 5) ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับพลาสมา

กลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) หน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) หน่วยเป็นร้อยละ (%) ระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (Low Density Lipoprotein-Cholesterol: LDL-C) ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride: TG) และระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (High Density Lipoprotein-Cholesterol: HDL-C) หน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) และ 6) ข้อมูลการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัว หน่วยเป็นกิโลกรัม (kg) ส่วนสูง หน่วยเป็นเซนติเมตร (cm) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) หน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m^2) ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg)

2.2 แบบบันทึกผลหลังการทดลอง (Follow-up form) เมื่อครบระยะเวลาติดตาม 6 เดือน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ จำนวนยาเมตฟอร์มิน ยากลิพิไซด์ และยาไพโอกลิตาโซน หน่วยเป็นเม็ดต่อวัน (tablets/day) และอินซูลินมนุษย์ชนิดผสมสำเร็จรูป 30/70 ชื่อการค้า มิกซ์ทาร์ด 30 หน่วยเป็นยูนิตต่อวัน (units/day) 2) ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หน่วยเป็นร้อยละ (%) ระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี หน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dL) และ 3) ข้อมูลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) ทั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนการทดลองและหลังติดตามครบ 6 เดือนมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย และประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2568 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบกลุ่มละ 78 คน จากนั้นจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบบริการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับจริง โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการดูแลในระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจัดอยู่ในกลุ่มทดลอง ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานตามระบบบริการปกติจัดอยู่ในกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ 1) ก่อนการทดลอง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลก่อนการทดลอง และ 2) หลังการทดลอง เมื่อครบระยะเวลา 6 เดือน โดยรวบรวมข้อมูลผลการรักษาและบันทึกลงในแบบบันทึกผลหลังการทดลอง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการดูแลตามรูปแบบบริการที่กำหนดตลอดระยะเวลาการทดลอง และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 31 พฤษภาคม 2569 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หากพบข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมอีกครั้ง

3. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง มีผู้สูญหายจากการติดตาม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6 โดยกลุ่มทดลองสูญหาย จำนวน 2 คน และกลุ่มเปรียบเทียบสูญหาย จำนวน 2 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 152 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 76 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 76 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent samples t-test

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จำนวนเม็ดยารักษาโรคเบาหวาน ขนาดอินซูลิน ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent samples t-test

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จำนวนเม็ดยารักษาโรคเบาหวาน ขนาดอินซูลิน ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โดยวิธีทบทวนแบบเร่งรัด (COA No. 74/2025; IRB No. 81/2025) เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.8 มีอายุเฉลี่ย 63.11 ปี (S.D. = 10.72) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.1 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 94.7 สำหรับโรคร่วม พบว่า มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.1 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 85.5 และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 25.0 โดยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.12 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D. = 4.84)

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 มีอายุเฉลี่ย 61.51 ปี (S.D. = 10.40) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 94.7 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 94.7 สำหรับโรคร่วม พบว่า มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.1 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 80.3 และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 21.1 โดยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.62 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D. = 6.01)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐาน พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีเพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง และดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จำนวนยาเมตฟอร์มิน จำนวนยากลิพิไซด์ จำนวนยาไพโอกลิตาโซน อินซูลินมนุษย์ชนิดผสมสำเร็จรูป 30/70 ระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ร้อยละ 8.83 (S.D. = 2.19) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 9.93 (S.D. = 2.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -3.043$, $p = 0.003$) ส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนยาเมตฟอร์มิน จำนวนยากลิพิไซด์ จำนวนยาไพโอกลิตาโซน อินซูลินมนุษย์ชนิดผสมสำเร็จรูป 30/70 ระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี ความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากร้อยละ 11.43 (S.D. = 2.52) เป็นร้อยละ 8.83 (S.D. = 2.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.874$, $p < 0.001$) มีค่าเฉลี่ยจำนวนยาเมตฟอร์มินลดลงจาก 2.17 เม็ดต่อวัน (S.D. = 1.62) เป็น 1.92 เม็ดต่อวัน (S.D. = 1.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -2.392$, $p = 0.019$) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 133.78 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 16.31) เป็น 128.05 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 11.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -2.541$, $p = 0.013$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 75.84 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 10.61) เป็น 72.00 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 9.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -2.806$, $p = 0.006$) ส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนยากลิพิไซด์ จำนวนยาไพโอกลิตาโซน อินซูลินมนุษย์ชนิดผสมสำเร็จรูป 30/70 ระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับคอเลสเตอรอลชนิดดีไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากร้อยละ 12.04 (S.D. = 1.72) เป็นร้อยละ 9.93 (S.D. = 2.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -7.548$, $p < 0.001$) มีค่าเฉลี่ยจำนวนยากลิพิไซด์เพิ่มขึ้นจาก 1.00 เม็ดต่อวัน (S.D. = 1.58) เป็น 1.18 เม็ดต่อวัน (S.D. = 1.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 2.215$, $p = 0.030$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 75.67 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 8.76) เป็น 72.92 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 8.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -2.323$, $p = 0.023$) ส่วนค่าเฉลี่ยจำนวนยาเมตฟอร์มิน จำนวนยาไพโอกลิตาโซน อินซูลินมนุษย์ชนิดผสมสำเร็จรูป 30/70 ระดับคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี และความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไปมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนจำนวนเม็ดยารักษาโรคเบาหวาน ขนาดอินซูลิน ระดับไขมันในเลือด และระดับความดันโลหิต หลังการทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลพื้นฐานและผลลัพธ์ทางคลินิก ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบผลหลังการติดตาม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการติดตามและการปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับ โดยกลุ่มทดลองได้รับการติดตามระดับน้ำตาลในชีวิตประจำวัน การสื่อสารกับทีมรักษา และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเพิ่มเติม ซึ่งอาจช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ดังนี้

ด้านการลดลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในกลุ่มทดลองอาจอธิบายได้จากองค์ประกอบของการดูแลที่ดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองวันละ 2 ครั้ง การบันทึกและรายงานข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพทุกวัน การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับการรับประทานอาหาร การใช้ยา และอาการผิดปกติ รวมทั้งการตอบสนอง

ของแพทย์เมื่อพบค่าหรืออาการผิดปกติ กระบวนการในภาพรวมดังกล่าวทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมรักษาได้รับข้อมูลที่สะท้อนวิถีชีวิตจริงของผู้ป่วยมากกว่าการประเมินเฉพาะวันที่มาตรวจตามนัด จึงสามารถค้นหาปัญหา ให้คำแนะนำ และปรับแผนการรักษาได้รวดเร็วขึ้น โดยแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน[4] ให้ความสำคัญกับการติดตามระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ การกำหนดเป้าหมายเป็นรายบุคคล และการปรับการรักษาให้เหมาะสมกับความเสี่ยงและบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาของ Johari et al.[9] ที่พบว่า การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองร่วมกับการดูแลเฉพาะบุคคลและการติดตามจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นระยะเวลา 6 เดือน ช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้น และการศึกษาของอธิบ ลีธีระประเสริฐ[11] พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในทำนองเดียวกันนั้น การศึกษาของชัยพร อมรมุณีพงศ์[13] ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างครอบคลุมโดยทีมสหวิชาชีพของชุมชนช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายในระยะเวลา 3 เดือน

ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นอีกองค์ประกอบที่อาจสนับสนุนผลลัพธ์ของการศึกษา เนื่องจากการควบคุมโรคเบาหวานต้องอาศัยการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การมีสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยตรวจและบันทึกระดับน้ำตาล เตือนการใช้ยา สังเกตอาการ และสื่อสารข้อมูลกับทีมรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและสามารถแก้ไขข้อจำกัดในการดูแลตนเองได้รวดเร็วขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Matrook et al.[10] ที่พบว่า การดูแลที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด โดยเฉพาะกิจกรรมที่ติดตามในช่วง 3–4 เดือน และกิจกรรมที่พยาบาลมีบทบาทดำเนินการ นอกจากนี้ การทบทวนอย่างเป็นระบบ[15-16] สนับสนุนว่าการดำเนินกิจกรรมโดยผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชน และมาตรการที่ดำเนินการในชุมชนสามารถช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อกิจกรรมมีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับระบบบริการ และได้รับการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ด้านการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนเม็ดยาและขนาดอินซูลินไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีจำนวนยาเมตฟอร์มินต่อวันลดลง แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนยากลิพิไซด์ต่อวันเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากการปรับยาเป็นรายบุคคลตามระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของไต ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการไม่พึงประสงค์ และการตอบสนองต่อการรักษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินขนาดยารวม ความเข้มข้นของการรักษา ความสม่ำเสมอในการใช้ยา และเหตุผลทางคลินิกของการปรับยาในผู้ป่วยแต่ละราย

ด้านระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อย่างไรก็ตาม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน อาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเริ่มต้นไม่สูงมาก และยังคงได้รับการประเมินและปรับการรักษาตามระบบบริการของคลินิกโรคเบาหวานเช่นเดียวกัน ประกอบกับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนครั้งนี้มุ่งเน้นการ

ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลัก และไม่ได้กำหนดมาตรการควบคุมความดันโลหิตที่แตกต่างจากการดูแลแบบทั่วไปอย่างชัดเจน ผลลัพธ์ที่พบจึงยังไม่สนับสนุนว่าการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีผลต่อระดับความดันโลหิตมากกว่าการดูแลแบบทั่วไป

ด้านระดับไขมันในเลือด พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับไขมันในเลือดไม่แตกต่างกัน ในขณะเดียวกัน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับไขมันในเลือดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบ[17] ที่ไม่พบผลของมาตรการที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อระดับไขมันในเลือดอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากระดับไขมันในเลือดได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ ชนิดและขนาดยาลดไขมัน ความสม่ำเสมอในการใช้ยา การรับประทานอาหาร น้ำหนักตัว การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกาย พันธุกรรม และโรคร่วม ในขณะที่การศึกษานี้ไม่ได้กำหนดกิจกรรมเฉพาะสำหรับการควบคุมระดับไขมันในเลือด และไม่ได้เก็บข้อมูลการใช้ยาลดไขมันกับพฤติกรรมดังกล่าวอย่างละเอียด ผลลัพธ์ที่พบจึงแสดงว่าภายใต้องค์ประกอบและระยะเวลาที่ศึกษายังไม่พบความแตกต่างของระดับไขมันในเลือดที่สามารถตรวจวัดได้ระหว่างรูปแบบการดูแลทั้ง 2 แบบ

ข้อจำกัดของการวิจัยคือ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ไม่ได้สุ่มจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระบบบริการที่ผู้ป่วยได้รับจริงจึงอาจมีปัจจัยบางประการที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มและส่งผลต่อผลลัพธ์ ประกอบกับการศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ทั้งนี้ผลการศึกษานี้จึงควรนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือบริบทบริการที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน และควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อยืนยันความคงอยู่ของผลลัพธ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เหมาะสมเข้าสู่ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยพิจารณาระดับน้ำตาลในเลือด ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพร้อมของครอบครัวหรือผู้ดูแล สภาพแวดล้อมของที่พักอาศัย และช่องทางการสื่อสารกับทีมรักษา

1.2 ควรจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ระบุความถี่ของการตรวจระดับน้ำตาล การบันทึกและรายงานข้อมูล เกณฑ์แจ้งเตือน การตอบสนองเมื่อพบค่าผิดปกติ การปรับยา การส่งต่อ และบทบาทของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วย และครอบครัวให้ชัดเจน

1.3 ควรพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การบันทึกผล การแปลผลเบื้องต้น การสังเกตอาการผิดปกติ การใช้ยาและการฉีดอินซูลินอย่างถูกต้อง รวมทั้งการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง

1.4 ควรติดตามทั้งผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลและความปลอดภัย ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา การมารับบริการฉุกเฉิน การนอนโรงพยาบาล และการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อให้การขยายบริการตั้งอยู่บนประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย

1.5 ควรพัฒนาระบบบันทึกและสื่อสารข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูล ระยะเวลาในการตอบสนอง เกณฑ์การส่งต่อ และแนวทางคุ้มครองข้อมูลส่วน

บุคคล เพื่อให้การติดตามผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสาร

1.6 ก่อนขยายบริการควรประเมินภาระงาน ความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาล ระบบสื่อสาร งบประมาณ และค่าใช้จ่ายที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้รูปแบบการดูแลสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องภายใต้ทรัพยากรของพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยแบบทดลองสุ่มมีกลุ่มควบคุม หรือใช้วิธีจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยสำคัญ เช่น อายุ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเริ่มต้น ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม และรูปแบบการใช้ยา เพื่อลดความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

2.2 ควรใช้การวิเคราะห์ที่ปรับค่าพื้นฐานและปัจจัยรบกวน เช่น การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม แบบจำลองการถดถอยพหุตัวแปร หรือแบบจำลองที่ทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลา เพื่อประมาณผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลได้แม่นยำยิ่งขึ้น

2.3 ควรดำเนินการวิจัยแบบหลายศูนย์ (Multicenter study) และติดตามผลไม่น้อยกว่า 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ภาวะแทรกซ้อน และความสามารถในการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลในบริบทที่แตกต่างกัน

2.4 ควรเก็บข้อมูลกระบวนการดูแล ได้แก่ ความถี่และความครบถ้วนของการตรวจระดับน้ำตาล ระยะเวลาตอบสนองของทีมรักษา ความสม่ำเสมอในการใช้ยา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และความพร้อมในการใช้เทคโนโลยี เพื่ออธิบายกลไกที่ทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไป

2.5 ควรประเมินผลลัพธ์ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบบริการเพิ่มเติม ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ ภาระของผู้ดูแล ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การมารับบริการฉุกเฉิน การนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ ต้นทุน และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

2.6 ควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อศึกษาประสบการณ์ ปัจจัยเอื้ออุปสรรค ความยอมรับ และความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation.(2025). IDF Diabetes Atlas [Internet]. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025. [cited 2026 Aug 24]. Available from: https://diabetesatlas.org/
2. World Health Organization.(2026). Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. [cited 2026 Aug 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
3. เริงฤดี ปธานวนิช, บรรณาธิการ.(2568). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567–2568. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.
4. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
5. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2568). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เขตสุขภาพที่ 2: ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [สืบค้นเมื่อ 24 ส.ค. 2569]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/sti/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3

6. โรงพยาบาลคีรีมาศ.(2568). รายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. สุโขทัย: กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลคีรีมาศ; 2568.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2569). รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย; 2569.
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) ฉบับที่ 2. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2567.
9. Johari SM, Razalli NH, Chua KJ, Shahar S.(2024). The efficacy of self-monitoring of blood glucose (SMBG) intervention package through a subscription model among type-2 diabetes mellitus in Malaysia: a preliminary trial. Diabetol Metab Syndr 2024;16:135. doi:10.1186/s13098-024-01379-9.
10. Matrook KA, Whitford DL, Smith SM, McGilloway S, Piyasena MP, Cowman S.(2025). Family-based interventions for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Prim Care Diabetes 2025;19(2):111-9. doi:10.1016/j.pcd.2025.01.006.
11. อธิบ ลีธีระประเสริฐ.(2568). ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบผู้ป่วยในที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2568;19(1):188-202.
12. ชัยพร อมรมุณีพงศ์.(2566). การศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างการดูแลแบบองค์รวมกับการดูแลแบบทั่วไปในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารนวัตกรรมทางการแพทย์และการวิจัยสาธารณสุข 2566;2(1):1-14.
13. ชัยพร อมรมุณีพงศ์.(2568). การศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพของชุมชน สู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม 2568;10(4):415-23.
14. 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):1149-60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
15. Evans J, Ha H, White PT.(2025). Evaluating the effectiveness of community health worker interventions on glycaemic control in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2025;15(7):e096651. doi:10.1136/bmjopen-2024-096651.
16. Lutfian L, Wardika IJ, Mukminin MA, Hidayat IS, Wartakusumah R, Melati HIT, et al.(2025). Efficacy of community-based interventions in reducing HbA1c levels among patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of recent studies conducted in developing countries. J Prim Care Community Health 2025;16:21501319251391593. doi:10.1177/21501319251391593.
17. Zhang H, Zhang Q, Luo D, Cai X, Li R, Zhang Y, et al.(2022). The effect of family-based intervention for adults with diabetes on HbA1c and other health-related outcomes: systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs 2022;31(11-12):1488-501. doi:10.1111/jocn.16082.

การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู

Developing a Integrated Treatment and Continuous Care Model for Substance Use Disorders : A Case Study from Nong Bua Lamphu, Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ณฐกร จันทรเสนา[1] สุณัฐชณา แสนมานิตย์[1] และอิทธิพล พลบูรณ์[1]
Nathakorn Juntarasena[1] Sunatchana Sanmanit[1] Ittipol polboon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา พัฒนาและทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด 661 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบประเมินและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทุกฉบับมีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00 และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Percentage differences

ผลการวิจัย 1) พบสภาพปัจจุบันปัญหาเกี่ยวกับระบบสารสนเทศและการรายงานผล รอยต่อและความเสี่ยงต่อการกลับไปเสพซ้ำช่วงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง และความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับกรอบอัตรากำลังและงบประมาณ 2) กระบวนการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยขั้นตอนการคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามต่อเนื่อง ทีมผู้รับผิดชอบการติดตาม และการรายงานและประเมินผล และ3) การประเมินผลรูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตามโดยรวมอัตราความสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 87.29 คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของอาการและสภาวะจิตสังคมบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.40 เป็นร้อยละ 64.70 มีศูนย์มินิธัญญารักษ์ในพื้นที่ จำนวน 2 แห่ง รับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางได้ 40 เตียง ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย 352 ราย อัตราการครองเตียงเฉลี่ย ร้อยละ 54.92 ผู้ป่วยยาเสพติดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด และผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด, การดูแลอย่างต่อเนื่อง, ศูนย์มินิธัญญารักษ์, การรับรู้ความสามารถของตนเอง

Abstract

This action research aimed to investigate current situations and problems, develop and implement, and evaluate an integrated treatment and continuous care model for patients with substance use disorders. Sample size were 661 patients. Data collection instruments comprised questionnaires, record forms, evaluation forms, and focus group discussion guidelines, with an Item-Objective Congruence (IOC) index ranging from 0.80 to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and percentage differences.

The research results revealed: 1) Current Situations and Problems: Issues were identified regarding information and reporting systems, care transition gaps and risks of relapse during continuous follow-up, as well as an imbalance between workload, staffing frameworks, and budget allocation. 2)Integrated Treatment and Continuous Care Model: The developed model comprised five core elements: screening and classification, treatment process, continuous follow-up, dedicated follow-up teams, and reporting and evaluation. and, 3)Model Evaluation Results: Patients received continuous quality care with an overall success rate (retention rate) of 87.29%. For outpatient rehabilitation under the biopsychosocial program, the overall mean score of symptoms and biopsychosocial status increased from 63.40% pre-development to 64.70% post-development. Two Mini-Thanyarak centers operating in the area provided 40 sub-acute care

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

beds, treating 352 patients with an average bed occupancy rate of 54.92%. Patients reported a moderate level of self-efficacy in preventing relapse. Experts rated the standard quality of the model at the highest level, while patients and their relatives expressed a high level of satisfaction.
Keywords: Substance Use Disorder Treatment, Continuous Care, Mini-Thanyarak Center, Self-Efficacy.

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นภัยคุกคามทางสาธารณสุขและสังคมระดับสากลที่มีความซับซ้อนและทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก (World Drug Report) โดยสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) ระบุว่า จำนวนประชากรทั่วโลกที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดมีขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-Type Stimulants: ATS) โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนได้กลายเป็นสารเสพติดที่มีการผลิตและการแพร่ระบาดขยายตัวสูงที่สุดภูมิภาคหนึ่งของโลก โดยเฉพาะในแถบเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งถูกใช้เป็นฐานผลิตและเส้นทางลำเลียงสำคัญ[1] สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ใช้สารเสพติดและผู้ติดยาเสพติดที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาสูงถึงหลายแสนราย โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและแรงงานช่วงอายุ 12–44 ปี[2] ยาเสพติดหลักที่แพร่ระบาดรุนแรงที่สุดยังคงเป็น "ยาบ้า" และ "ไอซ์" ประกอบกับการเข้าถึงกัญชาพืชกระท่อม และสารสังเคราะห์ชนิดใหม่ๆ (Club Drugs) ที่เพิ่มขึ้น[3] ยิ่งไปกว่านั้นปัญหาที่ท้าทายอย่างยิ่งในปัจจุบัน คือ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช (SMI-V) หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ก่อเหตุทำร้ายตนเองและผู้อื่นในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน เกิดเป็นวิกฤตความปลอดภัยในสังคมที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน[4]

สำหรับเขตสุขภาพที่ 8 (ครอบคลุม 7 จังหวัดภาคอีสานตอนบน ได้แก่ อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย บึงกาฬ และหนองบัวลำภู) เป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านตามแนวแม่น้ำโขง จึงประสบสภาวะแรงกดดันสูงจากการลักลอบนำเข้า ลำเลียงและกระจายยาเสพติดเข้าสู่พื้นที่ตอนในของประเทศ[5] จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพบว่า เขตสุขภาพที่ 8 มีอัตราป่วยด้วยโรคจิตเวชและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารเสพติดโดยเฉพาะกัญชาและแอมเฟตามีนติดอันดับสูงของประเทศ[4] ถึงแม้ว่าเขตสุขภาพที่ 8 จะมีนโยบายเชิงรุกในการเพิ่มอัตราการบำบัดและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (Retention Rate) และมีการขับเคลื่อนการพัฒนามินิธัญญารักษ์ รวมถึงระบบ Home Ward ยาเสพติด[6] แต่ในภาพรวมระดับเขตยังคงเผชิญความท้าทายจากอัตราการเสพซ้ำที่สูง ภาระงานที่เกินกำลังของบุคลากรทางการแพทย์ และความเหลื่อมล้ำของการดำเนินงานในแต่ละจังหวัด

ในส่วนของจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 8 แม้สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในภาพรวมจะอยู่ในระดับเบาบางถึงปานกลาง[7] แต่เนื่องจากเป็นพื้นที่รอยต่อทางยุทธศาสตร์สำคัญกับจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดรุนแรง (เลย หนองคาย บึงกาฬ อุดรธานี และขอนแก่น) จึงมักถูกใช้เป็นเส้นทางลำเลียงและแหล่งพักยาเสพติดก่อนกระจายสู่พื้นที่ส่วนใน อีกทั้งยังมีปัจจัยดึงดูดด้านประชากรแฝงในกลุ่มผู้ใช้แรงงานและโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ สารเสพติดหลักที่แพร่ระบาด คือ "ยาบ้า" ซึ่งมีแนวโน้มราคาลดลงอันเนื่องมาจากสัดส่วนความบริสุทธิ์ของสารเมทแอมเฟตามีนที่ลดลง ประกอบกับช่องทางการค้าผ่านโซเชียลมีเดียและการระบบขนส่งเอกชน นอกจากนี้ยังพบการเพิ่มขึ้นของสารเสพติดประเภทไอซ์ และกลุ่ม Club Drugs เช่น ยาอี ยาเค และ Happy Water ตลอดจนการเข้าถึงกัญชาเชิงเสรี ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงอายุ 15–24 ปี) รวมถึงกลุ่มผู้พ้นโทษ ผู้ต้องหาอยู่ระหว่าง

ประกันตัว และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด มีความเสี่ยงเข้าสู่กลไกการเสพซ้ำและการก่อความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมาจังหวัดหนองบัวลำภูได้ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหายาเสพติดผ่านกลไกตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ "หนองบัวลำภูโมเดล" โดยเร่งรัดกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งและขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรองครอบคลุม รพ.สต. และโรงพยาบาล ขยายการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ (Intermediate Care: IMC) ในโรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งระบบ Home Ward ยาเสพติดการประสานส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาการนำเข้าข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศยาเสพติด (บสต.)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารเชิงระบบของพื้นที่พบช่องว่างวิจัย 3 ประการ คือ (1) conceptual & model gap ที่ผ่านมาการศึกษาส่วนใหญ่เน้นประเมินผลลัพธ์เชิงปริมาณตามตัวชี้วัด เช่น ร้อยละของผู้เข้าบำบัด หรือ Retention Rate แต่ยังขาด "รูปแบบโครงสร้างการบริการและการติดตามดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Continuum of Care Model)" ที่สังเคราะห์ขึ้นจากฐานบริบทจริงของพื้นที่ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรองคัดแยกระดับความรุนแรง, การรักษาพยาบาล (Mini-Thanyarak / Home Ward), การฟื้นฟูโดยชุมชน (CBTx) ไปจนถึงกระบวนการติดตามดูแลหลังการจำหน่าย (Follow-up) อย่างเป็นรูปธรรม (2) Implementation & Process Gap ขาดกลไกเชิงปฏิบัติการ (Actionable Protocol) ที่ระบุบทบาทการทำงานประสานพลังระหว่าง "ทีมทางการแพทย์" (แพทย์/พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข/อสม.) และ "ทีมสนับสนุนทางสังคม" (ฝ่ายปกครอง/ตำรวจ/ท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน) ในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 1 ปี (อย่างน้อย 4–7 ครั้ง) ให้มีมาตรฐานเดียวกันทุกอำเภอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของผลงาน และMethodological & Evidence-Based Gap[3] ยังไม่มีการวิจัยเชิงพัฒนาที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ที่ครอบคลุมทั้งการประเมินความต้องการจำเป็น การร่วมออกแบบรูปแบบ (Co-design), การทดลองใช้ในพื้นที่จริงและการประเมินผลกระทบครอบคลุมมิติทางจิตสังคม เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ (Self-Efficacy) และการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Aggression Scale: OAS)[8]

เพื่อปิดช่องว่างดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาร่วมกับกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ (Health System Research) ออกแบบและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู โดยผสานนวัตกรรมพัฒนาระบบบริการ 5 มิติ ได้แก่ (1)การจำแนกผู้ป่วยและจัดระบบบริการตามระดับความรุนแรง (Risk-based Triage) กลไกการติดตามดูแลแบบทวิภาคี (Dual-Team Follow-up Mechanism) กำหนดหมุดหมายการติดตามที่ชัดเจน (Structured Follow-up Protocol) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุน (Data-Driven Tracking) และการคุ้มครองสิทธิ จริยธรรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนและท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม[8]

จากการทบทวนและวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงระบบแบบก้าวหน้า ตั้งแต่ระดับสากล ประเทศ เขตสุขภาพที่ 8 ลงมาจนถึงบริบทพื้นที่ระดับจังหวัดหนองบัวลำภู ชี้ให้เห็นว่าปัญหายาเสพติดและการเสพซ้ำได้ทวีความซับซ้อนและแปรเปลี่ยนไป แม้จังหวัดหนองบัวลำภูจะขับเคลื่อนมาตรการแก้ไขปัญหาอย่างเข้มข้นผ่านยุทธศาสตร์ "หนองบัวลำภูโมเดล" และพัฒนานวัตกรรมบริการหลากหลายรูปแบบ ทั้งศูนย์คัดกรอง มินิธัญญารักษ์ และระบบ Home Ward ยาเสพติด แต่เมื่อพิจารณาในมิติผลลัพธ์เชิงระบบ กลับยังคงพบ "ช่องว่างเชิงการบูรณาการและความผันผวนของผลงานระหว่างพื้นที่" (Inter-district Disparity)

ซึ่งเป็นผลมาจากภาระงานบุคลากรที่ซ้ำซ้อน รอยต่อระหว่างกระบวนการทางการแพทย์กับการดูแลทางสังคมที่ยังไม่แน่นแฟ้น และระบบสารสนเทศติดตามผลที่ขาดความต่อเนื่องไร้รอยต่อ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพและก้าวข้ามข้อจำกัดเดิม จึงไม่สามารถทำได้เพียงแค่การดำเนินงานตามภารกิจประจำ (Routine Work) หรือการประเมินผลผ่านตัวชี้วัดเชิงปริมาณในระดับพื้นผิวเท่านั้น หากแต่จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการวิจัยและพัฒนาบนฐานระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานเพื่อสร้าง "นวัตกรรมรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด"ที่มีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม นำไปสู่การจัดทำกลไกการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมระหว่างทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายชุมชนตลอดจนการประเมินผลลัพธ์ครอบคลุมทั้งมิติอัตราการติดตามดูแลต่อเนื่อง มิติทางจิตวิทยา (การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ) และมิติการลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) เพื่อเปลี่ยนผ่านระบบบริการบำบัดรักษายาเสพติดของจังหวัดหนองบัวลำภูสู่ความยั่งยืน และสร้างเป็นองค์ความรู้เชิงประจักษ์ ยกระดับเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา พัฒนาและทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภูครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานซึ่งประกอบด้วยเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ เพื่อตอบคำถามการวิจัยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2568-สิงหาคม 2569 ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research) การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู (A : analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาและนำรูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดไปทดลองใช้ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู(Design and Development: D) และ (Implementation: I) แบ่งออกเป็น 2 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ร่างรูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู

ขั้นที่ 2 การนำรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภูไปทดลองใช้ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู (Evaluation : E)

ขั้นตอนการดำเนินงานรูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู

1) การคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย (Screening) ก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา จะมีการคัดกรองเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงของการเสพติด เพื่อส่งต่อไปยังสถานบำบัดที่เหมาะสม ดังนี้ กลุ่มผู้เสพไม่มาก (ผู้เสพ) โดยการส่งไปบำบัดที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้คำปรึกษาและดูแลต่อเนื่อง, กลุ่มผู้เสพปานกลาง (ผู้ใช้) โดยการส่งเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับอำเภอหรือจังหวัด โดยใช้เวลาอย่างน้อย 9 วัน กลุ่มผู้ติดยาเสพติด (ผู้ติด) โดยการส่งเข้ารับการบำบัดในรูปแบบ Matrix

Program หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในเป็นเวลาอย่างน้อย 15 วัน และกลุ่มผู้ติดรุนแรงหรือมีอาการทางจิต โดยการส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางในสังกัดกรมการแพทย์หรือกรมสุขภาพจิต

2) กระบวนการบำบัดรักษา การบำบัดจะดำเนินการตามมาตรฐานของแต่ละระบบ เช่น ระบบสมัครใจ: เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในค่ายหรือศูนย์ฟื้นฟูฯ และระบบบังคับบำบัดและต้องโทษ: ดำเนินการตามกฎระเบียบและโปรแกรมการบำบัดมาตรฐานที่กำหนดโดยกรมคุมประพฤติหรือกรมราชทัณฑ์

3) การติดตามต่อเนื่อง (Follow-up) หัวใจสำคัญของการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำคือการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 1 ปี (อย่างน้อย 7 ครั้งใน 1 ปี)

4) ทีมผู้รับผิดชอบการติดตาม การติดตามจะทำงานร่วมกันระหว่าง 2 ทีมหลัก เพื่อดูแลทั้งด้านร่างกายและสังคม ทีมติดตามทางการแพทย์ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่ตรวจสุขภาพ จิตใจ และตรวจปัสสาวะเพื่อเฝ้าระวังการเสพซ้ำ และทีมอาสาสมัครติดตามทางสังคมประกอบด้วยผู้นำชุมชน ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และอาสาสมัครอื่นๆ ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ดูแลสภาพความเป็นอยู่ และให้ความช่วยเหลือด้านคุณภาพชีวิต

5) การรายงานและประเมินผล ข้อมูลการติดตามทั้งหมดจะถูกบันทึกใน สมุดบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือ และรายงานผ่านระบบสารสนเทศยาเสพติด เช่น ระบบ BSM 5 ของกระทรวงสาธารณสุข หรือระบบ Nispa เพื่อให้ผู้บังคับบัญชาตรวจสอบและวางแผนการแก้ไขปัญหาในระดับนโยบายต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล 1)แบบทึกจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) แบบบันทึกการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดหรือผู้เสพรูปแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัด 3)แบบบันทึกผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม 4) แบบประเมินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดหรือผู้เสพรูปแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัด 5) แบบบันทึกผลการดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ 6) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ 7) แบบการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์โดยใช้ตวามถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์คะแนนตามวิธีของเบสท์[9]

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1)แบบสอบถามคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบตามมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher[10] จำนวน 2 ด้าน คือ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุมที่มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 17 ข้อ 4) แบบการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และ 5) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

2) การสนทนากลุ่ม การดำเนินการสนทนากลุ่ม มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้1) เชิญสมาชิกเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ หากเป็นห้องที่ใหญ่ และสมาชิกนั่งห่างกัน อาจต้องมีระบบเสียงเข้ามาช่วยให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นชัดเจน 2) ติดป้ายชื่อสำหรับสมาชิกทุกคน โดยวางป้ายชื่อไว้ด้านหน้าเพื่อให้สามารถเรียกชื่อกันได้ 3) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและทีมงาน โดยผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มในครั้งนั้นด้วย พร้อมทั้งขออนุญาตด้วยว่าจะมีการบันทึกเสียงไว้ด้วย 4) สร้างบรรยากาศ สร้างความคุ้นเคย และเริ่มคำถามตามลำดับที่เตรียมไว้ 5) เปิดโอกาสให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยพิธีกรต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกได้

แสดงความเห็นอย่างทั่วถึง รวมทั้งคอยจำกัดเวลาสำหรับสมาชิกบางรายที่ใช้เวลามากเกินไปในการแสดงความคิดเห็นหรือครอบครองำความคิดผู้อื่น และ6) เมื่อได้พูดคุยจนครบประเด็น และถึงเวลาที่ต้องยุติ (ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง) ผู้ดำเนินการสนทนากล่าวยุติการสนทนา กล่าวขอบคุณ และแจกของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบตามมาตรฐานการประเมินของ McMillan and Schumacher[10] 2) แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ 3) แบบการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์คะแนนตามวิธีของเบสท์[9]

การวิเคราะห์เชิงเนื้อ เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เนื้อหาที่ปรากฏในเอกสารหรือบันทึกมากกว่ากระทำกับเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ การตีความจะกระทำในอีกขั้นตอนหนึ่งภายหลัง เมื่อผู้วิจัยและคณะจะสรุปข้อมูล โดยสามารถสรุปขั้นตอนการวิเคราะห์เนื้อหาได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ

1) การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเนื้อหาหรือเอกสาร เพื่อให้ชัดเจนว่าจะเลือกข้อมูลประเภทใด หากมีข้อคำถามแจกแจงอย่างชัดเจนก็สามารถแยกข้อมูลตามข้อคำถามในแต่ละตอนหรือแต่ละข้อ

2) การกำหนดเค้าโครงเพื่อจำแนกคำหรือเนื้อหาสาระของข้อมูล ซึ่งผู้วิเคราะห์ควรระบุอย่างชัดเจนว่าจะใช้คำหรือข้อความใดบ้าง เพื่อช่วยในการเลือกและการตัดเนื้อหาที่ไม่จำเป็นออกไป ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือปัญหาของงานวิจัย และควรใช้คำที่ค่อนข้างกว้างเพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ได้จากข้อมูลหลายชุดเพื่อนำมาพิจารณาอย่างเป็นระบบ

3) การพิจารณาบริบทแวดล้อม (Context) ของเนื้อหาเพื่อเพิ่มความถูกต้องของข้อมูล ไม่เพียงแค่การเลือกใช้เฉพาะคำสำคัญหรือวลีสั้น ๆ เท่านั้น ให้สามารถอธิบายความเกี่ยวข้องของข้อมูลได้ดีมากขึ้น

4) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนับเป็นความถี่ของเนื้อหาแล้วสรุปบรรยายข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่หนังสือรับรอง 34/2568 เมื่อวันที่ 28 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2568

ผลการวิจัย

1.สภาพปัจจุบันและปัญหาการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดหนองบัวลำภู ได้แก่ ความยุ่งยากของระบบสารสนเทศและการรายงานผล (บสต.) ซึ่งเจ้าหน้าที่สะท้อนว่าเป็นปัญหาในระดับมากที่สุด 2) รอยต่อและความเสี่ยงในการเสพซ้ำช่วงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยและญาติระบุว่าเป็นอุปสรรคอันดับหนึ่ง และ 3) ความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับกรอบอัตรากำลังและงบประมาณ โดยเจ้าหน้าที่เผชิญปัญหาในด้านการคัดกรอง

2. รูปแบบการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย (Screening) กระบวนการบำบัดรักษา การติดตามต่อเนื่อง (Follow-up) ทีมผู้รับผิดชอบการติดตาม การรายงานและประเมินผล และผลการประเมินคุณภาพมาตรฐานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

3.การประเมินผลรูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า

3.1 ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) โดยรวมระดับจังหวัดพบว่า ในระดับจังหวัด อัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.72 ในปี พ.ศ. 2568 เป็นร้อยละ 87.07 ในปี พ.ศ. 2569 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยระดับอำเภอ พบว่า ปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 67.99 ขณะที่ปี พ.ศ. 2568 มีเป้าหมายรวม 661 ราย ผลงานสำเร็จ 577 ราย คิดเป็นอัตราความสำเร็จร้อยละ 87.29

การเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Retention Rate) ระหว่างปี พ.ศ. 2568 และปี พ.ศ. 2569 รวมถึงการเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 70) พบว่า อัตรา Retention Rate เฉลี่ยโดยรวมของจังหวัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.99 ในปี พ.ศ. 2569 เพิ่มเป็นร้อยละ 87.29 ในปี พ.ศ. 2569 เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.85 (% differences) ขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 70) พบว่า ผลการดำเนินงานโดยรวมสูงกว่าเป้าหมายถึงร้อยละ 21.98 ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2568-2569 จำแนกเป็นรายอำเภอ

อำเภอ	ปี พ.ศ.2568 (ร้อยละ)	ปี พ.ศ.2569		
		เป้าหมาย (ราย)	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด	**67.72**			**87.07**
อำเภอเมือง	81.89	89	77	86.58
อำเภอนากลาง	59.47	170	138	81.14
อำเภอโนนสัง	77.83	60	57	94.18
อำเภอศรีบุญเรือง	61.08	170	168	98.72
อำเภอสุวรรณคูหา	89.02	125	99	79.47
อำเภอนาวัง	38.68	47	38	74.00
เฉลี่ยโดยรวม	67.99	661	577	87.29

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ระหว่างปี พ.ศ.2568 กับ 2569 และเปรียบเทียบกับเป้าหมาย จำแนกเป็นรายอำเภอ

อำเภอ	ปี พ.ศ.2568 (ร้อยละ)	ปี พ.ศ.2569 (ร้อยละ)	การเปรียบเทียบ	
			% differences	เป้าหมาย 70%
อำเภอเมือง	81.89	86.58	+5.56	+21.17
อำเภอนากลาง	59.47	81.14	+30.82	+14.74
อำเภอโนนสัง	77.83	94.18	+19.01	+29.45
อำเภอศรีบุญเรือง	61.08	98.72	+23.66	+34.04
อำเภอสุวรรณคูหา	89.02	79.47	-11.33	+12.67
อำเภอนาวัง	38.68	74.00	+62.69	+5.55
เฉลี่ยโดยรวม	67.99	87.29	+24.85	+21.98

3.2 การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดหรือผู้เสพรูปแบบผู้ป่วยนอกโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัดโดยรวม คะแนนเฉลี่ยของอาการและสภาวะจิตสังคมบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.40 ก่อนการพัฒนา เป็นร้อยละ 64.70 หลังการพัฒนา คิดเป็นร้อยละความแตกต่างเพิ่มขึ้น (+2.02%)

3.3 การดำเนินงานมินิธัญญารักษ์ พบว่า ศูนย์มินิธัญญารักษ์ในพื้นที่ดำเนินการรวม 2 แห่ง มีศักยภาพเตียงรองรับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง รวมทั้งสิ้น 40 เตียง สามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 352 ราย โดยมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยรวมอยู่ที่ร้อยละ 54.92 ผู้ป่วยยาเสพติดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นสำคัญได้เป็น 3 หมวดหมู่ ดังนี้

1) บริบทความท้าทายเชิงระบบและการบริหารจัดการในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในปัจจุบันกำลังเผชิญกับความท้าทายเชิงโครงสร้างและเชิงระบบใน 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านระบบสารสนเทศและการรายงานผล 2) ความเสี่ยงของการกลับไปเสพซ้ำในช่วงรอยต่อของการดูแล และ 3) ความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับกรอบอัตรากำลังและงบประมาณ เช่นเดียวกับข้อค้นพบเกี่ยวกับความสำคัญของการจัดการช่วงเชื่อมต่อเพื่อลดการกลับไปเสพซ้ำความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการของ Chi et al.[10] ที่ระบุว่า การเชื่อมโยงการดูแลเบื้องต้น การรักษาเฉพาะทาง และบริการจิตเวชเข้าด้วยกัน ส่งผลดีต่อผลลัพธ์การรักษาระยะยาว เช่นเดียวกับ Krawczyk et al.[11] ที่ยืนยันว่า การนัดหมายกับผู้ให้บริการในชุมชนล่วงหน้าก่อนปล่อยตัวผู้ป่วยเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเปลี่ยนผ่านการรักษาจากการดูแลเฉียบพลันไปสู่ชุมชน อย่างไรก็ดี ผลการวิจัยนี้ยังชี้ให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญตรงกับ Krawczyk et al.[11] ในประเด็นเรื่องความหลากหลายและความไม่สม่ำเสมอของตัวชี้วัดผลลัพธ์การดูแล ซึ่งทำให้การประเมินประสิทธิภาพในภาพรวมทำได้ยาก

ในมิติความท้าทายด้านทรัพยากรและภาระงาน ผลการศึกษานี้สอดรับกับสถานการณ์สากล เช่นในช่วงการระบาดของ COVID-19 ที่พบการขาดแคลนยาและการหยุดชะงักของบริการบำบัดรักษาทั่วโลก[13] ยิ่งไปกว่านั้นข้อค้นพบล่าสุดยังแสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับ Knudsen & Roman[14] ที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 22.6 ของโปรแกรมการรักษาที่ได้รับทุนรัฐเท่านั้นที่สามารถปรับมาใช้ยารักษาได้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นทางออกเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับ Krawczyk et al.[12] ว่าการผ่อนคลายกฎระเบียบเชิงโครงสร้าง (เช่น ข้อกำหนดการรับยาเมทาโดน) สามารถเพิ่มความยืดหยุ่นในการบริการได้โดยไม่ส่งผลเสียต่อผลการรักษาหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วย

2) ประสิทธิผลและข้อจำกัดในการขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ข้อค้นจากการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุม 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย, กระบวนการบำบัดรักษา, การติดตามอย่างต่อเนื่อง, การกำหนดทีมผู้รับผิดชอบ และระบบการรายงานพร้อมประเมินผล เป็นกลไกเชิงระบบที่ช่วยยกระดับประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับข้อค้นพบเกี่ยวกับประโยชน์ของการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมมัลติวิชาชีพมี

ความสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ Barros et al.[15] ที่ระบุว่าการส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพเบื้องต้น (Primary Health Care: APS) โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพหลายสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีส่วนสำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ การดำเนินการในลักษณะดังกล่าวยังช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้สามารถเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษากระบวนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระบบสุขภาพเบื้องต้น[16] ที่ยืนยันว่าการติดตามดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องเป็นปัจจัยวิกฤตในการควบคุมโรคและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา

อย่างไรก็ตามในมิติการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง ผลการศึกษานี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดเชิงระบบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Wan et al. และ Fai et al.[17] ที่พบว่า อุปสรรคสำคัญของการขับเคลื่อนการดูแลต่อเนื่องให้ประสบความสำเร็จมักเกิดจากความไม่พร้อมด้านการพัฒนาศักยภาพและการฝึกอบรมบุคลากร รวมถึงขาดการบูรณาการนโยบายสาธารณสุขในระดับปฏิบัติการอย่างเป็นรูปธรรม

3) การประเมินผลเชิงประจักษ์ และปัจจัยวิกฤตในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ การประเมินผลรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าประสบความสำเร็จในเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง คิดเป็นอัตราความสำเร็จสูงถึงร้อยละ 87.29 ด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอกด้วยโปรแกรมกาย จิตสังคม บำบัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการและสภาวะจิตสังคมบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.40 เป็นร้อยละ 64.70 ขณะที่การดำเนินงานของศูนย์มินิธัญญารักษ์ในพื้นที่ 2 แห่ง (ขนาด 40 เตียง) สามารถรองรับผู้ป่วยระยะกลางได้ถึง 352 ราย โดยมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 54.92 นอกจากนี้ รูปแบบดังกล่าวยังได้รับ การประเมินคุณภาพมาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญในระดับมากที่สุด รวมถึงได้รับความพึงพอใจจากผู้ป่วยและญาติในระดับมาก ในทำนองเดียวกับข้อค้นพบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมแบบผู้ป่วยนอกและการขยายบริการในระดับพื้นที่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ivana et al.[18] ใน North Sumatra ที่พบว่าโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอกส่งผลเชิงบวกอย่างครอบคลุม ทั้งในมิติสุขภาพกาย สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี ผลการวิจัยสะท้อนประเด็นสำคัญว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Erliyani et al.[19] ที่ระบุว่า การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูที่ต้องอาศัยการตอบสนองต่อความต้องการทางจิตวิทยา และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lestari et al.[20] รวมถึง Anqing[21] ที่เน้นย้ำตรงกันว่า "แรงสนับสนุนจากครอบครัว สังคม และทักษะการเผชิญปัญหาส่วนบุคคล" เป็นปัจจัยวิกฤตในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำของผู้ป่วยในระยะยาว

จากข้อค้นพบและการอภิปรายข้างต้นสรุปได้ว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดรวมถึงการดำเนินงานของศูนย์มินิธัญญารักษ์ที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพสูงในเชิงโครงสร้างและการให้บริการทางการแพทย์ช่วยปิดช่องว่างเรื่องรอยต่อการดูแลและการรายงานผลได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม เพื่อยกระดับผลลัพธ์จากการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยจากระดับ "ปานกลาง" ไปสู่ระดับ "สูง" และแก้ปัญหาอุปสรรคเรื่องภาระงานบุคลากร ในระยะต่อไปควรมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลที่มีความยืดหยุ่น (Flexible & Adaptive Care System) การประยุกต์ใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อลดภาระงาน และการเน้นหนักกิจกรรมด้านจิตวิทยาโดยดึงครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (Family & Social Support Integration) เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในการป้องกันการเสพซ้ำได้อย่างยั่งยืนในบริบทจริงของพื้นที่ ตลอดจนมีการพัฒนาอาชีพเพื่อให้อยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้ในเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ ควรนำข้อค้นพบเกี่ยวกับปัญหาความไม่สมดุลของภาระงานไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการเสนอปรับเพิ่มกรอบอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในระดับพื้นที่ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมติดตามดูแลให้สอดคล้องกับภาระงานจริง ควบคู่กับการพัฒนาระบบสารสนเทศและการรายงานผล (เช่น บสต. หรือ BSM 5) ให้มีความยืดหยุ่น ลดความซ้ำซ้อนของการกรอกข้อมูล และเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างทีมการแพทย์กับภาคีเครือข่ายทางสังคมในระดับพื้นที่แบบไร้รอยต่อ ส่วนในเชิงปฏิบัติการเนื่องจากผลการประเมินพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยในการป้องกันการเสพซ้ำยังอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมุ่งเน้นการเพิ่มความเข้มข้นของโปรแกรมกาย จิตสังคมบำบัดโดยเน้นกิจกรรมฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด ร่วมกับการดึงครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมหลักในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรนำรูปแบบและกลไกการบริหารจัดการศูนย์มินิธัญญารักษ์ที่ประสบความสำเร็จไปใช้เป็นต้นแบบในการขยายบริการรองรับผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่อื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การวิจัยในระยะต่อไปควรมุ่งเน้นการศึกษาวิจัยเชิงติดตามผลลัพธ์ระยะยาว (Longitudinal Study) ที่มากกว่า 1 ปี เพื่อติดตามอัตราการเสพซ้ำที่แท้จริง ประสิทธิผลของการฟื้นตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเชิงลึกอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการออกแบบการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Experimental/RCT Study) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนากับการดูแลแบบปกติ อันจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือเชิงวิชาการในระดับสากล นอกจากนี้ ควรมีการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Economic Evaluation) เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนและความคุ้มค่าของรูปแบบการดูแลและศูนย์มินิธัญญารักษ์ สำหรับใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรงบประมาณระดับประเทศ ตลอดจนการนำรูปแบบการดูแลทวิภาคีและโครงสร้าง 5 ขั้นตอนไปทดลองปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมและทรัพยากรแตกต่างกันเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผลเชิงนโยบายในภาพรวมของประเทศอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).(2022). World Drug Report 2022. Vienna: United Nations; 2022.

2.กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสรุปสถานการณ์ผู้รับการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทยผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

3.ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.(2567). แผนปฏิบัติการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

4.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2567). อัตราป่วยรายใหม่ของความผิดปกติและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารเสพติดในคนไทย ปี พ.ศ. 2566–2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.

5.สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 4.(2566). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. ขอนแก่น: สำนักงาน ป.ป.ส. ภาค 4; 2566.

6.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8.(2567). รายงานการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขายาเสพติดและสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8; 2567.

7.กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู.(2563). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2/2564: สรุปผลการดำเนินงานการรักษาผู้ติดยาเสพติดปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2564. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2563.

8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู.(2568). สรุปผลการดำเนินงานยาเสพติด และการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา (Retention Rate) จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู; 2568.

9. Best JW.(1981). Research in education. 4th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1981.

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

11.Chi, F. W., Parthasarathy, S., Mertens, J. R., & Weisner, C.(2011). Continuing Care and Long- Term Substance Use Outcomes in Managed Care: Early Evidence for a Primary Care-Based Model. Psychiatric Services.2011;62(10):1194–1200. https://doi.org/10.1176/PS.62.10.PSS6210_1194

12.Krawczyk, N., Rivera, B., Chang, J., Grivel, M. M., Chen, Y.-H., Nagappala, S., Englander, H., & McNeely, J.(2023). Strategies to support substance use disorder care transitions from acute-care to community-based settings: a scoping review and typology. Addiction Science & Clinical Practice.2023;18(1). https://doi.org/10.1186/s13722-023-00422-w

13.Radfar, S. R., Radfar, S. R., De Jong, C. A. J., Farhoudian, A., Ebrahimi, M., Rafei, P., Vahidi, M., Yunesian, M., Kouimtsidis, C., Arunogiri, S., Massah, O., Deylamizadeh, A.,Brady, K. T., Busse, A., Potenza, M. N., Ekhtiari, H., & Baldacchino, A. (2021). Reorganization of Substance Use Treatment and Harm Reduction Services During the COVID-19 Pandemic: A Global Survey. Frontiers in Psychiatry, 12, 639393. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.639393

14.Knudsen, H. K., & Roman, P.M. (2014). The Transition to Medication Adoption in Publicly Funded Substance Use Disorder Treatment Programs: Organizational Structure, Culture, and Resources. Journal of Studies on Alcohol and Drugs.2014;75(3):476–85. https://doi.org/10.15288/JSAD.2014.75.476

15.Barros, L. R. P., Machado, M. F. T. P., Canal, J. G., Souza, B. S. C. de, Barros, L. R. P., Machado,M. F. T. P., Canal, J. G., & Souza, B. S. C. de.(2025). Atenção primária à saúde, continuidade do cuidado e os impactos no manejo de doenças crônicas: Uma revisão de literatura.Fisioterapia Brasil.2025: 26(5):2689–2701. https://doi.org/10.62827/fb.v26i5.1105

16.Follow-up actions in the treatment of tuberculosis cases in primary care: Scoping Review. (2022). https://doi.org/10.17605/osf.io/j7sfy

17.Wan, E. Y. F., Chin, W. Y., & Lam, C. L. K.(2021). Additional file 1 of Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review;2021. https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14905885.v1

18.Ivana, C. L., Nababan, D., & Martina, S. E.(2023). The Effect of Outpatient Rehabilitation Program on the Quality of Life of Drug Abuse Patients in the National Narcotics Agency of North Sumatra Province in 2023. Formosa Journal of Applied Sciences.2024;3(10): 4279–4288. https://doi.org/10.55927/fjas.v3i10.11840

Erliyani, N., Sriatmi, A., & Adi, M. S.(2024). The Implementation of Drug Abuse Rehabilitation to Prevent Relapse: A Systematic Literature Review;2024. https://doi.org/10.1051/bioconf/202413300043/pdf

20.Lestari, A., Suyatna, I. N., & Aryani, L. N. A.(2025). Drug Users' Resilience During Rehabilitation is Strengthened Through Family Support, Personal Coping Skills, and Structured Programs Offering Diverse Therapeutic Interventions. Indonesian Journal Of Global Health Research. 2025;7(6):209–220. https://doi.org/10.37287/ijghr.v7i6.305

21.SUN, A. (n.d.). About the establishing of drug detoxification and rehabilitation model with interactive, continuous and comprehensive support. https://doi.org/10.13936/j.cnki.cjdd1992.2011.02.007

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

Central Line Associated Blood Stream Infection Care: Comparative Case Studies.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สีนวล สารขันธ์[1]
Seenaun Sarakan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง ลักษณะทางคลินิก การรักษา และบทบาทการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิด Central Line Associated Blood Stream Infection (CLABSI) จำนวน 2 ราย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดร่วมกับกระบวนการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยหญิงอายุ 60 ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหืด และประวัติโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาด้วยภาวะช็อก ระบบหายใจล้มเหลว DKA/HHS, Thyroid Storm และ Acute Kidney Injury ต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจ ยากระตุ้นความดันโลหิต การแลกเปลี่ยนพลาสมา และการบำบัดทดแทนไต ต่อมาตรวจพบ Acinetobacter Baumannii ดื้อยาหลายขนิดในกระแสเลือด เกิด CLABSI ร่วมกับ Septic Shock และ Multiorgan Failure ก่อนเสียชีวิตหลังรักษา 19 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี มีความดันโลหิตสูงและสงสัยโรคตับแข็ง เข้ารับการรักษาด้วย Progressive Dysphagia, Severe Hyponatremia และ Proximal Muscle Weakness ร่วมกับสงสัย Dermatomyositis ต่อมามี Respiratory Failure, Aspiration Pneumonia และ Severe Upper Gastrointestinal Bleeding ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและ Central Venous Catheter ภายหลังพบ Acinetobacter Baumannii ดื้อยาหลายขนิดในกระแสเลือด เกิด CLABSI ร่วมกับ Septic Shock และ Multiorgan Failure ก่อนเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองและจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 11 ของการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตหลายระบบ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน การใช้ Vasopressor การทำหัตถการผ่านสายสวนหลายครั้ง และการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ บทบาทสำคัญของพยาบาล ได้แก่ การปฏิบัติตาม CLABSI Bundle การประเมินความจำเป็นของสายสวนทุกวัน การเฝ้าระวังภาวะ Sepsis การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และการสนับสนุนครอบครัวในการตัดสินใจระยะท้ายของชีวิต

คำสำคัญ: สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, การพยาบาล

Abstract

This comparative case study aimed to explore risk factors, clinical characteristics, treatment outcomes, and nursing management of two critically ill patients with CLABSI. The FANCAS framework, consisting of fluid, aeration, nutrition, communication, activity, and stimulation, was applied together with the nursing process.

Case 1 was a 60-year-old female with underlying diabetes mellitus, hypertension, asthma, and previous cerebrovascular disease. She was admitted with shock, respiratory failure, diabetic ketoacidosis/hyperosmolar hyperglycemic state, thyroid storm, and acute kidney injury. She required mechanical ventilation, vasopressor therapy, therapeutic plasma exchange, and renal replacement therapy. Blood culture revealed multidrug-resistant Acinetobacter baumannii, and she developed CLABSI with septic shock and multiorgan failure, resulting in death after 19 days of hospitalization.

[1] กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลขอนแก่น

Case 2 was a 60-year-old male with hypertension and suspected alcoholic cirrhosis. He was admitted with progressive dysphagia, severe hyponatremia, and proximal muscle weakness with suspected dermatomyositis. Subsequently, he developed respiratory failure, aspiration pneumonia, and severe upper gastrointestinal bleeding requiring mechanical ventilation and central venous catheterization. Multidrug-resistant Acinetobacter baumannii was identified from blood culture, and he developed CLABSI with septic shock and multiorgan failure. After discussion with the family, palliative care was provided, and he was discharged home on day 11 of hospitalization.

The findings indicated that major risk factors for CLABSI included critical illness with multiple organ dysfunction, mechanical ventilation, immunosuppressive therapy, vasopressor use, repeated catheter manipulation, and multidrug-resistant organism infection. Key nursing roles included adherence to CLABSI bundles, daily assessment of catheter necessity, early recognition of sepsis, prevention of multidrug-resistant organism transmission, critical care management, and family support during end-of-life decision-making.
Keywords: Central Venous Catheter, Central Line Associated Bloodstream Infection, Nursing Care

บทนำ

สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Venous Catheter: CVC) เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต อย่างไรก็ตาม การคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสเลือดที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Central Line-Associated Bloodstream Infection: CLABSI) ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Healthcare-Associated Infection: HAI) HAI ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[1,2]

ปัจจัยเสี่ยงของ CLABSI ได้แก่ ระยะเวลาการคาสายสวนที่ยาวนาน การดูแลตำแหน่งแทงสายสวนที่ไม่เหมาะสม การเปิดใช้สายสวนหลายครั้ง ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และการรักษาด้วยหัตถการรุกรานในผู้ป่วยวิกฤต[2,3] เชื้อก่อโรคที่มีความสำคัญในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียแกรมลบดื้อยาหลายขนิด โดยเฉพาะ Acinetobacter baumannii ซึ่งสามารถแพร่กระจายในโรงพยาบาล มีความสามารถในการดื้อยาสูง และสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรง[4,5]

สถานการณ์ในโรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2566–2568 พบอัตราการเกิด CLABSI เท่ากับ 2.95, 2.94 และ 1.75 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่สายสวน ตามลำดับ แม้ว่าแนวโน้มจะลดลง แต่การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาขั้นวิกฤต เช่น Acinetobacter baumannii (MDR) ยังคงเป็นปัญหาท้าทายสำคัญ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse: ICN) จึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ กระบวนการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS และแนวทางแก้ไขเชิงระบบเพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่มีปัญหาซับซ้อน

2. เพื่อเพิ่มทักษะการดูแลการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดให้ได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสาขาอื่นๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดไปประยุกต์ใช้ได้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกรณีศึกษา โดยเลือกผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2568 –1 เมษายน 2568 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 2 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางจากข้อมูลย้อนหลังของสำนักระบาดวิทยา และสารสนเทศของโรงพยาบาลขอนแก่นปีงบประมาณ 2566–2568

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา บทความวิชาการ แหล่งข้อมูลออนไลน์ และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาล

3. รวบรวมข้อมูลกรณีศึกษา ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว และการประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FANCAS[6,7] รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

5. เข้าศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ร่วมมือกับแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน ติดตามอาการและปรับแผนให้สอดคล้องกับการรักษา พร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

6. ประเมินผลการพยาบาล สรุปผล ให้คำแนะนาแก่ญาติ และจัดทาข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแล

7. เรียบเรียง จัดทำรูปเล่ม และนำเสนอเพื่อเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้ศึกษาคำนึงถึงหลักสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมในการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการศึกษา ข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล เช่น ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย และข้อมูลเฉพาะบุคคล ถูกตัดออกจากการนำเสนอ ใช้ข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ทางวิชาการและนำเสนอในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ การนำเสนอข้อมูลไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพตลอดระยะเวลาการรักษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ 60 ปี โรคประจำตัว เบาหวานชนิดที่ 2 (Poor control), ความดันโลหิตสูง, โรคหืด, ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง และประวัติใช้ยาชุดสมุนไพรต่อเนื่อง

อาการสำคัญ หอบเหนื่อยมาก 1 วันก่อนมารับการรักษา ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลพล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 วันก่อนไป รพ.พล มีอ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน 20 ครั้ง ถ่ายเหลว มีไข้ ญาติพบหมดสติ น้ำลายฟูมปาก ที่ รพ.พล ตรวจพบภาวะ DKA, Septic shock, AKI with anuria, SVT และสงสัย Thyroid storm ได้รับการใส่ ETT, สารน้ำ, PTU, Hydrocortisone และ Levophed ก่อนส่งต่อมา รพ.ขอนแก่น วันที่ 24 ก.พ. 2568 การรักษาใน รพ.ขอนแก่น ตรวจพบ Ischemic hepatitis (AST 9,523, ALT 4,209 U/L) แพทย์หยุดยา PTU

และให้ทำ Plasma Exchange (PLEX) 1 ครั้ง ร่วมกับใส่สาย Femoral DLC เพื่อฟอกเลือด (IHD 3 ครั้ง) ต่อมาผู้ป่วยติดเชื้อ CLABSI จาก A. baumannii (MDR) ในกระแสเลือด และเกิดภาวะเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจจนต้อง Re-intubation ได้รับยา Colistin IV ต่อมาเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (PEA) บุตรสาวตัดสินใจปฏิเสธการทำ CPR ต่อเนื่อง ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างสงบเมื่อวันที่ 15 มี.ค. 2568 (LOS 19 วัน)

กรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 60 ปี โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง สงสัยโรคตับแข็งจากการดื่มสุรา มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ

อาการสำคัญ กลืนลำบากมากขึ้นทั้งของแข็งและของเหลวมา 2 สัปดาห์ และส่งตัวมาตรวจประเมินภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 เดือนก่อนมา รพ. มีผื่นแดงหนาคันที่ใบหน้า หู และเข่า 2 สัปดาห์ก่อนมา รพ. กลืนลำบาก พูดเสียงขึ้นจมูก อ่อนแรง มารับการตรวจที่ รพ.ขอนแก่น วันที่ 7 มี.ค. 2568 พบ Severe Hyponatremia (Na 120 mmol/L), K 5.80 mmol/L, AKI และต่อมาตรวจพบ Anti-TIF1-γ positive วินิจฉัยเป็น Dermatomyositis ได้รับยา Hydrocortisone 200 mg/day การรักษาใน รพ.ขอนแก่น วันที่ 10 มี.ค. 2568 เกิดภาวะกะบังลมอ่อนแรง หายใจล้มเหลว ต้องใส่ ETT และเกิด Severe UGIB ถ่ายดำ ซีดรุนแรง ช็อก (BP 61/31 mmHg, Hct 14.3%) ได้รับการใส่ C-line ที่คอขวา (R-IJV) ให้เลือด สารน้ำ และ Levophed ขนาดสูง ส่องกล้อง EGD พบ Severe Portal Hypertensive Gastropathy (PHG) ต่อมาเกิดการติดเชื้อ CLABSI จาก A. baumannii (MDR) ทั้งจากสาย C-line และเส้นเลือดส่วนปลาย เกิด Refractory Septic Shock ครอบครัวตัดสินใจขอนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้านตามแนวทาง Palliative care จำหน่ายวันที่ 17 มี.ค. 2568 (LOS 11 วัน)

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FANCAS (กรณีศึกษา 2 ราย)

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
Fluids	**ประวัติ:** เบาหวานคุมไม่ดีร่วมกับความดันโลหิตสูง อาเจียนและถ่ายเหลว > 20 ครั้ง ช็อก ปัสสาวะไม่ออก ได้รับการรักษา DKA จาก รพ.พล **ตรวจร่างกาย:** มีไข้ 36.2–38.6 °C ชีพจร 90–122 ครั้ง/นาที แรกรับ BP 162/106 mmHg ก่อนช็อกพึ่งยา Levophed ขาบวมกดบุ๋ม 1+ คาสาย Foley ปัสสาวะออก 0–10 mL/hr คาสาย C-line และ Femoral DLC **ผล Lab:** Cr 4.27 - 7.58 mg/dL, BUN 64 - 133 mg/dL, eGFR 5–6 mL/min/1.73 m² แรกรับ Na 142, K 4.35, HCO3 20.2 mmol/L ผล VBG จาก รพ.พล pH 6.5, Ketone 3.9 mmol/L ช่วงรักษามี Mg 1.5 mg/dL, Lactate 2.44–2.62 mmol/L UA พบ Protein 3+, Blood 2+, WBC 10–20, RBC 3–5, Bacteria numerous ผล Hemoculture พบ *A. baumannii* (MDR), Urine culture พบ *E. faecium* > 10^5 CFU/mL **อื่น ๆ:** ทำ Hemodialysis รวม 3 ครั้ง ดึงน้ำรวม > 4,000 mL ช่วงฟอกเลือดครั้งที่ 2 มี BP ตกเหลือ 87/50 mmHg	**ประวัติ:** ความดันโลหิตสูงและสงสัยตับแข็ง ตรวจพบโซเดียมต่ำรุนแรง ต่อมาวันที่ 10 มี.ค. 2568 เกิด Severe UGIB ถ่ายดำ ดูดสาย NG พบเลือดสด/Coffee ground ช็อก **ตรวจร่างกาย:** ช็อกรุนแรง BP ดิ่งเหลือ 61/31 mmHg (MAP 40 mmHg) ชีพจร 100–114 ครั้ง/นาที ปลายมือเท้าเย็น ซีด คาสาย C-line ที่คอขวา (R-IJV) ระยะท้ายเกิด Refractory shock BP 60/28 mmHg ชีพจร 60 ครั้ง/นาที ตัวเย็น 35.7–35.8 °c **ผล Lab:** Hct ลดเหลือ 14.3–16% เกล็ดเลือดต่ำ 27,000–51,000 /uL การแข็งตัวผิดปกติ PT 25.8–30.7 วินาที, INR 2.28–2.67, PTT 39.3–43.6 วินาที แรกรับ Na 118–120, K 5.80, Cr 1.45, BUN 57 ช่วงช็อกมี Lactate พุ่งสูง 13.04 และ 5.81 mmol/L Hemoculture พบ *A. baumannii* (MDR) ขึ้นทั้ง C-line และ Peripheral line, Urine culture พบ *E. aerogenes* และ *E. faecium*

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FANCAS (กรณีศึกษา 2 ราย)

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		อื่น ๆ: โหลด Acetar ให้ Levophed ขนาดสูงถึง 40–80 mL/hr ได้เลือด LPRC 6 ยูนิต, FFP 6 ยูนิต, เกล็ดเลือด 20 ยูนิต ให้ Octreotide และ Pantoprazole drip
Aeration	**ประวัติ:** เป็นโรคหืดและใช้ยาชุดต่อเนื่อง แรกรับหอบเหนื่อยรุนแรงจากกรดคีโตนคั่ง ใส่ท่อช่วยหายใจมาจาก รพ.พล **ตรวจร่างกาย:** ใส่ ETT No. 6.5 ลึก 21 ซม. ปรับเป็น No. 7.5 ลึก 22 ซม. ต่อเครื่องช่วยหายใจฟังปอดพบ Crepitation และ Rhonchi จากเสมหะเหนียวข้น วันที่ 7 มี.ค. 2568 เกิด Secretion obstruction SpO_2 ตกเหลือ 65–70% ต้อง Re-intubation **ผล Lab:** ABG แรกรับ pH 7.42, pCO_2 26.5, pO_2 145.5, HCO_3 17.3, BE -5.4, SpO2 99.3% วันที่ 10 มี.ค. 2568 pH 7.382, pCO_2 20.6, pO_2 161.2, HCO3 12.4, BE -10.8 Sputum culture พบ Normal flora และต่อมาพบ *Candida albicans* **อื่น ๆ:** CXR พบ Perihilar infiltration และ Blunt C-P angle ปฏิบัติตาม VAP Bundle ถอดท่อได้ 2 ครั้ง เปลี่ยนเป็น HFNC/Cannula ก่อนล้มเหลวในระยะท้าย	**ประวัติ:** กลืนลำบากสำลักน้ำลายบ่อย พูดเสียงขึ้นจมูก วันที่ 10 มี.ค. 2568 หายใจเหนื่อยหอบรุนแรงเฉียบพลันจากกะบังลมอ่อนแรงร่วมกับปอดอักเสบจากการสำลัก **ตรวจร่างกาย:** แรกรับ Room air หายใจ 18–20 ครั้ง/นาที SpO_2 98–99% วันที่ 10 มี.ค. 2568 ตัวเขียว หายใจตื้นเร็ว 28–30 ครั้ง/นาที SpO_2 ตกเหลือ 73–87% ใส่ ETT No. 7.5 ลึก 22 ซม. มีเสมหะเหนียวข้นมาก เสียงหายใจลดลง วันที่ 16 มี.ค. 2568 เปลี่ยนเป็น HFNC แต่เกิด Secretion obstruction SpO_2 ตกเหลือ 76–80% ต้อง Re-intubation วันที่ 17 มี.ค. 2568 **ผล Lab:** ABG วันที่ 10 มี.ค. 2568 pH 7.315, pCO_2 18.4, pO_2 141.5, HCO_3 9.4, BE -14.7 วันที่ 17 มี.ค. 2568 pH 7.496, pCO_2 18.6, pO_2 70.7, HCO_3 14.6, BE -7.2 บน FiO_2 60% (PaO_2/FiO_2 < 120 เข้าได้กับ Severe ARDS) Sputum culture พบ *A. baumannii*, *S. marcescens*, *K. aerogenes* **อื่น ๆ:** CXR พบ Bilateral pulmonary infiltration เข้าได้กับ HAP และ Aspiration pneumonia
Nutrition	**ประวัติ:** เบาหวานเดิมฉีด Mixtard 40-0-30 รับประทาน Metformin, Glipizide ใช้ยาชุดสเตียรอยด์หลายปี ก่อนมารักษาเบื่ออาหาร อาเจียนหนัก **ตรวจร่างกาย:** รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 50 กก. สูง 158 ซม. (BMI 20.0 kg/m²) ปากแห้ง คาสาย NG tube ท้องนุ่ม ไม่กดเจ็บ ไม่พบตับม้ามโต **ผล Lab:** Thyroid storm แรกรับ Free T4 4.57 ng/dL, TSH < 0.006, Free T3 1.25–2.14 pg/mL น้ำตาลแกว่งตัวรุนแรง DTX ต่ำสุด 28 สูงสุด 339 mg/dL ตับขาดเลือดรุนแรง AST 9,523, ALT 4,209 U/L ก่อนลดลงเหลือ AST 46, ALT 19 U/L **อื่น ๆ:** ทำ PLEX 1 ครั้งใช้ 5% Albumin ทดแทน ให้ Hydrocortisone IV และ Lugol's solution ทางสาย NG เมื่อตับดีขึ้นเปลี่ยนเป็น MMI 5 mg ให้ Gen DM (1.2:1) 250–300 mL x 4 มื้อ	**ประวัติ:** ทุพโภชนาการ น้ำหนักลดชัดเจนจากกลืนลำบากนาน 2 สัปดาห์ สำลักอาหารและน้ำ ดื่มสุรา 1–4 วัน/สัปดาห์ เพิ่งหยุดปลาย ม.ค. 2568 **ตรวจร่างกาย:** รูปร่างผอม น้ำหนัก 49 กก. สูง 160 ซม. (BMI 19.14 kg/m²) เยื่อบุตาซีด ส่องคอพบ Pooling of saliva คาสาย NG ท้องนุ่ม มีผื่นแดงลอกขุยตามหน้าศีรษะ และข้อนิ้ว **ผล Lab:** Dermatomyositis: Anti-TIF1-gamma positive 3+, CPK พุ่งสูง 2,650 - 6,047 - 7,288 U/L ตับขาดเลือดรุนแรง AST 8,627, ALT 2,836 U/L, Albumin ต่ำ 2.3 g/dL **อื่น ๆ:** ส่องกล้อง EGD 2 ครั้ง พบ Severe Portal Hypertensive Gastropathy (PHG) และ Hemorrhagic Gastritis งดอาหาร (NPO) ช่วงเลือดออก ให้ Pantoprazole และ Octreotide drip และให้ Hydrocortisone 200 mg/day IV
Communication	**ประวัติ:** การศึกษา ป.4 สื่อสารภาษาไทยและอีสานได้ปกติ อารมณ์ดี มนุษย-สัมพันธ์ดี **ตรวจร่างกาย:** แรกรับซึมลึก (Stupor, GCS $E_1V_TM_1$) คาท่อช่วยหายใจ สื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้ ช่วงถอดท่อตื่นรู้	**ประวัติ:** เดิมสื่อสารได้ดี แต่ 2 สัปดาห์ก่อนมา รพ. พูดเสียงขึ้นจมูก สำลักน้ำลายบ่อย เหนื่อยง่าย **ตรวจร่างกาย:** แรกรับรู้เรื่อง พูดคุยได้แต่เสียงแหบขึ้นจมูก เมื่อใส่ท่อช่วยหายใจได้ยา Fentanyl ซึมลง (RASS 0

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FANCAS (กรณีศึกษา 2 ราย)

รายการ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	เรื่อง สื่อสารด้วยการพยักหน้าและสายตาได้ ระยะสุดท้าย หมดสติ (Comatose) **ผล Lab:** เจาะหลัง (LP) วันที่ 25 ก.พ. 2568 โปรตีน 73 mg/dL, WBC 3, RBC 200, Culture ไม่พบเชื้อ สรุปภาวะซึมเกิดจาก Uremic/Metabolic **อื่น ๆ:** บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก รับฟังข้อมูล ตัดสินใจทำ PLEX และเซ็นปฏิเสธ CPR ในระยะสุดท้าย	ถึง -1) พยักหน้าตามสั่งได้ช้า ระยะท้ายไม่รู้สึกตัว (Unresponsive) **ผล Lab:** ไม่ได้ตรวจน้ำไขสันหลังเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติรุนแรง **อื่น ๆ:** ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก มีส่วนร่วมรับฟังข้อมูล ส่องกล้อง EGD และเซ็นปฏิเสธการรักษาเชิงรุกเพื่อนำผู้ป่วยกลับบ้าน
Activity	**ประวัติ:** เคยหกล้ม 2–3 ครั้ง/ปีจากหน้ามืด กิจวัตรเดิมทำเองได้ส่วนใหญ่ **ตรวจร่างกาย:** นอนนิ่งบนเตียงตลอดเวลา (Complete bed rest) แขนขาอ่อนแรง คาสาย ETT, C-line, DLC, NG, Foley มีความเสี่ยงตกเตียงสูง (Morse Fall 65–75 คะแนน) เสี่ยงแผลกดทับสูงมาก (Braden 7 คะแนน) **ผล Lab:** ซีดเรื้อรัง Hb 7.5–10.1 g/dL, Hct 22–29.2% เกล็ดเลือดต่ำ 87,000–98,000 /uL **อื่น ๆ:** ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย พยาบาลเช็ดตัว ทำความสะอาดปากฟัน และพลิกตัวทุก 2 ชม. ปฏิบัติตาม CAUTI และ VAP bundle ไม่เกิดแผลกดทับ	**ประวัติ:** กระดูกต้นขาขวาหักเดิม 2 สัปดาห์ก่อนมา รพ. กล้ามเนื้ออ่อนแรง ลุกเดินไม่ได้ นั่งรถเข็น **ตรวจร่างกาย:** กล้ามเนื้อต้นแขนขาอ่อนแรงรุนแรง (Motor power grade 2–3) กล้ามเนื้อคอและกะบังลมอ่อนแรงจนไอขับเสมหะไม่ได้ นอนติดเตียง คาสาย ETT, C-line, A-line, NG, Foley ขยับมือนิ้วมือได้จำกัด **ผล Lab:** CPK พุ่งสูง 6,047–7,288 U/L กล้ามเนื้อสลายรุนแรง Anti-TIF1-gamma positive 3+ **อื่น ๆ:** พยาบาลทำ Passive ROM เช็ดตัว และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. ทา Urea cream ผิวหนัง ไม่เกิดแผลกดทับ
Stimulation	**ประวัติ:** นับถือศาสนาพุทธ ครอบครัวอบอุ่น บุตรสาวดูแลใกล้ชิด วิตกกังวลเรื่องสุขภาพเดิม **ตรวจร่างกาย:** รูม่านตา 2–3 มม. มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง กระสับกระส่ายดิ้นไม่สุขสบายขณะคาท่อช่วยหายใจ ได้รับยา Fentanyl มีความเจ็บปวดจากการดูดเสมหะและแทงสายสวน **ผล Lab:** CT Brain ไม่พบรอยโรคเนื้อสมองขาดเลือดหรือเลือดออกเฉียบพลัน **อื่น ๆ:** สิ่งแวดล้อมตึงเครียดใน MICU ระยะสุดท้ายเกิด PEA arrest บุตรสาวเข้าใจพยากรณ์โรค เซ็นยุติการกู้ชีพ ดูแลร่างตามหลักศาสนาพุทธอย่างสงบ	**ประวัติ:** นับถือศาสนาพุทธ ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ทุกข์ใจและเครียดจากผื่นเรื้อรังและกลืนลำบาก **ตรวจร่างกาย:** รูม่านตา 2–3 มม. ไวต่อแสง ต่อต้านท่อช่วยหายใจช่วงแรก ได้ยา Fentanyl มีความเจ็บปวดจากผื่นผิวหนังอักเสบและแผลในกระเพาะอาหาร **ผล Lab:** ผลส่องกล้อง EGD พบรอยโรค Severe PHG และ Gastritis ทั่วกระเพาะอาหาร **อื่น ๆ:** ครอบครัวเครียดสูงเมื่อเกิดช็อกและติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะท้ายจัด Family conference ภรรยาขอนำผู้ป่วยกลับไปสิ้นลมที่บ้าน พยาบาลประสานส่งต่อแบบ Palliative care

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล–เป้าหมาย–กิจกรรม–ผลลัพธ์” (กรณีศึกษา 2 ราย)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับ		
ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะปริมาตรสารน้ำในร่างกายไม่สมดุลและเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการสูญเสียสารน้ำและเกลือแร่ผิดปกติรุนแรง		
ข้อมูลสนับสนุน	อาเจียน/ถ่ายเหลว > 20 ครั้ง; DKA c HHS; BP 77/46 mmHg (รพ.พล); Cr 4.27 mg/dL, BUN 64 mg/dL; anuria	Severe Hyponatremia (Na 120 mmol/L), K 5.80 mmol/L; AKI (Cr 1.45 mg/dL); BP 108/68 mmHg
เป้าหมาย	สัญญาณชีพคงที่, MAP ≥ 65 mmHg, สารน้ำและเกลือแร่สมดุล, ภาวะกรดดีขึ้น, ไม่มีภาวะช็อกซ้ำซ้อน	Na เพิ่มขึ้นอย่างปลอดภัย (ไม่เกิน 8–10 mmol/L/วัน), K อยู่ในเกณฑ์ปกติ, ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล–เป้าหมาย–กิจกรรม–ผลลัพธ์” (กรณีศึกษา 2 ราย)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	Monitor VS/EKG q1h, ให้สารน้ำ Acetar ตามแผน, บันทึก I/O ทุกชั่วโมง, ติดตาม ABG/Electrolytes, ดูแล C-line ให้พร้อมใช้	Monitor VS/อาการทางระบบประสาท q1h, ให้ 0.9% NSS 1,000 mL IV drip ตามแผน, ให้ Kalimate ขับโพแทสเซียม, ติดตาม Electrolytes q 4-6 hr
ผลลัพธ์	ได้รับสารน้ำชดเชย, DKA ดีขึ้น, สัญญาณชีพคงที่ขึ้น แต่ยังมีภาวะ anuria จาก AKI	Na ค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 123–128 mmol/L, K ลดลงเหลือ 4.8 mmol/L, รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการชักเกร็ง
ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและการคั่งของเสมหะ		
ข้อมูลสนับสนุน	หอบเหนื่อย (Air hunger); Metabolic acidosis (pH 6.5 จาก รพ.พล); on ETT No. 6.5 depth 21 cm; crepitation both lungs	Oropharyngeal dysphagia กลืนลำบาก 2 สัปดาห์; pooling of saliva ในคอหอย; เสี่ยงสำลักน้ำลายลงสู่ปอด
เป้าหมาย	SpO_2 ≥ 95%, หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ, เสมหะลดลง, ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนวิกฤต	SpO_2 ≥ 95%, RR 16–20 bpm, ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือสำลัก, ปอดเสียงปกติ
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	Ventilator care (PCV mode), suction เสมหะด้วย aseptic technique, จัดท่าศีรษะสูง 30–45 องศา, cuff pressure 20–30 mmHg, ติดตาม ABG	ประเมินการหายใจและ SpO2 q2-4h, จัดท่าศีรษะสูง 30–45 องศา, suction น้ำลายในช่องปาก, แนะนำงดกลืนอาหาร/น้ำทางปากเด็ดขาด
ผลลัพธ์	หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี, SpO2 98–100%, ABG: pH 7.42, pCO2 26.5 mmHg, pO2 145.5 mmHg	หายใจ Room air ปกติ, RR 18–20 bpm, SpO2 98–99%, ไม่มีอาการสำลักแรกรับ
ข้อวินิจฉัยที่ 3 ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารทางปากและภาวะวิกฤต		
ข้อมูลสนับสนุน	NPO แรกรับ; คลื่นไส้อาเจียน กินไม่ได้; ภาวะ Hypercatabolism จาก Thyroid storm; Ischemic hepatitis (AST 9,523, ALT 4,209)	กลืนลำบากทั้งของแข็งและของเหลว 2–3 สัปดาห์; น้ำหนักลด (BW 49 kg, BMI 19.14); pooling of saliva
เป้าหมาย	ได้รับสารน้ำและพลังงานทดแทนเหมาะสม, ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ 80–180 mg/dL, ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายให้อาหาร	ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการ, ไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการรุนแรงหรือสำลักจากการให้อาหาร
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	NPO ระยะแรก, ดูแลสาย NG tube, ตรวจสอบสายก่อนให้ยา, ติดตาม DTX q6h, บริหารอินซูลินตามคำสั่ง, เริ่ม feed Gen DM เมื่อพร้อม	NPO ทางปาก, คาสาย NG tube สำหรับให้อาหารและยา, ตรวจสอบตำแหน่งสายและ residual content, เริ่ม feed BD (1:1) ตามแผน
ผลลัพธ์	NPO ในช่วงวิกฤตแรกรับ, ได้รับอาหารสายยาง Gen DM (1.2:1) ในเวลาต่อมา, DTX อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้	ได้รับอาหารทางสายยาง BD (1:1) 400 mL x 3 มื้อ ทางสาย NG tube ได้ดี ไม่มีอาการสำลักหรือท้องอืด
ข้อวินิจฉัยที่ 4	มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะ Thyroid Storm	ความทนในการทำกิจกรรมลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากกล้ามเนื้อส่วนต้นอ่อนแรง (Dermatomyositis)
ข้อมูลสนับสนุน	Burch-Wartofsky score = 70; มี SVT (HR 130–150 bpm ที่ รพ.พล); FT4 4.57 ng/dL, TSH < 0.006; ได้รับ Adenosine/PTU	กล้ามเนื้อต้นแขนและต้นขาอ่อนแรง (Motor power grade 3–4); ลุกเดินลำบาก ทรงตัวไม่ดี; CPK 2,650 U/L
เป้าหมาย	HR 60–100 bpm สม่ำเสมอ, ไม่มี SVT ซ้ำ, ฮอร์โมนไทรอยด์ลดลง, ไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม, ได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายตัวและทำกิจวัตรประจำวัน
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	Continuous EKG monitor, ให้ยา Hydrocortisone 100 mg IV q8h, ให้ Lugol's solution ทางสาย NG, หยุด PTU เนื่องจากตับอักเสบ	ยกไม้กั้นเตียงขึ้น จัดของใช้ใกล้ตัว, ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่า/ทำกิจวัตร, หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยลุกเดินคนเดียว, ประเมิน Morse Fall Scale

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล–เป้าหมาย–กิจกรรม–ผลลัพธ์” (กรณีศึกษา 2 ราย)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลลัพธ์	อัตราเต้นของหัวใจ 80–100 bpm ไม่มี SVT ซ้ำ, FT4 ลดลงเหลือ 1.64 ng/dL ในวันต่อมา	ปลอดภัยบนเตียง ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ได้รับการช่วยเหลือดูแลสุขอนามัยครบถ้วน
ระยะวิกฤต		
ข้อวินิจฉัยที่ 1 ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงและเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนวิกฤตเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CLABSI from *A. baumannii* MDR)		
ข้อมูลสนับสนุน	Hemoculture (8 มี.ค. 2568) พบ *A. baumannii* MDR; คาสาย C-line และ Femoral DLC นาน > 10 วัน; มีไข้ 38.6 °C; WBC 24,800 /uL; BP drop on Levophed	Hemoculture (17 มี.ค. 2568) จาก C-line และ Peripheral line พบ *A. baumannii* MDR (TTD 5 ชม. 5 นาที); คาสาย C-line R-IJV 7 วัน; BP 60/28 mmHg
เป้าหมาย	MAP ≥ 65 mmHg, สัญญาณชีพคงที่, การติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการควบคุม, Lactate อยู่ในเกณฑ์ปกติ	MAP ≥ 65 mmHg, สัญญาณชีพคงที่, เนื้อเยื่อส่วนปลายได้รับเลือดไปเลี้ยงเพียงพอ
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	ให้ Levophed IV titrate keep MAP ≥ 65 mmHg, ให้ยาปฏิชีวนะ Colistin 150 mg IV OD ตรงเวลา, ปฏิบัติการดูแล C-line/DLC bundle เคร่งครัด, เจาะ H/C ซ้ำ	ให้ Levophed IV titrate ขนาดสูง (up to 40–80 mL/hr), โหลด Acetar ตามแผน, ให้ยาปฏิชีวนะตามแผน, ทำแผล C-line ด้วย 2% Chlorhexidine in alcohol
ผลลัพธ์	ประคับประคอง MAP ได้ 65–70 mmHg ชั่วคราว แต่การติดเชื้อยังรุนแรง WBC 24,800 /uL	ภาวะช็อกเข้าสู่ Refractory Septic Shock ไม่ตอบสนองต่อยา Levophed, BP ลดลงเหลือ 60/28 mmHg, Lactate 5.81 mmol/L
ข้อวินิจฉัยที่ 2 ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงและเกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้นและการติดเชื้อในปอด		
ข้อมูลสนับสนุน	7 มี.ค. 2568: เสมหะเหนียวข้นอุดกั้นทางเดินหายใจ (Secretion obstruction); SpO_2 ลดลงเหลือ 65–70%; ต้อง Re-intubation ETT No. 7.5 depth 22 cm	10 มี.ค. 2568: SpO2 73–87% ต้องใส่ ETT No. 7.5; ต่อมา 17 มี.ค. 2568 หลังถอดท่อ เกิด Secretion obstruction หายใจหอบ SpO_2 เหลือ 76–80% ต้อง Re-intubation
เป้าหมาย	SpO_2 ≥ 95%, หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ, ทางเดินหายใจโล่ง, ไม่มีภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง	SpO_2 ≥ 95%, ทางเดินหายใจโล่ง, พ้นภาวะขาดออกซิเจนเฉียบพลัน
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	ปฏิบัติ VAP Bundle, Suction เสมหะด้วย Closed system, วัด Cuff pressure 20–30 mmHg, จัดท่านอนศีรษะสูง 30–45 องศา, ติดตาม ABG	Re-intubation ต่อเครื่องช่วยหายใจ PCV mode, Suction เสมหะสม่ำเสมอ, ดูแลความชื้นของออกซิเจน, เฝ้าระวังอาการเหนื่อยล้าของกล้ามเนื้อหายใจ
ผลลัพธ์	หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจดีขึ้น, SpO_2 98–100%, เสมหะระบายออกได้	หลัง Re-intubation SpO_2 ขึ้นมาเป็น 95–99% ชั่วคราว แต่มี Severe ARDS (ABG: PaO_2/FiO_2 < 120)
ข้อวินิจฉัยที่ 3 พร่องความสามารถในการดูแลตนเองและเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากภาวะวิกฤตและการจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง		
ข้อมูลสนับสนุน	นอนติดเตียง 100% (Complete bed rest); คาท่อและสายระบายหลายตำแหน่ง; Braden Scale 7 คะแนน (เสี่ยงสูงมาก)	นอนติดเตียง อ่อนแรงจาก Dermatomyositis; คาท่อช่วยหายใจ, C-line, A-line, NG tube, Foley's cath
เป้าหมาย	ร่างกายได้รับการดูแลสุขอนามัยครบถ้วน, ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่เกิดแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป	ร่างกายสะอาด ได้รับการพลิกตัวสม่ำเสมอ, ไม่เกิดแผลกดทับหรือข้อติด
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง, ทำ Complete bed bath และ Mouth care ด้วย 0.12% Chlorhexidine ทุกเวร, ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ, ประเมินผิวหนัง	พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง, ทำความสะอาดช่องปากและฟัน, ทำ Passive ROM ป้องกันข้อติด, ดูแลผิวหนังแห้งลอกด้วย Urea cream ตามแผนการรักษา
ผลลัพธ์	ผิวหนังสะอาด ไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้นตลอดการรักษาใน ICU	ผิวหนังได้รับการดูแลชุ่มชื้นขึ้น ไม่มีแผลกดทับใหม่เกิดขึ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล–เป้าหมาย–กิจกรรม–ผลลัพธ์” (กรณีศึกษา 2 ราย)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยที่ 4	เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการมีของเสียคั่งและสารน้ำเกิน เนื่องจากไตวายเฉียบพลัน และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดผ่านสาย Femoral DLC	ปริมาตรสารน้ำในหลอดเลือดลดลงรุนแรงและเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดเนื่องจากเลือดออกรุนแรงในทางเดินอาหารส่วนบน
ข้อมูลสนับสนุน	AKI c anuria; BUN 133 mg/dL, Cr 7.58 mg/dL; on IHD ครั้งที่ 1–3 ผ่านสาย Right Femoral DLC; BP ต่ำขณะฟอกเลือด	ถ่ายดำ (Melena) ปริมาณมาก; NG content coffee ground/fresh blood; Hct ลดลงเหลือ 14.3–16%; BP 61/31 mmHg; Plt 27,000 /uL
เป้าหมาย	ของเสียและสารน้ำเกินลดลง, การฟอกเลือดสำเร็จตามเป้าหมาย, ไม่เกิดสาย DLC อุดตันหรือติดเชื้อเฉพาะที่	เลือดออกในทางเดินอาหารหยุดลง, Hct ≥ 21–25%, สัญญาณชีพคงที่, ภาวะ Hypovolemic shock ได้รับการแก้ไข
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	ประเมิน VS q 30min ระหว่าง HD, ดูแลสาย Femoral DLC ปลอดเชื้อ, เฝ้าระวัง bleeding/hematoma บริเวณขาหนีบ, ติดตาม BUN/Cr หลังฟอก	ให้ LPRC, FFP, Platelet concentrate ตามแผน, ให้ Pantoprazole และ Octreotide continuous drip, ล้างกระเพาะอาหาร (NG lavage), ส่งส่องกล้อง EGD
ผลลัพธ์	ดึงน้ำส่วนเกินได้รวม > 4,000 mL, BUN/Cr ลดลงชั่วคราว , สาย DLC ใช้งานได้ดี	หลังให้เลือดและยา เลือดออกจากสาย NG ค่อยๆ หยุด Hct เพิ่มเป็น 25–28%, ผล EGD ยืนยัน Severe PHG c gastritis
ระยะสุดท้าย		
ข้อวินิจฉัยที่ 1 ครอบครัวเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์และมีความทุกข์ทรมานใจเนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต		
ข้อมูลสนับสนุน	ผู้ป่วยอาการทรุดหนักจาก Multi-organ failure และ Septic shock ไม่ตอบสนองต่อการรักษา; ญาติรับทราบพยากรณ์โรค	ผู้ป่วยเข้าสู่ Refractory Septic shock จาก CLABSI; BP 60/28 mmHg; อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ; ญาติมีความเครียดและวิตกกังวล
เป้าหมาย	ครอบครัวได้รับข้อมูลพยากรณ์โรคชัดเจน, ได้รับการประคับประคองจิตใจ, ร่วมตัดสินใจในแนวทางการดูแลระยะท้ายได้อย่างสงบ	ครอบครัวเข้าใจพยากรณ์โรค, คลายความวิตกกังวล, สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลแบบประคับประคองตามความต้องการ
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	จัด Family conference ร่วมกับแพทย์เพื่อให้ข้อมูลพยากรณ์โรค, เปิดโอกาสให้บุตรสาวซักถามและระบายความรู้สึก, อำนวยความสะดวกให้ได้อยู่ใกล้ชิด	จัด Family conference, รับฟังความต้องการของภรรยาและครอบครัวอย่างเคารพ, ประสานงานทีม Palliative care วางแผนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน
ผลลัพธ์	บุตรสาวยอมรับการดำเนินของโรค ตัดสินใจเซ็นเอกสารปฏิเสธการทำ CPR ยืดเยื้อเพื่อไม่ให้มารดาทุกข์ทรมาน	ภรรยาและครอบครัวยอมรับสภาวะระยะท้าย ตัดสินใจเซ็นเอกสารไม่สมัครใจอยู่รักษาต่อเพื่อนำผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน
ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อความไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด และการหายใจลำบากในระยะใกล้เสียชีวิต		
ข้อมูลสนับสนุน	ภาวะหัวใจหยุดเต้น; หายใจแผ่วตื้น; มีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ; ไม่รู้สึกตัว	หายใจลำบาก; ความดันโลหิตลดลงต่อเนื่อง; อาการทางคลินิกทรุดลง; ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีมลึก
เป้าหมาย	ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่แสดงสีหน้าท่าทางทุรนทุรายหรือเจ็บปวดทรมาน	ผู้ป่วยสุขสบาย ได้รับการบรรเทาอาการเหนื่อยหอบและปวดจนถึงวาระสุดท้าย
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	ให้ยา Fentanyl ทางหลอดเลือดดำตามแผน, Suction เสมหะอย่างนุ่มนวล, จัดท่านอนที่สบาย, งดการตรวจวัดหรือหัตถการที่รบกวนผู้ป่วย	ให้ยา Fentanyl ประคับประคองความปวด, ดูแลทางเดินหายใจและให้ออกซิเจนอย่างต่อเนื่องระหว่างส่งต่อ, สัมผัสและพูดคุยข้างเตียงอย่างนุ่มนวล
ผลลัพธ์	ผู้ป่วยสีหน้าสงบ ไม่กระสับกระส่าย ได้รับการดูแลอย่างสงบจนถึงแก่กรรม	ผู้ป่วยสงบ ไม่แสดงอาการทุรนทุราย ได้รับการประคับประคองอาการตลอดการเคลื่อนย้าย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล–เป้าหมาย–กิจกรรม–ผลลัพธ์” (กรณีศึกษา 2 ราย)

หัวข้อ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ข้อวินิจฉัยที่ 3	ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเป็นศูนย์และหยุดหายใจ เนื่องจากภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac Arrest: PEA) จาก Severe Septic Shock	มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในการนำผู้ป่วยระยะท้ายกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางครอบครัว (Palliative Transport)
ข้อมูลสนับสนุน	15 มี.ค. 2568 เวลา 04.42 น. คลำชีพจรไม่ได้; EKG show PEA; ทำ CPR และให้ Adrenaline 10 โดส	17 มี.ค. 2568: ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย ไม่ตอบสนองต่อการรักษา; ครอบครัวมีความประสงค์ให้ผู้ป่วยสิ้นลมที่บ้านพัก อ.ชำสูง
เป้าหมาย	ปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูงตามมาตรฐานจนกระทั่งครอบครัวมีมติยุติ, ดูแลร่างผู้ป่วยหลังเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อกลับภูมิลำเนาอย่างปลอดภัย ไม่เกิดความทุกข์ทรมานระหว่างทาง บรรลุความต้องการของครอบครัว
กิจกรรมสำคัญ (ย่อ)	CPR ตามมาตรฐาน, ให้ Adrenaline ครบตามแนวทาง, ประสานแพทย์แจ้งญาติ, ยุติ CPR เมื่อญาติเซ็นเอกสาร, ทำ Post-mortem care ตามหลักศาสนาพุทธ	จัดเตรียมเอกสาร D/C against advice, ประสานรถพยาบาลพร้อมพยาบาลนำส่ง, ประคับประคองท่อช่วยหายใจ/สารน้ำระหว่างเดินทาง, ปลดสายอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น
ผลลัพธ์	ยุติ CPR เวลา 05.12 น., ถึงแก่กรรมสงบเวลา 07.00 น. วันที่ 15 มี.ค. 2568, ร่างได้รับการส่งมอบให้บุตรสาวนำไปบำเพ็ญกุศล	ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวกลับถึงบ้านพัก อ.ชำสูง อย่างปลอดภัยและสงบ จำหน่าย 17 มี.ค. 2568 เวลา 11.20 น. , ครอบครัวคลายความกังวล

สรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านระยะเวลาการคาสายสวน ตำแหน่งการใส่สายสวน และจำนวนครั้งของการเข้าถึงสายสวน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิด CLABSI ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ CDC และ Society for Healthcare Epidemiology of America ที่ระบุว่าการลดระยะเวลาการใช้สายสวนและการปฏิบัติตาม Central Line Maintenance Bundle สามารถลดอุบัติการณ์ CLABSI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1,2] ในด้านสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ตามทฤษฎีระบุว่าการเคลื่อนตัวของจุลชีพเข้าสู่กระแสเลือดสัมพันธ์โดยตรงกับระยะเวลาการคาสายสวนที่ยาวนานเกินกว่า 5–7 วัน ตำแหน่งการแทงสายสวนบริเวณขาหนีบ (Femoral vein) ซึ่งมีความชื้นสูงและเสี่ยงต่อการปนเปื้อนจากสิ่งขับถ่าย ความถี่ในการเปิดใช้สายสวนเพื่อทำหัตถการ ตลอดจนภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกรณีศึกษารายที่ 1 ที่มีสายสวนฟอกเลือด Femoral DLC ค้างอยู่นานถึง 19 วัน เพื่อทำ Hemodialysis และ Plasma Exchange ควบคู่กับมีภาวะเบาหวานและยูรีเมียคั่งค้าง ขณะที่รายที่ 2 แม้ใส่สายสวนที่ Internal jugular vein เป็นเวลา 7 วัน แต่มีภาวะกดภูมิคุ้มกันรุนแรงจากการได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ขนาดสูงต่อเนื่องเพื่อรักษาโรค Dermatomyositis ร่วมกับมีโรคตับแข็ง และมีการเข้าถึงสายสวนตลอดเวลาเพื่อบริหารยา Levophed สารน้ำ และเลือดปริมาณมาก ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ยืนยันจากการเพาะเชื้อขึ้นจากสายสวนอย่างรวดเร็ว (Time to detect 5 ชั่วโมง 5 นาที)

ในด้านอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสะท้อนภาพทางคลินิกของการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Severe Sepsis) ตรงตามทฤษฎี โดยรายที่ 1 มีไข้สูงลอย ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำลง และมีเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงเด่นอย่างชัดเจน (Leukocytosis: WBC 24,800 /uL) ในทางตรงกันข้าม รายที่ 2 ซึ่งมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างหนักและมีโรคตับแข็ง กลับแสดงอาการแบบ Atypical Sepsis โดยมีอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia) ชีพจรช้าแผ่ว (Bradycardia) เม็ดเลือดขาวลดต่ำรุนแรง

(Leukopenia: WBC 1,600 /uL) เกล็ดเลือดต่ำวิกฤต และมีกรดแลกติกคั่งในกระแสเลือดสูงมาก (Lactate สูงสุด 13.04 mmol/L) บ่งชี้ถึงภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนวิกฤตและระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว

สำหรับแผนการรักษา แม้แนวทางมาตรฐานสากลของ IDSA และ CDC จะแนะนำให้ถอดสายสวนหลอดเลือดที่เป็นแหล่งติดเชื้อออกโดยเร็วที่สุด ควบคู่กับการให้ยาต้านจุลชีพที่ตรงจุด (Targeted Therapy) และการกู้ชีพเพื่อรักษาระดับ MAP ≥ 65 mmHg แต่ในการปฏิบัติจริงพบว่ามีข้อจำกัดทางคลินิกที่ซับซ้อน โดยในรายที่ 1 ไม่สามารถถอดสายฟอกเลือด Femoral DLC ออกได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะปัสสาวะไม่ออก (Anuria) และยูรีเมียรุนแรง จำเป็นต้องใช้สายสวนเพื่อฟอกเลือดพยุงชีพ การรักษาจึงทำได้เพียงการให้ยาปฏิชีวนะ Colistin ตามผลความไวของเชื้อ ส่วนในรายที่ 2 ภาวะช็อกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงร่วมกับมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ผลเพาะเชื้อยืนยันเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพขั้นวิกฤต A. baumannii (MDR) ในระยะท้ายของโรค ซึ่งดื้อต่อยาต้านจุลชีพมาตรฐานทั้งหมด ทำให้เป้าหมายการรักษาต้องเปลี่ยนผ่านจากการกู้ชีพเชิงรุกไปสู่การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ตามความต้องการของครอบครัว

ในด้านภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตรงตามทฤษฎีทุกประการ ได้แก่ ภาวะ Septic Shock ที่ดื้อต่อยากระตุ้นความดัน ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันซ้ำซ้อนจากเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Re-intubation) และภาวะตับขาดเลือดรุนแรง (Ischemic Hepatitis) จากความดันโลหิตตกอย่างเฉียบพลัน ท้ายที่สุดการดำเนินของโรคนำไปสู่อวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multi-organ Failure) โดยรายที่ 1 เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและถึงแก่กรรมในโรงพยาบาล ขณะที่รายที่ 2 เข้าสู่ภาวะ Refractory shock และได้รับการส่งต่อกลับไปเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านพักตามเจตจำนงทางจิตวิญญาณ การเปรียบเทียบนี้จึงเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการยกระดับมาตรการ Central Line Maintenance Bundle การประเมินเพื่อถอดสายสวนออกโดยเร็ว และการบูรณาการการพยาบาลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤตเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 รายสะท้อนให้เห็นว่า อุบัติการณ์ CLABSI จากเชื้อ Acinetobacter baumannii (MDR) ในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับ ระยะเวลาการคาสายสวนหลอดเลือด และ ตำแหน่งของการใส่สายสวน สอดคล้องกับแนวทางของ CDC และ IDSA ที่ระบุว่าการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเกินกว่า 5–7 วัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด Catheter colonization และ Bloodstream infection เป็นทวีคูณ โดยเฉพาะในรายที่ 1 ซึ่งต้องคาสายฟอกเลือด Femoral DLC ไว้นานถึง 19 วัน เนื่องจากตำแหน่งขาหนีบมีความชื้นและอยู่ใกล้ทวารหนัก จึงมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าตำแหน่ง Internal jugular หรือ Subclavian vein อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความรุนแรงของโรค รายที่ 1 มีภาวะเบาหวานและยูรีเมียคั่งค้าง ส่วนรายที่ 2 มีภาวะตับแข็งและได้รับยาสเตียรอยด์ขนาดสูงต่อเนื่อง ทำให้กลไกการต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายล้มเหลว เมื่อเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงพัฒนาเข้าสู่ภาวะ Septic shock และ Multi-organ failure อย่างรวดเร็ว ในมิติของการพยาบาล การนำกรอบแนวคิด FANCAS มาใช้ช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจจับภาวะวิกฤตที่ทับซ้อนกันได้อย่างเป็นระบบ เช่น การตรวจจับภาวะ Secretion obstruction ในระบบ

Aeration ที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวซ้ำซ้อน และการเฝ้าระวังภาวะช็อกในระบบ Fluids ควบคู่ไปกับการยกระดับการพยาบาลระยะท้าย (Stimulation & End-of-Life Care) ซึ่งช่วยส่งเสริมสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ผ่านกระบวนการ Family Conference ทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจยุติการรักษาเชิงรุก และบรรลุการตายดี (Good Death) ทั้งในบริบทของการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและการส่งต่อกลับไปสิ้นลมที่บ้าน[6,7]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง CLABSI เชิงรุก (Active Surveillance) ควรจัดให้มีระบบประเมินความจำเป็นในการคาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางทุกวัน (Daily Review of Line Necessity Checklist) ในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเตือนให้แพทย์และพยาบาลพิจารณาถอดสายสวนออกทันทีที่หมดความจำเป็น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การหลีกเลี่ยงการใส่สายสวนบริเวณขาหนีบ (Femoral Site Avoidance): ควรกำหนดเป็นนโยบายความปลอดภัยของโรงพยาบาลในการหลีกเลี่ยงการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและสายฟอกเลือดบริเวณ Femoral vein หากไม่มีเหตุจำเป็นยิ่งยวด โดยแนะนำให้เลือกตำแหน่ง Internal jugular หรือ Subclavian vein เป็นลำดับแรก

3. ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาปัจจัยพยากรณ์การเกิด CLABSI ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและโรคร่วมซับซ้อน ควรทำวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังหรือไปในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา Acinetobacter baumannii (MDR) ในผู้ป่วยที่คาสายสวน C-line

เอกสารอ้างอิง

1.Buetti N, Marschall J, Drees M, Fakih MG, Hadaway L, Maragakis LL, et al.(2022). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2022;43(5):553-569.

2.Centers for Disease Control and Prevention.(2017). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Atlanta: CDC; 2017.

3.Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, Flynn P, O'Grady NP, et al.(2009). Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2009;49(1):1-45.

4.Tamma PD, Heil EL, Justo JA, Mathers AJ, Satlin MJ, Bonomo RA.(2024). Infectious Diseases Society of America 2024 guidance on the treatment of antimicrobial-resistant Gram-negative infections. Clin Infect Dis. 2024;ciae403.

5.Wong D, Nielsen TB, Bonomo RA, Pantapalangkoor P, Luna B, Spellberg B.(2017). Clinical and pathophysiological overview of Acinetobacter baumannii infection: a century of challenges. Clin Microbiol Rev. 2017;30(1):409-447.

6.Holloway NM.(1979). Nursing the critically ill adult. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1979.

7.โพธิดารา เยาวลักษณ์, ธันยสวัสดิ์ ธัญญาสิริ.(2563). ผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิด FANCAS ในกระบวนวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาล. พยาบาลสาร. 2563;47(2)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลต่อการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรม หลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย

The effectiveness of a nurse-led education and follow-up program on vascular entrance care for patients with end-stage renal disease, Vascular Surgery Clinic, Sukhothai Hospital.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

จุฬาลักษณ์ พรพัฒนารักษ์[1] เบ็ญจวรรณ ทอดเสียง[1]
Chulalak Pornpattanarak[1] Benjawan Thodsiang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลต่อการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง (Two-Group Pretest-Posttest Design) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติพรรณนาและอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลต่อการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรม หลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดการตีบตัน (Stenosis) ของทางเข้าหลอดเลือด ของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และก่อนโปรแกรม

คำสำคัญ: ความรู้ พฤติกรรม การดูแลทางเข้าหลอดเลือด ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of a nurse education and follow-up program on vascular entrance care for patients with end-stage renal disease at the Vascular Surgery Clinic, Sukhothai Hospital. This was a quasi-experimental research using a two-group pretest-posttest design. Data were collected using questionnaires and analyzed using content analysis, descriptive statistics, and inferential statistics.

The results showed that after the nurse education and follow-up program on vascular entrance care for patients with end-stage renal disease at the Vascular Surgery Clinic, Sukhothai Hospital, the knowledge scores and vascular entrance care behaviors of the experimental group, as well as the rate of vascular entrance stenosis complications, were better than the control group and before the program.

Keywords: Knowledge, Behavior, Vascular entrance care, End-stage renal disease

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากข้อมูลของ Global Burden of Disease Study 2021 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 673.7 ล้านคน ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1.53 ล้านราย และสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) กว่า 44.45 ล้านปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังทั่วโลกอาจเพิ่มขึ้นเป็น 2.2–4 ล้านรายภายในปี ค.ศ. 2040 โดยคาดการณ์ว่าโรคไตเรื้อรัง

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย

จะกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของโลกภายในปี ค.ศ. 2040[1] สำหรับประเทศไทย รายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสะสมกว่า 80,000 ราย และมีผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ระบบเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 8 ต่อปี โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ถือเป็นวิธีบำบัดทดแทนไตที่ได้รับความนิยมสูงสุดในประเทศไทย คิดเป็นสัดส่วนกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด[2] ภาระดังกล่าวก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่สูงมาก โดยประเมินว่าค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดเฉลี่ยต่อผู้ป่วยหนึ่งรายอยู่ที่ประมาณ 400,000–600,000 บาทต่อปี ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทั้งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนระบบเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม[3]

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประสบความสำเร็จ คือการมีทางเข้าหลอดเลือด ที่มีคุณภาพและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทางเข้าหลอดเลือดชนิดที่ได้รับการแนะนำเป็นอันดับแรก ได้แก่ การทำหลอดเลือดแดงและดำเชื่อมต่อกัน (Arteriovenous Fistula: AVF) เนื่องจากมีอัตราการรอดชีพสูงสุด มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด และช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด[4] อย่างไรก็ตามทางเข้าหลอดเลือดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการตีบตัน ลิ่มเลือดอุดตัน การโป่งพอง หรือการติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียทางเข้าหลอดเลือดและการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ ข้อมูลจากการศึกษาหลายแหล่งรายงานว่าอัตราการสูญเสียทางเข้าหลอดเลือดภายใน 1 ปีแรกอยู่ที่ร้อยละ 20–40 ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดที่ไม่เพียงพอ (Inadequate dialysis) มีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[5]

การดูแลทางเข้าหลอดเลือดที่ถูกต้องโดยผู้ป่วยเองที่บ้านเป็นปัจจัยชี้ขาดต่ออายุการใช้งานของ AVF การดูแลที่ถูกต้องประกอบด้วยการบริหารเส้นเลือดด้วยการบีบลูกบอล การหลีกเลี่ยงการกดทับหรือการนอนทับแขนข้างที่มี AVF การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ความร้อน บวม แดง หรือการหยุดสั่นสะเทือน ที่บ่งชี้ถึงการอุดตัน รวมทั้งการดูแลสุขอนามัยของแผลรอยเจาะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ[6] อย่างไรก็ดี ในบริบทของการบริการปกติ (Routine care) พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์มักมีเวลาจำกัดในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ หรือกลับไปบ้านแล้วปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง และขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการดูแลตนเองยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ AVF อย่างมีนัยสำคัญ[7] เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว แนวคิดด้านการพยาบาลหลายแนวทาง เช่น ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Health Promotion Model) และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (Self-Care Deficit Theory) ต่างสนับสนุนว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการติดตามโดยพยาบาล (Nurse-led education and follow-up program) มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ การใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่าง LINE Application และการมอบคู่มือการดูแลตนเองช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบความผิดปกติของเส้นเลือดได้ตั้งแต่ระยะแรก (Early detection) และลดอัตราการเข้ารับการรักษาฉุกเฉินได้[8]

สำหรับบริบทของคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งเป็นหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ที่ทำหน้าที่หลักในการประเมินและเตรียมความพร้อม

ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปิดเส้นเลือด AVF ตลอดจนให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดนั้น จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2566–2568) พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย ESRD (ICD-10: N185) เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 678, 839 และ 851 ราย คิดเป็นจำนวนครั้งการให้บริการ 23,823 ครั้ง, 24,525 ครั้ง และ 23,294 ครั้ง ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจากคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดและเข้ารับการผ่าตัดทำเส้นเลือด AVF) จำนวน 192, 296 และ 294 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือด ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM) จำนวน 274, 384 และ 342 ราย และโรคความดันโลหิตสูง (HT) จำนวน 428, 637 และ 610 ราย ในแต่ละปีตามลำดับ ซึ่งโรคร่วมดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพและความทนทานของทางเข้าหลอดเลือด อันเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะตีบตันของทางเข้าหลอดเลือด เมื่อพิจารณาข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนการตีบตันของทางเข้าหลอดเลือด (Stenosis) ที่บันทึกในคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567-2569 พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะเส้นเลือดตีบตัน จำนวน 31 ราย คิดเป็น (ร้อยละ 10.47) ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเข้าหลอดเลือดทั้งหมด และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีจำนวน 33 ราย คิดเป็น (ร้อยละ 11.22) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะเส้นเลือดตีบตันจำนวน 32 ราย[9]

แม้ว่าคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย จะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจนถึงระยะติดตามผลหลังผ่าตัด แต่ในบริบทการทำงานจริงของคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดในฐานะหน่วยบริการผู้ป่วยนอกนั้น พยาบาลและบุคลากรต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน ทำให้เวลาที่ใช้ในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยแต่ละรายมีจำกัด การให้ความรู้จึงมักเป็นลักษณะการบอกด้วยวาจาโดยไม่มีสื่อประกอบหรือการตรวจสอบความเข้าใจที่เป็นระบบ อีกทั้งการติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายกลับบ้านยังขาดรูปแบบที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติตน ในการดูแลเส้นเลือดได้อย่างถูกต้อง ไม่ทราบวิธีสังเกตอาการผิดปกติของ AVF และไม่ทราบว่าควรมาพบแพทย์หรือพยาบาลที่คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดเมื่อใด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องกลับมารับการผ่าตัดทำเส้นเลือดซ้ำก่อนวัยอันควร และยังคงมีผู้ป่วยที่ต้องการการผ่าตัดเปิดเส้นเลือดใหม่เข้ามารับบริการในคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องทุกปี ด้วยเหตุผลและสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุโขทัย จึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลต่อการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย โดยโปรแกรมดังกล่าวจะครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการเตรียมความรู้ก่อนผ่าตัด การให้คำแนะนำการดูแลตนเองหลังผ่าตัด และการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางที่เหมาะสม มุ่งหวังว่าผลการวิจัยจะช่วยยกระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การยืดอายุการใช้งานของทางเข้าหลอดเลือด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น และพัฒนาต่อยอดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก (Clinical Nursing Practice Guideline) สำหรับคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลต่อการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย

2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

2.4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

2.5 เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือด หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

2 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

3 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือด สูงกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังการโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

4 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด สูงกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังการโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

5 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ภายหลังการโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง (Two-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลต่อการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย

ประชากร

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุโขทัย และได้รับการผ่าตัดทำทางเข้าหลอดเลือด (AVF) จำนวน 395 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย และได้รับการผ่าตัดทำทางเข้าหลอดเลือด (AVF) ระหว่างเดือน ๒๓ พฤษภาคม - ๒๓ สิงหาคม 2569 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกที่กำหนดไว้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าสถิติดังนี้

1. Effect size (d) = 0.80 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ Lee et al.[9] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่ามีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (large effect size)

2. ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05

3. อำนาจการทดสอบ (Power of test: 1-β) = 0.80

4. Two-tailed test

5. Allocation ratio N2/N1 = 1 (จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเท่ากัน)

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 26 ราย รวมทั้งสิ้น 52 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ กลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ที่กำหนด จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุ 18 – 70 ปี

2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

3. สามารถใช้โทรศัพท์มือถือและสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน LINE ได้ด้วยตนเองหรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือ

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม (Informed Consent)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือโรคร่วมที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ในระหว่างการศึกษา

2. ถอนตัวจากการวิจัยในระหว่างการศึกษาโดยสมัครใจ

3. เสียชีวิต ย้ายถิ่นฐาน หรือไม่สามารถติดตามได้จนครบระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมบนพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[10] เป็นการจัดกิจกรรมให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการดูแลทางเข้าหลอดเลือด พร้อมทั้งติดตามผ่านการโทรศัพท์และกลุ่ม LINE สำหรับให้ความรู้และตอบข้อสงสัยแก่กลุ่มทดลองตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรและคลินิก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรัง โรคร่วม (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) ประสบการณ์ AVF มาก่อน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมบนพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[11] และแนวปฏิบัติ KDOQI

Clinical Practice Guideline for Vascular Access[11] จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังและความสำคัญของ AVF ความรู้เรื่องการบริหารเส้นเลือดและการดูแลแผล ความรู้เรื่องการตรวจสอบ Thrill และการสังเกตอาการผิดปกติของทางเข้าหลอดเลือด และความรู้เรื่องพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก-ผิด (True-False)

เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดในระดับสูงกว่า

การแปลผล แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ความรู้ระดับดี หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 16–20 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60–79 (คะแนน 12–15 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมบนพื้นฐานของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[11] จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การบริหารเส้นเลือดด้วยการบีบลูกบอลอย่างสม่ำเสมอ การดูแลแผลและสุขอนามัยบริเวณทางเข้าหลอดเลือด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกดทับหรืออุดตันของ AVF และการตรวจสอบ Thrill ด้วยตนเองและการมาพบพยาบาลเมื่อพบความผิดปกติ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดทุกวันหรือเกือบทุกวัน 6–7วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดอย่างน้อย 4–5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดอย่างน้อย 1–2 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมมีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความเชิงบวกจะได้คะแนน 5 ถึง 1 คะแนนตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบจะได้คะแนนกลับกัน คือ 1 ถึง 5 คะแนนตามลำดับ คะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึงมีพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดในระดับดีกว่า

การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของบลูม[14] ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดระดับดี หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนน 80–100 คะแนน)

พฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60–79 (คะแนน 60–79 คะแนน)

พฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดระดับต่ำ หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนต่ำกว่า 60 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือด

เป็นแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือดตาม KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access 2019 เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือดชนิด AVF ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจะมีการบันทึกข้อมูล 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมที่สัปดาห์ที่ 4 และ

หลังสิ้นสุดโปรแกรมที่สัปดาห์ที่ 8 แบบบันทึกประกอบด้วย รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย วันที่บันทึก ประเภทของภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ การตีบตัน (Stenosis) วิธีการรักษาที่ได้รับ และผลลัพธ์การรักษา โดยข้อมูลได้จากการตรวจร่างกายโดยพยาบาลและแพทย์ ร่วมกับการตรวจสอบจากเวชระเบียนของคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย

การแปลผล แบ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. เกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ การตีบตัน ลิ่มเลือดอุดตัน การโป่งพอง หรือการติดเชื้อของทางเข้าหลอดเลือด ที่ได้รับการวินิจฉัยและบันทึกโดยแพทย์ในเวชระเบียน

2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีอาการมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ การตีบตัน ลิ่มเลือดอุดตัน การโป่งพอง หรือการติดเชื้อของทางเข้าหลอดเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์หลอดเลือด พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังและทางเข้าหลอดเลือด และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ซึ่งให้ข้อเสนอแนะในการปรับเนื้อหาให้ครอบคลุมและตรงตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปรับข้อคำถามให้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ไม่ต่ำกว่า 0.50 ข้อคำถามใดที่มีค่า IOC ต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการปรับปรุงหรือตัดออก ผลการตรวจสอบ โดยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือด มีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 -1.00 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด มีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00แบบบันทึกการติดตามภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือด มีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2.การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 ราย ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นไม่ต่ำกว่า 0.70 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson Formula 20: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมการและขออนุมัติโครงการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดชนิด AVF พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือด และโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลในบริบทต่าง ๆ เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนากรอบแนวคิดและโปรแกรมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างการวิจัยฉบับสมบูรณ์ประกอบด้วยหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด ระเบียบวิธีวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ทุกฉบับ ได้แก่ แบบชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet) แบบแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) และเครื่องมือวิจัยทุกชุด

1.3 ผู้วิจัยยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย พร้อมทั้งปรับแก้ไขโครงการตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจนได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่ COA No.45/2026 IRB No.42/2026 เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2569

1.4 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัยและหัวหน้าคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ และประสานความร่วมมือกับทีมพยาบาลและแพทย์ผู้เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้พื้นที่ และการจัดตารางการติดตามกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

2.1 ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรและคลินิก ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือด พัฒนาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory, 1991) และแนวปฏิบัติ KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด ครอบคลุมการบริหารเส้นเลือด การดูแลแผล การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการตรวจสอบ Thrill ด้วยตนเอง และส่วนที่ 4 แบบบันทึกการติดตามภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือด

2.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์หลอดเลือด พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2.3 ผู้วิจัยปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้แต่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจและความชัดเจนของภาษา พร้อมทั้งคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และKR 20ซึ่งกำหนดให้มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.70

3. ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการจัดกลุ่ม

3.1 ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย เพื่อคัดกรองผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการผ่าตัดทำ AVF ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

3.2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเข้า โดยแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet) ให้อ่านอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย พร้อมทั้งเน้นย้ำว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยเป็นสิทธิของอาสาสมัครและไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการด้านสุขภาพแต่อย่างใด

3.3 ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบแสดงเจตนายินยอม (Informed Consent

Form) จำนวน 2 ฉบับ โดยอาสาสมัครและผู้วิจัยเก็บรักษาไว้ฉบับละ 1 ฉบับ

3.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน 60 ราย แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากกลุ่มละ 30 ราย

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน (Pre-test)

4.1 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้ตอบแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยกำหนดให้เก็บข้อมูลในวันก่อนผ่าตัด 1–7 วัน ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด ซึ่งเป็นวันเดียวกับที่ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อลดภาระการเดินทาง

4.2 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ทันที

4.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันทีหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จ หากพบข้อมูลไม่สมบูรณ์จะขอให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมหรือแก้ไขในทันที

4.4 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบความถูกต้องโดยการสุ่มตรวจร้อยละ 10 ของข้อมูลทั้งหมด เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่นำไปวิเคราะห์มีความถูกต้องและสมบูรณ์

5. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ก) กลุ่มทดลอง

5.1) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย ควบคู่ไปกับการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ก่อนผ่าตัด) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (Pre-operative Preparation) ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยประเมินความรู้พื้นฐานและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ให้ความรู้เรื่องโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและความสำคัญของ AVF ในฐานะ "เส้นเลือดแห่งชีวิต" สอนวิธีบริหารเส้นเลือดด้วยการบีบลูกบอล (Fistula exercise) วันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 10–15 นาที และแจกคู่มือการดูแลทางเข้าหลอดเลือดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นพร้อมลูกบอลสำหรับบริหารเส้นเลือดแก่ผู้ป่วยทุกราย มีกิจกรรมถาม-ตอบเพื่อตรวจสอบความเข้าใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย

วันจำหน่าย (หลังผ่าตัดวันที่ 1–2) องค์ประกอบที่ 2 การให้ความรู้หลังผ่าตัด (Post-operative Education) ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยสอนการดูแลแผลผ่าตัดและการสังเกตอาการผิดปกติของ AVF สอนการตรวจสอบ Thrill และ Bruit ด้วยตนเองอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งทุกเช้าหลังตื่นนอน แนะนำการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกดทับเส้นเลือด และตรวจสอบความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ (Return demonstration) ก่อนกลับบ้านทุกราย

สัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 8 หลังผ่าตัด องค์ประกอบที่ 3 การติดตามทางโทรศัพท์และ LINE (Follow-up) ใช้เวลาการโทรศัพท์ครั้งละประมาณ 15–20 นาที โดยสอบถามสภาพแผล ลักษณะ Thrill ความสม่ำเสมอในการบริหารเส้นเลือด พฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัญหาที่พบในชีวิตประจำวัน พร้อมส่งสื่อความรู้ผ่านกลุ่ม LINE สัปดาห์ละ 1–2 ครั้งตลอด 8 สัปดาห์ และตอบข้อสงสัยภายใน 24 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 หลังผ่าตัด องค์ประกอบที่ 4 การประเมินและเสริมแรง (Evaluation & Reinforcement) ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30–45 นาที ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โดยประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ให้

คำชื่นชมและเสริมแรงทางบวกแก่ผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง และทบทวนเพิ่มเติมความรู้ในประเด็นที่ผู้ป่วยยังเข้าใจไม่ครบถ้วน

5.2) ผู้วิจัยสร้างกลุ่ม LINE สำหรับกลุ่มทดลองเพื่อติดตามและให้ความรู้เพิ่มเติม ตอบข้อสงสัย และส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอด 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยส่งข้อความให้ความรู้สัปดาห์ละ 1–2 ครั้ง พร้อมตอบข้อสงสัยภายใน 24 ชั่วโมง

ข) กลุ่มควบคุม

5.4) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย ได้แก่ การตรวจแผล การให้คำแนะนำสุขภาพรายบุคคลตามมาตรฐานการพยาบาลปกติ และการนัดหมายติดตามผลตามระยะเวลาที่กำหนด โดยไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ไม่ได้รับคู่มือการดูแลตนเอง และไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์หรือ LINE นอกเหนือจากการดูแลตามปกติ

5.5) ผู้วิจัยติดตามและบันทึกการมาตามนัดของกลุ่มควบคุมผ่านเวชระเบียนของคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองในภายหลัง

6. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

6.1 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 หลังผ่าตัด ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม หลังการทดลอง (Post-test) ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมกับที่ใช้ใน Pre-test เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแม่นยำ ยกเว้นส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรและคลินิกซึ่งไม่มีการเปลี่ยนแปลง

6.2 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที เช่นเดียวกับการเก็บข้อมูล Pre-test

6.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันทีหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จ หากพบข้อมูลไม่สมบูรณ์จะขอให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมหรือแก้ไขในทันที และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างสำหรับความร่วมมือในการวิจัย

6.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนของคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ณ สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 หลังผ่าตัด โดยบันทึกประเภทของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การตีบตัน (Stenosis) เพื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

6.5 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์และตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีลำดับขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรและคลินิกของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลลักษณะทางประชากรและคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และสถิติ Independent t-test

3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล กรณีข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Paired t-test

4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และ

ติดตามโดยพยาบาล กรณีข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Paired t-test

5.ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล กรณีข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent t-test

6. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล กรณีข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent t-test

7. เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาล ด้วยสถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัยยึดหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์แบบเร่งรัด เลข ที่IRB No.42/2026 เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 และสิ้นสุดการรับรองวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2570

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเข้าหลอดเลือด (AVF) ณ คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 55.13 ± 11.50 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 54.73 ± 12.92 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.7 และ 63.3 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 60.0 และ 40.0 ตามลำดับ) และมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (สำหรับอายุ) และ Chi-square test (สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม) พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดก่อนทดลองเท่ากับ 12.57 ± 3.64 คะแนน และหลังทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 17.53 ± 5.37 คะแนน ซึ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.722, p<.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ก่อนและหลังเท่ากับ 12.60 ± 2.03 และ 13.07 ± 3.66 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-0.811, p=.424)

ด้านพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 69.20 ± 3.54 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) และหลังทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 78.93 ± 2.08 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-17.295, p<.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังเท่ากับ 65.37 ± 6.09 และ 66.00 ± 7.44 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-.503, p=.619)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือดของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดเท่ากับ 12.57 ± 3.64 และ 12.60 ± 2.03 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-0.039,

p=.969) แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.53 ± 5.37 และ 13.07 ± 3.66 คะแนน ตามลำดับ; t=3.759, p<.001)
ด้านพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 69.20 ± 3.54 คะแนน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 65.37 ± 6.09 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.978, p=.004) และภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็น 78.93 ± 2.08 คะแนน ซึ่งยังคงสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน 66.00 ± 7.44 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=9.167, p<.001)

การเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดการตีบตัน (Stenosis) ของทางเข้าหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดการตีบตัน (ร้อยละ 0.0) เมื่อติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 หลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีผู้เกิดภาวะตีบตัน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้เกิดภาวะตีบตันจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 20.00) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .024) และในระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 หลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดการตีบตันเพียง 1 ราย (ร้อยละ 3.33) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่พบถึง 8 ราย (ร้อยละ 26.67) โดยเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .026)

สรุปและอภิปรายผล

1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือด ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับการดูแลทางเข้าหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 12.57 ± 3.64 คะแนน เป็น 17.53 ± 5.37 คะแนน (t = -5.722, p < .001) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.53 ± 5.37 เทียบกับ 13.07 ± 3.66 คะแนน; t = 3.759, p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้อย่างมีนัยสำคัญตลอดการศึกษา (t = -0.811, p = .424) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับ Chaudhary et al.[8] และ Lee et al.[9] ที่รายงานว่าการให้ความรู้อย่างเป็นระบบร่วมกับการมอบคู่มือการดูแลตนเองสามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องในเชิงหลักการกับสุชีรา ดำรงกิจ[15] ซึ่งแม้จะเป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากเส้นฟอกไต อันเป็นบริบทที่ต่างจากการศึกษานี้ แต่ก็ใช้ "การประเมินความรู้และทักษะการจัดการตนเองก่อนจำหน่าย" และ "การให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน" เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลเช่นเดียวกัน สะท้อนว่าการประเมินความรู้พื้นฐานและการให้ข้อมูลที่ตรงเป้าหมายเป็นจุดร่วมที่จำเป็นไม่ว่าจะอยู่ในบริบทการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตาม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้หลังโปรแกรม (5.37) ที่สูงกว่าก่อนโปรแกรม (3.64) ชี้ให้เห็นความแปรปรวนระหว่างบุคคลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับความแตกต่างด้านความสามารถในการใช้ LINE Application ของผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย ดังที่ผู้วิจัยระบุไว้ในหัวข้อปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

2) ด้านพฤติกรรมการดูแลทางเข้าหลอดเลือด คะแนนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน จาก 69.20 ± 3.54 เป็น 78.93 ± 2.08 คะแนน (t = -17.295, p < .001) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (78.93 ± 2.08 เทียบกับ 66.00 ± 7.44 คะแนน; t = 9.167, p < .001) โดยกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญตลอด

การศึกษา (t = -0.503, p = .619) ที่น่าสนใจคือ ค่า t ของด้านพฤติกรรม (-17.295) สูงกว่าค่า t ของด้านความรู้ (-5.722) อย่างชัดเจน ประกอบกับค่า SD ที่ลดลงหลังโปรแกรม บ่งชี้ว่าโปรแกรมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สม่ำเสมอในผู้ป่วยเกือบทุกรายมากกว่าการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ที่ยังมีความแปรปรวนสูงอยู่ ผลนี้สอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม[11] ที่เน้นการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การสาธิตย้อนกลับ การบีบลูกบอลบริหารเส้นเลือด และการตรวจ Thrill ด้วยตนเอง มากกว่าการถ่ายทอดความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว และยังสอดคล้องกับแนวทางของสุชีรา ดำรงกิจ[15] ที่เน้น "การฝึกทักษะการจัดการตนเอง" และ "การสร้างแรงจูงใจและการสร้างพลังอำนาจ" ตามแนวคิดของเครียร์ ควบคู่กับการให้ความรู้ ซึ่งทั้งสองการศึกษาต่างชี้ให้เห็นตรงกันว่าองค์ประกอบเชิงทักษะปฏิบัติและการเสริมแรงมีบทบาทสำคัญไม่น้อยไปกว่าองค์ประกอบเชิงความรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และการติดตามต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์และ LINE ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 และ 8 ของการศึกษานี้ก็ทำหน้าที่เป็นการเสริมแรงพฤติกรรมซ้ำ ๆ

3) ด้านอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือด ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทางเข้าหลอดเลือดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับงานวิจัยของอรพรรณ เหล่าประเสริฐ และคณะ[15] ที่พบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการฟอกเลือดสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 28 (95% CI: -0.45, -0.12; p < .001) กล่าวคือ อัตราการเกิดภาวะตีบตัน (Stenosis) ที่สัปดาห์ที่ 8 หลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองของการศึกษานี้พบเพียงร้อยละ 3.33 (1 ราย) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่พบสูงถึงร้อยละ 26.67 (8 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .026) ความสอดคล้องของผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้จากกลไกของโปรแกรมที่นำมาใช้ ซึ่งผลเชิงประจักษ์ดังกล่าวสนับสนุนและสอดคล้องอย่างชัดเจนกับกลไกที่ Wu et al.[7] และ Lok et al.[12] ได้เสนอไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าภาวะแทรกซ้อนของ "ทางเข้าหลอดเลือด" (การตีบตัน) จะเป็นเหตุการณ์ที่ต้องอาศัยเวลาในการก่อตัว แต่โปรแกรมในการศึกษานี้มีประสิทธิภาพสูงเพียงพอที่จะป้องกันและแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้จะอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (30 รายต่อกลุ่ม) ที่เดิมถูกคำนวณมาเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นหลักก็ตาม

อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับวรรณกรรมด้านศัลยศาสตร์หลอดเลือดที่มักวัดอัตราการคงอยู่ของทางเข้าหลอดเลือด (Patency Rate) ในระยะยาวเป็นปี ระยะเวลาติดตามผลเพียง 8 สัปดาห์ของการศึกษานี้อาจยังถือเป็นช่วงเริ่มต้น (Early outcomes) ดังนั้น เพื่อยืนยันความยั่งยืนของประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว ประเด็นด้านระยะเวลาในการติดตามผลนี้จึงยังคงเป็นทิศทางสำคัญสำหรับการศึกษาต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1 ควรพัฒนาคู่มือการดูแลทางเข้าหลอดเลือดที่บ้านฉบับพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ โดยออกแบบด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ ภาพประกอบขั้นตอนที่ชัดเจน และภาษาเรียบง่ายไม่มีศัพท์เทคนิค พร้อมแนวทางการตรวจสอบ Thrill ด้วยมือและการบีบลูกบอลที่เข้าใจได้ง่าย ควรพัฒนาสื่อวิดีโอสาธิตการดูแลตนเองสั้น ๆ สำหรับส่งผ่าน LINE Application และจัดทำแบบรายงานอาการมาตรฐานที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกรอกได้ง่าย และส่งให้พยาบาลได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ควรมีระบบเสียงแจ้งเตือนและการให้รางวัลสำหรับ

ผู้ป่วยที่ส่งรายงานอาการสม่ำเสมอเพื่อสร้างแรงจูงใจในระยะยาว

2 ควรพัฒนาระบบการให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยบูรณาการโปรแกรมการให้ความรู้และติดตามโดยพยาบาลเป็นมาตรฐานการดูแลปกติ (Standard of Care) ของคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด พร้อมพัฒนาทักษะพยาบาลทุกคนในทีมให้สามารถดำเนินโปรแกรมได้อย่างสม่ำเสมอ ควรจัดกลุ่มการเรียนรู้แบบ Peer Support สำหรับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ดูแล AVF มาแล้วเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งพัฒนาระบบการประสานข้อมูลระหว่างคลินิกศัลยกรรมหลอดเลือดและหน่วยไตเทียมเพื่อการติดตามดูแลทางเข้าหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องและครบวงจร

เอกสารอ้างอิง

1. Bikbov, B., Purcell, C. A., Levey, A. S., Smith, M., Abdoli, A., Abebe, M., ... & Perico, N. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, 395(10225), 709–733.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). รายงานการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2564 (Thailand Renal Replacement Therapy: T-RRT). สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
3. Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., ... & Perkovic, V. (2022). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: A systematic review. The Lancet, 385(9981), 1975–1982.
4. Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., ... & Wasse, H. (2020). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. American Journal of Kidney Diseases, 75(4 Suppl 2), S1–S164.
5. Kumbar, L., & Karim, J. (2020). Arteriovenous fistula: complications and outcomes. Seminars in Dialysis, 33(5), 393–401.
6. Schmidli, J., Widmer, M. K., Basile, C., de Donato, G., Gallieni, M., Gibbons, C. P., Haage, P., Hamilton, G., Hedin, U., Kamper, L., Lazarides, M. K., Lindsey, B., Mestres, G., Pegoraro, M., Roy, J., Setacci, C., Shemesh, D., Tordoir, J. H. M., & van Loon, M. (2018). Vascular
7. Wu, H. F., Chen, L. K., Weng, S. C., Yen, H. R., & Li, C. Y. (2019). Arteriovenous fistula care knowledge, self-care ability, and self-care practice among patients on hemodialysis. Journal of Nursing Research, 27(1), e10.
8. Chaudhary, K., Sangha, H., & Khanna, R. (2021). Peritoneal dialysis first: Rationale and approach.Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 6(2), 447–456.
9. โรงพยาบาลสุโขทัย. (2569). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย คลินิกศัลยกรรมหลอดเลือด ปีงบประมาณ 2566–2569. โรงพยาบาลสุโขทัย.
10. Lee, H., Haase, M., & Haase-Fielitz, A. (2020). Effectiveness of nurse-led interventions on vascular access self-care in hemodialysis patients: A systematic review. Journal of Vascular Access, 21(4), 432–441.
11. Orem, D. E. (1991). Nursing: Concepts of practice (4th ed.). Mosby.access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 55(6), 757–818. https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.02.001
13. Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., ... & Moist, L. M. (2020). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. American Journal of Kidney Diseases, 75(4, Suppl 2), S1–S164.

14. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12.
15. สุชีรา ดำรงกิจ. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร่วมกับมีภาวะติดเชื้อ ในกระแสเลือดจากเส้นฟอกไต : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร.
16. อรพรรณ เหล่าประเสริฐ, จิตรลดา พิมพ์ศรี, วันเพ็ญ พละศูนย์, เรืองศิริ ภานุเวศ, และรุจิระชัย เมืองแก้ว. (2568). ประสิทธิผลการพัฒนาโปรแกรมเพื่อเตรียมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19(1)

การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร

Developing a long-term care approach to managing discomfort In colorectal cancer patients receiving chemotherapy Cancer and Chemotherapy Ward Mukdahan Hospital.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พัชนี วังคะฮาต[1]
Patchanee Wangkahart[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ทีมสุขภาพ จำนวน 10 คน และ 2) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 30 คน ที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสภาพร่างกาย แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ศึกษาในระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม 2567 ใช้ระยะเวลารวม 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยใช้ระบบ Performance Scale (ECOG), คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ dependent Sample t-test.

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาแนวทางมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดีกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x}$ = 1.00, SD = 0.53 ; $\bar{x}$ = 2.00, SD = 0.00) 2) คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาแนวทางมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x}$ = 108.30, SD = 6.59 ; $\bar{x}$ = 48.63, SD = 5.68) 3) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =3.22 , S.D. = 0.48) และ 4) ความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมและรายข้อพบว่ามีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้พัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 100

คำสำคัญ: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด, การจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

Abstract

This study aimed to develop a long-term care guideline to manage discomfort in colorectal cancer patients receiving chemotherapy at Mukdahan Hospital. This study was an action research. The sample consisted of 1) a healthcare team of 10 people and 2) 30 colorectal cancer patients receiving chemotherapy in the oncology and chemotherapy ward of Mukdahan Hospital who were willing to participate. The research instruments included a general questionnaire, a physical condition assessment scale for assessing the ability to perform daily living activities, a quality of life assessment scale, a satisfaction assessment scale, and an assessment scale on the feasibility of using a long-term care guideline to manage discomfort in colorectal cancer patients receiving chemotherapy. The study was conducted from June to December 2024, for a total

[1] พย.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร

of 6 months. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. This study compared the physical condition and quality of life of colorectal cancer patients receiving chemotherapy using the Performance Scale (ECOG). Differences were analyzed using a dependent sample t-test.

Results : The study found that 1) the physical condition and quality of life of the sample group after the development of the guidelines had a higher mean score. The following were statistically significant findings regarding the development of long-term care guidelines: 1) Quality of life after the development of the guidelines was significantly better than before ($p < 0.05$) ($\bar{x}$ = 1.00, SD = 0.53; $\bar{x}$ = 2.00, SD = 0.00). 2) The mean quality of life of the sample group after the development of the guidelines increased significantly compared to before the development of the guidelines ($p < 0.05$) ($\bar{x}$ = 108.30, SD = 6.59; $\bar{x}$ = 48.63, SD = 5.68). 3) The satisfaction of the sample group showed an overall mean satisfaction level of the highest ($\bar{x}$ = 3.22, S.D. = 0.48). and 4) The feasibility of using long-term care guidelines to manage discomfort in colorectal cancer patients receiving chemotherapy was found to be feasible for 100% of the sample group, both overall and item by item.

Keywords: Colorectal cancer, Colorectal cancer patients receiving chemotherapy, Management of discomfort in colorectal cancer patients receiving chemotherapy.

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 1.8 ล้านราย และเสียชีวิตถึง 861,000 ราย โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ทั่วโลก[1] พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมากหลังอายุ 50 ปี จากปัจจัยการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์สูงขึ้น การรับประทานผักผลไม้ลดลง[2] ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 16.9 คนต่อประชากร 100,000 คน โดยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 3 เท่าจากอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่ และพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้รายใหม่ 5 คนต่อประชากร 100,000 คน[3] จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2565 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 18.7 ของมะเร็งในผู้ป่วยเพศชาย โดยเพศหญิงพบเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 13.3 ของมะเร็งในผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งอัตราการเกิดโรคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 15 คน ปีละ 5,476 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่วันละ 44 คน ปีละ 15,939 คน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่มักพบในระยะของโรคมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆของร่างกาย โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละรายอาจสูงถึงหลักแสนหรือหลายล้านบาท ซึ่งสูงกว่ารายได้เฉลี่ยของประชากรทั่วไปมาก ผู้ป่วยต้องทนกับความทุกข์ทรมานในแผนการรักษาในแต่ละระยะที่แตกต่างกัน เป็นแล้วกลับมาเป็นซ้ำได้อีก การรักษาใช้เวลายาวนานมากขึ้นซึ่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยมะเร็ง ญาติ และครอบครัวทั้งสิ้น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบที่ควรดำเนินการดูแล

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหลายวิธีด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์ใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัด โดยใช้สูตรเคมีบำบัด Mayo, FOLFOX 4, FOLFOX 6, FOLFILI และสูตร Capecitabine เป็นสูตรที่ใช้ได้ผลดี ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมารับยาเคมีบำบัดทุกๆ 2 สัปดาห์ จำนวน 6-12 ครั้งแล้วแต่ระยะของโรค[4] อย่างไรก็ตามมักเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัดตามมา เช่น คลื่นไส้อาเจียน ปาก

อักเสบ เบื่ออาหาร ภูมิต้านทานต่ำ ท้องเสีย ผมร่วง ซึ่งอาการเหล่านี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของยา สภาวะความแข็งแรงของร่างกาย รวมถึงด้านจิตใจของผู้ป่วย เมื่อหยุดยาอาการต่างๆ จะค่อยๆ ลดลงและหายไปในที่สุด เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการข้างเคียงที่สำคัญ[5] ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน และบางรายอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจลดลงระหว่างการได้รับการรักษา[6] การมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในการจัดการอาการไม่สุขสบายที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานและเกิดมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เน้นการสนับสนุน และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างรับการรักษา มีวัตถุประสงค์คล้ายกันคือ เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติ ดังการศึกษาของวลัยพร ใจอารีย์ และคณะ (2567) พบว่ารูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร ให้บริการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด รักษาด้วยยาเคมีบำบัดชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ ชนิดรับประทาน ยามุ่งเป้า และยาฮอร์โมน และดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง พบสถิติผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาแบบยาเคมีบำบัด ในปี 2564-2566 จำนวน 101, 162, 143 คน ตามลำดับ พบเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ 48.51, 54.32, 48.25 ตามลำดับ จากการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายซึ่งเป็นผลที่เกิดจากอาการข้างเคียงของแผนการรักษาคือ 1) อาการซีด (Anemia of malignancy), ชาปลายมือปลายเท้า, ปวดตามร่างกาย ร้อยละ 33.33, (28.84, 30.76, 38.58), (59.05, 25.00, 29.54) ตามลำดับ 2) อาการอ่อนล้าเหนื่อยเพลีย ร้อยละ 28.57, 26.92, 22.72 ตามลำดับ 3) อาการท้องผูก แน่นอืดท้อง (Ascites) ร้อยละ 26.18, 23.0, 25.00 ตามลำดับ 4) เบื่ออาหาร ร้อยละ 23.28, 40.38, 31.81 ตามลำดับ 5) อาการ Septic shock มีไข้ ร้อยละ 16.66, 7.69, 4.54 ตามลำดับ 6) อาการถ่ายเหลว ร้อยละ 14.28, 7.69, 22.72 ตามลำดับ 7) อาการปากเป็นแผล ร้อยละ 11.90, 9.61, 6.81 ตามลำดับ 8) อาการผื่นคัน ร้อยละ7.14, 11.53, 4.54 ตามลำดับ 9) อาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 4.76, 15.38, 11.36 ตามลำดับ และ 10) อาการฝ่ามือฝ่าเท้าลอกเจ็บ, Hypersensitivity, และเส้นเลือดดำผิวคล้ำเปลี่ยนสี ร้อยละ 2.38, (15.38, 0.00, 0.00), (4.54, 2.38, 0.00) ตามลำดับ และ 11) พบอาการเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 0.00, 1.92, 4.54 ตามลำดับ[7]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ในฐานะผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัดจึงสนใจที่พัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติติดตามผลการดูอย่างต่อเนื่อง เน้นการจัดการกับอาการไม่สุขสบายจากได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจที่ได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยการมีทีมสุขภาพที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม จะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้โรคที่เผชิญ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับยา

เคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแท็กการ์ด[8] ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระยะที่ 2 การพัฒนาและประเมินผลของแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1. การวางแผน (Planning) 2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3. สังเกตการณ์ (Observation) 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ดำเนินการศึกษาที่หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร ระหว่างเดือน มิถุนายน - ธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง : 1) ระยะการศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นทีมสุขภาพคือ ทีมสุขภาพคือ บุคคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด จำนวน 10 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-Probability sample) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 2) ระยะประเมินประสิทธิผลของการใช้พัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-Probability sample) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ทีมสุขภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด ในการให้ยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร 2) มีประสบการณ์ในการทำงานให้ยาเคมีบำบัดหอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร 2 ปีขึ้นไป 3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถทำตามกระบวนการทั้งหมดของการวิจัยได้ 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงานหรือลาออกระหว่างร่วมวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมีแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร 2) ได้รับการประเมินสมรรถภาพความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยใช้ระบบการประเมินสภาวะป่วย ECOG grade 0-2 ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และสามารถตอบแบบสอบถามได้ 3) มีสติสัมปชัญญะดี มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วย

มะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ไม่มีแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เหมาะสมในการวิจัยในระยะทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน (Polit & Beck, 2004) เพื่อการกระจายตัวข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยจากการเปิดตารางการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเบรินและกรูฟที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power) .08 และขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา (Effect size) ที่ .50 ซึ่งการวิจัยแบบทดลองควรจะมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) แบบประเมินอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3) แบบบันทึกติดตามและเฝ้าระวังอาการทางคลินิก ประกอบด้วย (1) การประเมินอาการ ได้แก่ ซีด, อาการเบื่ออาหาร, ปวดตามร่างกาย, ท้องผูก, ถ่ายลำบาก, แน่นอืดท้อง, ชาปลายมือปลายเท้า, อาการอ่อนล้า เหนื่อยเพลีย, ถ่ายเหลว, ท้องเสีย, คลื่นไส้อาเจียน, ปากเป็นแผล, ไข้, ผื่นคัน หรือแผลตามร่างกาย, ฝ่ามือ-เท้าลอกเจ็บ, เม็ดเลือดขาวต่ำ, ถ่ายเป็นเลือด, เส้นเลือดดำ ผิวคล้ำเปลี่ยนสี, ปัสสาวะแสบขัด, Hypersensitivity, สะอึก, หูอื้อ, นอนไม่หลับ และอาการทั่วไป[9] เป็นต้น (2) การประเมินสภาวะป่วย : Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status เพื่อประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยก่อนรับยาเคมีบำบัด 4) แบบบันทึกข้อมูลการติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัด คือ ระยะการเตรียมก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมีบำบัดการพยาบาลระหว่างให้เคมีบำบัด ระยะการดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัดและคำแนะนำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

2. แผนการพยาบาล เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การป้องกันระยะแรก 2) การป้องกันระยะที่ 2 และ 3) การป้องกันระยะที่ 3

3. คู่มือการใช้แนวปฏิบัติ เป็นคู่มือแสดงขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบด้วย ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล การใช้เครื่องมือประเมินต่างๆ เช่น แบบคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด แบบบันทึกติดตามและเฝ้าระวังอาการทางคลินิก แบบบันทึกข้อมูลการติดตามและรายงานผลตามตัวชี้วัด

4. แผนการสอนพยาบาล เป็นกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ การประชุมชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติการพัฒนาทักษะรายกลุ่ม และกิจกรรมให้คำปรึกษารายบุคคลในหน้างาน

5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สิทธิการจ่ายรักษาพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา ระยะของโรคทางพยาธิวิทยา และมีบุตร ญาติผู้ดูแลในช่วงระยะที่ได้รับยาเคมีบำบัด ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติม

ข้อความ 2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยใช้ระบบ Performance Scale (ECOG) 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย จำนวน 26 ข้อ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 10 ข้อ 5) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างแบบทดสอบ และแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 คำนวณหาค่าความเที่ยง(Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76, 0.75 และ0.78 และแบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77

วิธีการศึกษา ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล รกขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวก

2. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ที่ขึ้นทะเบียน ในแนวการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3. ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักขณะที่มารับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์ และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง ถึงเรื่อง วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ และการรักษาความลับ เมื่อผู้เข้าร่วมการศึกษาสมัครใจเข้าร่วมจะให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ จึงดำเนินการนัดในการการเข้ามาร่วมการทดลองตามแผนการดูแล (Care plan) ในแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร

4. การดำเนินการศึกษาตามกิจกรรมที่กำหนดในแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด การค้นหาปัญหาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย 1) สำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา 2) การทบทวน

เวชระเบียน/การทบทวนกรณีศึกษา 3) การทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม การวิเคราะห์สังเคราะห์ประเด็นปัญหา 4) การทบทวนความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบ 5) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้กระบวนการ PAOR ดังนี้

1) การวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการวางแผนแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหาการปฏิบัติงานที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุง 2) เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหา 3) ประชุมทีมวิชาชีพโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระดมความคิดวิเคราะห์ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา 4) จัดทำแผนและการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2) การปฏิบัติตามวางแผน (Action) เป็นกระบวนการปฏิบัติตามแผนแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ 1) ประชุมชี้แจงและเพิ่มพูนทักษะทีมสหวิชาชีพผู้ร่วมวิจัย 2) การลงมือปฏิบัติตามแผนพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่กำหนดไว้

3) การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการตรวจสอบการใช้แนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยการสังเกตและประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามแนวทางที่ได้กำหนด

4) สะท้อนการปฏิบัติ/ปรับปรุง (Reflect) เป็นการปรับกระบวนการและแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามประเด็นที่ได้จากการสังเกต และประชุมถอดบทเรียนหลังให้บริการตามแนวทางที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่การใช้ปฏิบัติจริงต่อไป และประเมินผลที่เกิดขึ้นทั้งผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนี้ 1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1) วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาทางคลินิก ทบทวนเวชระเบียน ข้อเสนอแนะ อุปสรรคในการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis)

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3) เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยใช้สถิติ pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องผู้ตอบแบบสอบถามให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ(Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of

beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย เลขที่ MEC 20/67 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของทีมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา อยู่ที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 40.00 รองลงมาคืออยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 30.00 และระยะเวลาที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมากที่สุดอยู่ที่ 1-3 ปี ร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ที่ 7-10 ปี ร้อยละ 30.00 ทั้งหมดมีประสบการณ์การประชุมอบรม สัมมนาเกี่ยวกับ oncology

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด) พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชาย ร้อยละ 86.70 เพศหญิงร้อยละ 13.30 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 60.00 สถานะภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 90 รองลงมาเป็นสถานะภาพหม้าย/อย่าร้างร้อยละ 10 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ อยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 26.70 รองลงมาที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 13.30 อาชีพ ส่วนใหญ่เกษตรกรรม ร้อยละ 80.00 รองลงมา อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.70 รายได้ครอบครัว/เดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 60 รองลงมามากกว่า 9,000 บาทและ1,500-4,000 บาท ร้อยละ 26.70 และร้อยละ10.00 ตามลำดับ สิทธิการจ่ายรักษาพยาบาลส่วนมากเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 76.70 รองลงมาเป็นสิทธิเบิกส่วนราชการต้นสังกัด ร้อยละ 23.30 ประวัติโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.00 มีโรคประจำตัวร้อยละ 40.00 ประวัติแพ้ยาส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มี ร้อยละ 83.30 มีประวัติแพ้ยา ร้อยละ 16.70 ระยะของโรคทางพยาธิวิทยาส่วนใหญ่พบว่า เป็นระยะ 3 ร้อยละ 40.00 รองลงมาเป็นระยะ 4 และระยะ 2 ร้อยละ 36.70 และ ร้อยละ 23.30 ตามลำดับ มีบุตร ญาติ ผู้ดูแลในช่วงระยะที่ได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนใหญ่พบว่าเป็นบุตรและภรรยา ร้อยละ 46.70

ส่วนที่ 2 การพัฒนาแนวทาง

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด สภาพการณ์การดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า 1) แนวทางปฏิบัติเดิมไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) มีการหมุนเวียนเจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้ขาดความต่อเนื่องการประสานงานในการทำงานไม่เพียงพอ ทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและไม่ต่อเนื่อง 3) บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด 4) ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนที่ได้รับยาเคมีบำบัด ขากความตระหนักรู้พฤติกรรมถูกต้องเหมาะสม 5) ผู้ดูแลและญาติ ไม่เข้าใจแผนการรักษาของผู้ป่วย ขาดการตระหนักรู้ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด 6) ขาดการนิเทศกำกับ ติดตามเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในหน่วยบริการ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอ

ผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมก่อนเข้าสู่กระบวนการรักษา ดังนี้ **1) ผู้ป่วย** นัดมารับการเจาะเลือดก่อนพบแพทย์ที่หน่วยเคมีบำบัด (OPD) ดูการทำหน้าที่ของอวัยวะจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, EKG, CXR, ANC เพื่อพิจารณาความพร้อมของร่างกายก่อนที่จะรับยาเคมีบำบัด โดยตรวจดูความสมบูรณ์และปริมาณของเม็ดเลือดชนิดต่างๆ ที่สร้างโดยเซลล์ไขกระดูก ประกอบด้วยส่วนสำคัญคือ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด **2) แพทย์** เป็นผู้วินิจฉัยโรคยืนยันผลทางพยาธิวิทยาระยะของโรคมะเร็งประเมินสภาพผู้ป่วยการประเมินสภาวะป่วย ECOG ก่อนรับยาเคมีบำบัดว่ามีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากน้อยเพียงใด สั่งการรักษาให้ยาเคมีบำบัดการคำนวณขนาดยาเคมีบำบัดคิดจาก Body surface area (BSA) ยา ขนาดยา ระยะเวลา เป้าหมายในการรักษาจำนวนครั้งของการมารับเคมีบำบัดครั้งแรกหรือก่อนได้รับยาเคมีบำบัดสูตรใหม่ และการติดตามที่เหมาะสมในแต่ละสูตรของยาเคมีบำบัดที่ได้ ร่วมกับประเมินความพร้อมของจิตสังคม **3) พยาบาล** ประเมินสภาพผู้ป่วยทบทวนตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์รักษาให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา ติดตามเฝ้าระวังอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากอาการข้างเคียงยาเคมีบำบัดตลอดจนแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการบริหารยาเคมีบำบัด รวมทั้งให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ขั้นตอนการปฏิบัติตัว เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนได้รับยาเคมีบำบัด 4) เภสัช ทบทวนตรวจสอบแผนการรักษายาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาของแพทย์ และผสมยาเคมีบำบัดให้ถูกต้องครบถ้วน สำเนาใบคำสั่งการรักษาตรวจสอบข้อมูล/ยากับ working order sheet และเก็บไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ระยะที่ 2 เตรียมผู้ป่วยก่อนได้รับยาเคมีบำบัด การพยาบาลระหว่างให้เคมีบำบัด บริหารจัดการความปลอดภัยโดย

1) กำหนดแนวทางปฏิบัติในการบำบัดอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ขณะผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่สำคัญคือ Hypersensitivity reaction (1) ตรวจสอบ/ทวนซ้ำ ความถูกต้องของข้อมูล ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ระบุตัวบ่งชี้ ของผู้ป่วย ได้แก่ วัน/เดือน/ปีเกิด หรือเลขประจำตัวโรงพยาบาล ฉลากยากับคำสั่งยการทวนซ้ำควรปฏิบัติ โดยพยาบาล 2 คน ในทุกขั้นตอน (2) Identify bedside การเลือกหลอดเลือดดำเพื่อให้ยาเคมีบำบัด วัดสัญญาณชีพ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ฉีดยา Premedication ก่อนให้ยาเคมีบำบัด 30 นาที บริหารยาเคมีบำบัดตามสูตรการให้ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หอผู้ป่วยมะเร็งและเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมุกดาหาร

2) แนวทางปฏิบัติภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ยาเคมีบำบัดนอกจากจะทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว ยังมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติที่แบ่งตัวเร็วในร่างกายด้วย เป็นผลให้เกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ เช่น มีไข้หนาวสั่น ซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย มีจุดเลือดจ้ำเลือดตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปากเจ็บคอ ท้องเสีย อุจจาระมีสีดำ ท้องผูก ผมร่วง อาการเหล่านี้มักเกิดหลังจากได้รับยาประมาณ 7-14 วัน จึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตัวเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการรักษาจากยาสูงสุด โดยมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด

3) การบันทึกข้อมูลภายหลังให้ความรู้ ลงบันทึกทางการพยาบาลใน Nursing progress note หรือในเอกสารที่ทางหน่วยงาน/โรงพยาบาลกำหนด ให้ชัดเจน เพื่อเป็นการระหว่างทีมสุขภาพในประเด็นต่างๆที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาหรือข้อจำกัดของผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล ข้อมูลความรู้ที่ได้รับ ความเข้าใจเรื่องโรค ความต้องการหรือความ

คาดหวัง สิ่งที่ทำได้หรือทำไม่ได้ ผลลัพธ์การสอนในแต่ละครั้ง จะช่วยให้ผู้สอนท่านอื่นได้รับทราบว่ายังมีข้อมูลความรู้ใดที่ต้องให้เพิ่มเติมหรือให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม

ระยะที่3 การดูแลหลังได้รับยาเคมีบำบัดและคำแนะนำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ขยะที่ปนเปื้อนยาเคมีบำบัดให้แยกทิ้งในถุงสีฟ้ามัดปากถุงให้แน่นสนิทแล้วเก็บในกล่องขยะแยกเก็บ ส่งหน่วยกำจัดขยะเคมีทุกวัน และก่อนไปรับยาเคมีบำบัดของแต่ละวัน ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน กำหนดแผนการจำหน่ายโดยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวทาง D-METHOD ตามลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนพัฒนาแนวทางมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านสภาพร่างกาย $\bar{x}$ = 2.00, SD = 0.00 หลังพัฒนาแนวทางค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านสภาพร่างกาย $\bar{x}$ = 1.00, SD = 0.53 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาแนวทางมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านสภาพร่างกาย ดีกว่าก่อนการพัฒนาแนวทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วย (n=30)

ก่อนทดทอง (n=30)		หลังทดลอง (n=30)		t	df	P-value
$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
2.00	0.00	1.00	0.53	10.42	29	<0.001*

2) ด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนพัฒนาแนวทางมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 48.63, SD = 5.68) หลังพัฒนาแนวทางค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 108.30, SD = 6.59) และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการพัฒนาแนวทางมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง สูงกว่าก่อนการพัฒนาแนวทาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (n=30)

ก่อนทดทอง (n=30)			หลังทดลอง (n=30)			t	df	P-value
$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
48.63	5.68	ไม่ดี	108.30	6.59	ดี	-36.87	29	<0.001*

3) ด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 3.22 , S.D. = 0.48) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดคือ ด้านความเสมอภาคในการได้รับการดูแล ($\bar{x}$ = 3.66, S.D. =

0.54) รองลงมาคือด้านระยะเวลาในการได้รับการดูแลเหมาะสม ($\bar{x}$ = 3.40, S.D. = 0.67) และด้านจำนวนเจ้าหน้าที่มีเพียงพอต่อการให้การดูแล $\bar{x}$ = 3.36, S.D. = 0.71 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์สำหรับให้การดูแลมีอย่างเพียงพอ ($\bar{x}$ = 3.03, S.D. = 0.55) รองลงมาคือด้านการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}$ = 3.03, S.D. = 0.55) และด้านการติดตามผลการดูแลสุขภาพ ($\bar{x}$ = 3.03, S.D. = 0.55)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาแนวทางมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดีกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x}$ = 1.00, SD = 0.53 ; $\bar{x}$ = 2.00, SD = 0.00) 2) คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาแนวทางมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแนวทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($\bar{x}$ = 108.30, SD = 6.59 ; $\bar{x}$ = 48.63, SD = 5.68) 3) ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =3.22 , S.D. = 0.48) และ 4) ความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมและรายข้อพบว่ามีความเห็นด้วยกับความเป็นไปได้ของการใช้พัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 100 ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าการพัฒนาแนวทางการดูแลระยะยาวทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และเมื่อกลับบ้าน ได้กำหนดเป้าหมายดูแลอย่างชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน ติดตามนิเทศ กำกับ และประเมินผลลัพธ์ร่วมกัน ส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสภาพร่างกาย คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร บรรลุพันธุนาถ, และกิจจา อ่วมแก้ว ผลการศึกษาพบว่า เกิดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ชัดเจน ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[10] สอดคล้องกับการศึกษานิศากร ปากเมย และคณะ ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลก่อนหลังการพัฒนาพบว่า อัตราการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบหลังการพัฒนาลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (X^2 = 7.3, df =1, p-value = 0.0)[11] และสอดคล้องการศึกษาของพัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรรณา ฉายอรุณ และวาสินี วิเศษฤทธิ์ พบว่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้เข้าใจความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งบุคลากรพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม และความต้องการพร้อมจัดโปรแกรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด[12]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลการนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงบริการทางสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ร่วมถึงการเชื่อมโยงต่อชุมชน

2. ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งใน

ทางการดูแลระยะยาวเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบาย โดยการสร้างเครือข่ายในชุมชน ครอบครัว

3. ควรพัฒนาโปรแกรมในการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดครอบคลุมตามอาการไม่สุขสบายเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา และควรมีการสนับสนุนนำแนวทางทางการดูแลระยะยาวไปขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รวมถึงท่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และพิจารณาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมกิจกรรมและเอื้ออำนวยให้การวิจัยเสร็จสิ้นได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). **Colorectal cancer**. https://www.who.int/news-room/ fact-sheets/detail/colorectal-cancer.
2. สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์. โรคร้ายมะเร็งลำไส้ใหญ่ [Internet]. [cited 2017 Apr 29]. Available from: http://www.tmwa.or.th/new/view.phptopicid=331
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นิยามตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร ; 2563.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุข กรณีโรคมะเร็งใน ผู้ใหญ่. กรุงเทพ: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด
5.American Cancer Society. (2024).Chemotherapy for colorectal cancer. https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/treating/chemotherapy.html
6. กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด และการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ
7. เวชระเบียนมะเร็งและเคมีบำบัด. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง ที่มารับยาเคมีบำบัด. เวชระเบียนมะเร็งและเคมีบำบัด. โรงพยาบาลมุกดาหาร. 2566.
8. Kermis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Dekin University Press; 1998
9. สมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย. (2564). ความปลอดภัยการให้ยาเคมีบำบัด: ข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพ: บริษัท ซิกมา กราฟฟิกส์ จำกัด
10. สมพร บรรลุพันธุนาถ, กิจจา อ่วมแก้ว, และสืบตระกูล ตันตลานุกุล. (2563). การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพื้นที่จังหวัดสุโขทัย.
11. นิศากร ปากเมย สุนทรีย์ ศิริพรอดุลย์ศิลป์ และพจนา ไกรศร. (2562). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด FOLFOX4 ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ :
12. พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรรณา ฉายอรุณ และวาสินี วิเศษฤทธิ์. (2560). เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะ 3-4 ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ์ธัญบุรี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

The Effects of a Self-Efficacy Promotion Program on Urinary Tract Infection Prevention Associated with Urinary Catheterization among Nurses, Intensive Care Unit, Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom Province

(Received: September 25, 2026; Revised: September 28,2026 ; Accepted: September 29,2026)

รัตนา แก้วคุณนอก[1]
Rattana Kaewkunnok[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 14 คน และผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2569 จำนวน 259 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล แบบประเมินความรู้ฯ แบบประเมินพฤติกรรมฯ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม สื่อวีดีทัศน์ “รอบรู้ก้าวไกล ป้องกันภัยจาก CAUTI” และคู่มือการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : พบว่า 1) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.30$, $p = 0.001$) 2) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.30$, $p = 0.001$) 3) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.30$, $p = 0.001$) 4) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -3.296$, $p = 0.001$) และ 5) หลังการทดลองมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลงกว่าก่อนการทดลอง (1.16 เหลือ 1.33 ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ)

คำสำคัญ: การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ, การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

Abstract

This study aimed to study the effect of a self-efficacy promotion program for preventing UTIs associated with urinary tract involvement among nurses in the Intensive Care Unit, Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom Province. This research is a quasi-experimental study applying Bandura's (1997) self-efficacy theory. The

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

sample consisted of 14 nurses working in the Intensive Care Unit, Thatphanom Crown Prince Hospital, and 259 critically ill patients with urinary catheters in the Intensive Care Unit, Thatphanom Crown Prince Hospital, between January and June 2026. Data collection instruments included a general information questionnaire for nurses and patients, a self-efficacy assessment scale for preventing UTIs associated with urinary tract involvement among nurses, and a knowledge assessment scale. The behavioral assessment form and the satisfaction assessment form regarding the use of the self-efficacy promotion program were used as tools in the experiment. The tools used were the self-efficacy promotion program for preventing urinary tract infections associated with catheterization among nurses in the Intensive Care Unit, Thatphanom Crown Prince Hospital; the video media "Knowledgeable and Progressive: Preventing CAUTI"; and the manual on preventing urinary tract infections associated with catheterization. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and standard deviation. Differences were tested for comparison using the Wilcoxon Signed-Rank Test, with a statistical significance level of 0.05.

Results : It was found that 1) After the experiment, the mean self-efficacy perception in preventing urinary tract infections associated with catheterization among nurses was significantly higher than before the experiment at the 0.05 significance level (z = -3.30, p = 0.001). 2) After the experiment, the mean knowledge regarding the prevention of urinary tract infections associated with catheterization among nurses was higher than before the experiment. 1) After the experiment, the mean score for nurses' behavior in preventing urinary tract infections associated with catheterization was significantly higher than before the experiment ($p < 0.05$, z = -3.30, p = 0.001). 2) After the experiment, the mean score for nurses' satisfaction with the self-efficacy promotion program in preventing urinary tract infections associated with catheterization was significantly higher than before the experiment ($p < 0.05$, z = -3.30, p = 0.001). 3) After the experiment, the mean score for nurses' satisfaction with the self-efficacy promotion program in preventing urinary tract infections associated with catheterization was significantly higher than before the experiment (z = -3.296, p = 0.001). 4) After the experiment, the incidence of urinary tract infections associated with catheterization was significantly lower than before the experiment (z = -3.296, p = 0.001) and 5) After the intervention, the incidence of urinary tract infections associated with catheterization was lower than before the intervention (1.16 to 1.33 per 1,000 catheterization days).

Keywords: Urinary tract infections associated with catheterization, Self-efficacy promotion, Prevention of urinary tract infections associated with catheterization.

บทนำ

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบสถิติในผู้ป่วยทั่วโลกสูงถึง 150 ล้านคนต่อปี[1] เป็นหนึ่งในการติดเชื้อของผู้ป่วยขณะนอนอยู่ในโรงพยาบาล[2] โดยการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI]) เป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1-3 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งหมด[3, 4] คิดเป็นร้อยละ 30-40 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะมากกว่า 1 สัปดาห์ จะมีโอกาสเกิด CAUTI ประมาณร้อยละ 10-50 ขณะที่ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะเป็นระยะยาวทุกรายจะเกิด CAUTI อย่างน้อย 1 ครั้ง[5] ส่วนมากพบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง[6] และหอผู้ป่วยวิกฤต[7] ส่งผลต่อการให้เพิ่มอัตราการครองเตียง[7] และพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเท่ากับร้อยละ 1.50 ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี[8] จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญควรดำเนินการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ได้แก่ 1) ปัจจัย

ด้านบุคคล 2) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถส่งผลกระทบได้ทั้งต่อเชื้อก่อโรคและผู้ป่วย เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อยู่ร่วมในห้องหรือพื้นที่เดียวกัน รวมทั้งการคาสายสวนปัสสาวะ บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแล โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง หากพยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอ หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะได้ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ รวมทั้งมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพจะสามารถป้องกันการเกิดการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ และช่วยป้องกันการเกิดผลกระทบดังกล่างข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาได้

หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม พบสถิติผู้ป่วยหนักที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระยุพราชธาตุพนม ปี 2566-2568 จำนวน 530, 473 และ 515 คน ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยหนักที่สวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 45.47, 57.29 และ 58.83 ตามลำดับ พบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนด้วยการเป็นผู้ป่วยหนักที่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 0.82, 0.73 และ 0.99 ตามลำดับ อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะคิดเป็น 0.86, 1.00 และ 1.33 ครั้งต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ และอัตราการครองเตียงในผู้ป่วยหนักที่ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ คิดเป็น 0.86, 2.23 และ 1.34 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ซึ่งการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะจึงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระยุพราชธาตุพนม โดยการส่งเสริมความรู้เพิ่มเติมเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น อาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา และความพร้อมในการเรียน เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และข้อเสนอแนะให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดความตระหนัก อย่างไรก็ตามการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้

ปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อกระทำพฤติกรรมที่มุ่งหวังให้สำเร็จตามคาด โดยความรู้และทักษะนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุตามเป้าหมายได้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลให้การคงอยู่ของพฤติกรรมยาวนานกว่าปัจจัยอื่น และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ Bandura[9] จากทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้จากแหล่งต่างๆ 4 ด้าน ส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ หากนำมาใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักระยะวิกฤต จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจและมีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น นำสู่การศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[9] กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม และผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2569 การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[9] มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยสนับสนุนให้พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่เหมาะสม 4 ขั้นตอน คือ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การประสบความสำเร็จในการกระทำ และ 4) การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูดเพื่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจและมีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะตามมา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 14 คน และผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2569 จำนวน 259 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความไม่น่าจะเป็น (Non-probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง : พยาบาล คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยกำหนดคุณสมบัติของประชากร ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 2) มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 1 ปี ขึ้นไป 4) มีความยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 2) พยาบาลย้ายหน่วยงานขณะทำการศึกษาวิจัย หรืออยู่ในช่วงลาศึกษาต่อหรือลาคลอด

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยหนัก คือ ผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม และกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2569

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยหนักที่คาสายสวนปัสสาวะ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม 3) ญาติหรือผู้ดูแลมีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1)

ผู้ป่วยมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะก่อนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 2) ผู้ป่วยที่ Re-admitted ภายใน 3 วัน 3) ญาติหรือผู้ดูแลขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้ศึกษาขออนุญาตเข้าพบผู้อำนวยการผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนมและเจ้าหน้าที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการให้ความอนุเคราะห์ อำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องสถานที่และการประสานอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สามารถระบุตัวตนได้ ในระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยในโปรแกรม HosXp ทั้งข้อมูลประวัติทั่วไปและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติปี 2568 แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

3. ผู้ศึกษาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งดูจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยหนักที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

4 .ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับญาติ/ผู้ดูแล/ผู้ป่วยเพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง โดยอธิบายให้ทราบถึงเรื่อง วัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ ในการเข้าร่วม และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และขอลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

5. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับตัวแบบมีชีวิตและประเมินพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะโดยการสังเกตพฤติกรรมของพยาบาล

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 การเตรียมความพร้อมและการให้ความรู้ในการป้องกันการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ในสัปดาห์ที่ 0 ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง กิจกรรมครั้งที่ 2 การกระตุ้นทางอารมณ์และการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ในสัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง กิจกรรมครั้งที่ 3 การเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นโดยให้พยาบาลชมสื่อวีดีทัศน์ซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง กิจกรรมครั้งที่ 4 การใช้คำพูดแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง และกิจกรรมครั้งที่ 5 การประเมินมวลผล

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกเฝ้าระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของผู้ป่วยและแบบประเมินผลหลังการทดลอง

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล แบบประเมินความรู้ฯ แบบประเมินพฤติกรรมฯ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม สื่อวีดีทัศน์ “รอบรู้ก้าวไกล ป้องกันภัยจาก CAUTI” และคู่มือการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันมากที่สุดกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ในการป้องกันการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยใช้สูตร KR-20 ส่วนแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha’s Coefficient) กำหนดเกณฑ์เท่ากับ 0.70 ขึ้นไป[10] พบเท่ากับ 0.82, 0.84, 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวน และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนะ ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวน

ปัสสาวะ ก่อนและหลังการทดลองโดยคำนวนอุบัติการต่อ 1,000 วันนอน

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice) ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร รหัสโครงการ REC 134/68 วันที่ 3 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 64.29 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 71.43 มีระดับการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีทั้งหมด ร้อยละ 100 ด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหรือศัลยกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 64.29 และร้อยละ 57.14 กลุ่มตัวอย่างไม่เคยการได้รับความรู้หรือการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ =64.89, SD=7.23 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =88.04, SD=5.84 และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -3.30, p = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=14)

ก่อนทดทอง (n=21)			หลังทดลอง (n=21)			z	df	P-value
$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
64.89	7.23	ปานกลาง	88.04	5.84	สูง	-3.30	13	0.001*

* p<0.05 (Wilcoxon Signed-Rank Test)

3. ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ =18.99, SD=2.14 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่

ในระดับสูง $\bar{x}$ =25.05, SD=1.98 และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -3.30, p = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=14)

ก่อนทดทอง (n=21)			หลังทดลอง (n=21)			t	df	P-value
$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
9.87	0.89	ปานกลาง	16.31	0.65	มาก	-26.74	20	0.01

* p<0.05 (Wilcoxon Signed-Rank Test)

4. พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล

พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ =73.08, SD=5.67 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =89.80, SD=3.89 และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -3.30, p = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=14)

ก่อนทดทอง (n=21)			หลังทดลอง (n=21)			t	df	P-value
$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
8.93	0.87	ปานกลาง	16.08	0.96	มาก	-6.17	20	0.00

* p<0.05 (Wilcoxon Signed-Rank Test)

5. ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล

ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ =108.29, SD=8.24 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลอยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =135.99, SD=5.37 และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -3.296, p = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=14)

ก่อนทดทอง (n=21)			หลังทดลอง (n=21)			t	df	P-value
$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
108.29	8.24	ปานกลาง	135.99	5.37	สูง	-3.29	13	0.001*

* p<0.05 (Wilcoxon Signed-Rank Test)

6. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.53 มีอายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 89 ปี อายุเฉลี่ย 58 ปี ด้านจำนวนครั้งที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะ พบว่า ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 2 ครั้ง เฉลี่ยจำนวน 1.21 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะแรกรับ ร้อยละ 87.26 ส่วนมีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะแรกรับ พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะไตเรื้อรัง ร้อยละ 63.64

7. อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะต่อ 1,000 วันนอน พบว่า ก่อนการทดลองมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเท่ากับ 1.33 ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ หลังการทดลองมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะเท่ากับ 1.16 ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ และเมื่อเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลงกว่าก่อนการทดลองมี ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=259)

อุบัติการณ์การ	**ก่อนทดลอง (ปีงบประมาณ 2568)**	**หลังทดลอง (ม.ค. - มิ.ย. 69)**
อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ	1.33 ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ	1.16 ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า 1) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -3.30, p = 0.001) 2) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -3.30, p = 0.001) 3) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -3.30, p = 0.001) 4) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -3.296, p = 0.001) และ 5) หลังการทดลองมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดิน

ปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะลดลงกว่าก่อนการทดลอง (1.16 เหลือ 1.33 ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นวรัตน์ ปัญจธนทรัพย์ พบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[11] เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธิดา กัมพูพงศ์ และคณะ พบว่าคะแนนความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกิจกรรม ($p < .001$) และอัตราการติดเชื้อ CAUTI ลดลงจาก 3.99 เหลือ 1.54 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญ[12] และการศึกษาของ ปวีณา ปวีณาสมบัติ และลำภู เนียมทอง พบว่าทั้งกลุ่มผู้นิเทศและกลุ่มผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับมากที่สุดภายหลังการใช้[13]

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนิเทศทางคลินิกไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการป้องกัน CAUTI ในหอผู้ป่วยวิกฤต และขยายผลสู่หอผู้ป่วยอื่นของโรงพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลได้อย่างชัดเจน

2. ควรกำหนดระบบนิเทศทางคลินิก (Clinical Supervision) อย่างต่อเนื่อง โดยมอบหมาย Infection Control Nurse (ICN) และหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง CAUTI Prevention Bundle อย่างสม่ำเสมอ

ด้านการบริการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีการทบทวนองค์ความรู้และฝึกปฏิบัติ (Refresh Training) อย่างน้อยปีละ 1–2 ครั้ง เพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถนะในการป้องกัน CAUTI

2. ควรส่งเสริมการใช้ CAUTI Prevention Bundle อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะการประเมินความจำเป็นของสายสวนทุกวัน การรักษาระบบปิด (Closed drainage system) การล้างมือ และการถอดสายสวนทันทีเมื่อหมดข้อบ่งชี้

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการป้องกัน CAUTI เช่น ภาระงานของพยาบาล วัฒนธรรมความปลอดภัย การสนับสนุนของผู้บริหาร ภาวะผู้นำทางคลินิก และความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ

2. ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบดิจิทัล เช่น e-Learning, Mobile Application หรือ Clinical Decision Support System เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเรียนรู้และการนำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลยุคดิจิทัล

เอกสารอ้างอิง

1. Kotikula I, Chaiwarith R. (2018). Epidemiology of catheter-associated urinary tract infections at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Northern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2018; 49: 113-22. (in Thai)
2. Allegranzi B, Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, Pittet D. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet, 377: 228–41.
3. Mong, I., Ramoo, V., Ponnampalavanar, S., Chong, M. C., & Wan Nawawi, W. (2022). Knowledge, attitude and practice in relation to catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) prevention: A cross-sectional study. Journal of Clinical Nursing, 31(1-2), 209–219.
4. Behera, B., Jena, J., Mahapatra, A., & Biswala, J. (2021). Impact of modified CDC/NHSN surveillance definition on the incidence of CAUTI: A study from an Indian tertiary care hospital. Journal of Infection Prevention, 22(4), 162-165.

5. Armbruster CE, Prenovost K, Mobley HLT, Mody L. (2017). How Often Do Clinically Diagnosed Catheter-associated Urinary Tract Infections in Nursing Homes Meet Standardized Criteria J Am Geriatr Soc 2017 ; 65: 395 401.
6. Bizuayehu, H., Bitew, A., Abdeta, A., & Ebrahim, S. (2022). Catheter-associated urinary tract infections in adult intensive care units at a selected tertiary hospital, Addis Ababa, Ethiopia. PLoS ONE, 17(3), Article e0265102. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265102
7. วชิราภรณ์ พึ่งศรีเพ็ง. (2561). การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการบริการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
8. Zurmehly, J. (2018). Implementing a nurse-driven protocol to reduce catheter-associated urinary tract infections in a long-term acute care hospital. The Journal of Continuing Education in Nursing, 49(8), 372-377.
9. Bandura, A. (1997). SELF-EFFICACY The Exercise of Control. USA: W.H. Freeman and company.
10. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
11. นวรัตน์ ปัญจธนทรัพย์. (2568). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ. TUH Journal Online, 10(2), 144–163.
12. ธิดา กัมพูพงศ์, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิประภา ตันสุวัฒน์, และธนิญา น้อยเปียง. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(2), 76–98.
13. ปวีณา ปวีณาสมบัติ และลำภู เนียมทอง. (2567). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิกเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารแพทย์เขต 4-5, 43(2), 203–220.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่อดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร

The Effects of a Discharge Planning Program on Health Indicators in Cataract Surgery Patients in Special Ward 13, Mukdahan Hospital.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29,2026 ; Accepted: September 30,2026)

วราภรณ์ ยืนยั่ง[1]
Waraporn Yunyong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่อดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, K M., 2001) ในการกำหนดโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกตามรูปแบบ D-METHOD มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกที่เข้ารับการรักษาในหอหอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 35 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก แบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่อดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร สื่อวีดีทัศน์ “โรคต้อกระจกและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก” และคู่มือโรคต้อกระจกและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ chai-square และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โรคต้อกระจก, การผ่าตัดต้อกระจก, การวางแผนจำหน่าย, การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

Abstract

This study aimed to study the effect of a discharge planning program on health indicators in cataract surgery patients in Special Ward 13, Mukdahan Hospital. This quasi-experimental research applied Orem's nursing theory (Orem, K M., 2001) to determine the discharge planning program for cataract surgery patients using the D-METHOD model as the conceptual framework. The sample consisted of 35 cataract surgery patients admitted to Special Ward 13, Mukdahan Hospital. The instruments used in the study included a general information questionnaire, a knowledge assessment about cataracts in cataract surgery patients, a self-care behavior assessment in cataract surgery patients, a satisfaction assessment in cataract surgery patients, and the effect of the discharge planning program on health indicators in cataract surgery patients. This study used a video titled "Cataract Disease and Self-Care for Patients After Cataract Surgery" and a manual on cataract disease and self-care for patients after cataract surgery at Special Ward 13, Mukdahan Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics to determine frequency, percentage, and standard deviation. Differences were compared using chai-square and paired t-tests, with a statistical significance level of 0.05

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร

Results : The study found that : 1) Knowledge about cataract disease in the sample group of cataract surgery patients was significantly higher after the intervention than before the intervention ($p < 0.05$). 2) Self-care behavior in the sample group of cataract surgery patients was significantly higher after the intervention than before the intervention ($p < 0.05$). 3) Satisfaction in the sample group of cataract surgery patients was significantly higher after the intervention than before the intervention ($p < 0.05$)

Keywords: Cataract disease, Cataract surgery, Discharge planning, Discharge planning for cataract surgery patients.

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นปัญหาทางตาที่สำคัญ เป็นสาเหตุอันดับ 1 ของภาวะสายตาเลือนรางและตาบอด (blindness)[1] พบในผู้สูงอายุร้อยละ 80 จากภาวะเสื่อมตามวัยหรือจากวัยชรา[2, 3] โดยพบในผู้สูงอายุทั่วโลกมีปริมาณเพิ่มขึ้น 5-10 ล้านคนต่อปี[4] และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ[3] สำหรับประเทศไทยพบสถิติผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี[5] เป็นสาเหตุทำให้ตาบอดในผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.34[3] สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญควรดำเนินการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น

ต้อกระจกหรือที่เรียกว่า Cataract เป็นภาวะเสื่อมของเลนส์แก้วตา (Crystalline lens) ขุ่นมัวขึ้น[6] ทำให้แสงผ่านเข้าไปยังจอประสาทตาในลูกตาได้น้อยหรือไม่ได้ ส่งผลให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง สายตาฝ้าฟางหรือมัวคล้ายหมอกบัง[7, 8] ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้มีอาการตามัวทั้งในที่สว่างและที่สลัว จนในที่สุดจะมองเห็นเพียงแสงไฟเท่านั้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เกิดภาวะเครียด ทำให้เกิดปัญหาจิตสังคมตามมาได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นตาบอดได้[9]

ปัจจุบันโรคต้อกระจกสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการผ่าตัดต้อกระจกเท่านั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดด้วยการใช้ยาได้ แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดต้อกระจกก็มีอัตราเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนได้ จึงควรทำการผ่าตัดเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น[10] การดูแลผู้ป่วยต้อกระจกหลังผ่าตัดที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complications) หลังผ่าตัดและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน[11] เช่น ภาวะเลือดออก แผลแยก แก้วตา เทียมเลื่อน และการติดเชื้อ การมองเห็นภาพบิดเบี้ยวหรือเหมือนมีอะไรบางอย่างลอยไปมาในตาเป็นอาการของโรคจอตา ซึ่งถือว่าเป็นอาการผิดปกติสามารถมาพบแพทย์ก่อนถึงวันนัดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจึงมีอาการตามัว ปวดตา รอบดวงตาบวมช้ำ ในรายที่แผลผ่าตัดแยกจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำ วันนอนนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามมา หรืออาจมีปัญหารุนแรงทำให้สูญเสียการมองเห็น เสียเวลาและมีผลต่อเศรษฐกิจ ภาระครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย[12, 13] การดูแลหลังการผ่าตัดจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เมื่อกลับไปพักผ่อน ดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระเทือนต่อการเคลื่อน ของเลนส์ตาเทียม และการติดตามการรักษาภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกโดยการพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลาที่กำหนด[11] ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายหลังผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร เป็นหน่วยบริการในโรงพยาบาลทั่วไปในระดับตติยภูมิ ให้บริการในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลรักษาทั้งผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมตลอด 24 ชั่วโมง พบสถิติ ปี 2565-2567 จำนวน 1,436, 2,178 และ 1,811 คนตามลำดับ เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการดูแลรักษาผ่าตัดต้อกระจก จำนวน 97, 147 และ 342 คน พบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต้อกระจก ร้อยละ 4.12, 3.40 และ 2.04 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อ ร้อยละ 1.03, 1.36 และ 0.29 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนอักเสบ

ร้อยละ 3.09, 3.40 และ 1.16 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในลูกตา ร้อยละ 1.03, 2.04 และ 1.46 ตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนเลนส์เทียมเลื่อนหลุด ร้อยละ 3.09, 1.36 และ 0.87 ตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำตามลำดับ จากการวิเคราะห์สถานการณ์และประสบการณ์การทำงานพบว่ายังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน การให้ความรู้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกยังไม่เป็นระบบ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำไม่ครอบคลุม ประกอบกับส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในด้านความจำทำให้ความสามารถในการจำคำแนะนำไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงยังต้องการคำแนะนำซ้ำ บางรายมีการโทรศัพท์ กลับมาสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ได้แก่ การหยอดตา การรับประทานยา นอกจากนั้นในระบบบริการยังขาดการประเมินด้านความต้องการของผู้ป่วย ด้านการให้คำแนะนำ และด้านการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญ

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน[14] ลดการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการเดิม โดยเป็นการกำหนดกิจกรรมที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[15] ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกราย ถือเป็นดัชนีตัวชี้วัดคุณภาพมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ[16] ตั้งแต่ระยะแรกรับ (24 ชั่วโมงแรก-2 วัน) ระยะรักษาต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย[17] โดยในการวางแผนการจำหน่ายนิยมใช้รูปแบบ D-METHOD มาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้หรือให้ข้อมูลประกอบด้วย โรค (diagnosis) ยา (medicine) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (environment & economic) การรักษา (treatment) ภาวะสุขภาพ (health) การขอความช่วยเหลือและการนัด (outpatient & referral) และอาหาร (diet) จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์[18] นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายที่ดียังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคได้[11] นำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่อดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[19] ในการกำหนดโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกตาม รูปแบบ D-METHOD กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคต้อกระจก ในเขตจังหวัดมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2569 การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้แนวคิดการพยาบาลของโอเร็ม19 ตามรูปแบบ D-METHOD เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และปราศจากภาวะแทรกซ้อน โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วย มี 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพก่อนการทดลอง ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ มี 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ

เตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเช็ดตา การหยอดยาและการฝึกให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเช็ดตาหยอดยา และกิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลเพื่อวางแผนการจำหน่าย ขั้นตอนที่ 3 การกำกับ ติดตาม มี 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 6 การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 35 คน ดำเนินการศึกษาในระหว่างเดือนเมษายน ถึง กรกฎาคม 2569 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sample) โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random samplings) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่จักษุแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจก ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต้อกระจกในหอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร 2) อายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต้อกระจกครั้งแรก 4) มีสติ การรับรู้ปกติ สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ตามปกติ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย 5) ผู้ป่วยตาข้างที่ไม่ผ่าตัดการมองเห็น (VA) ชัดเจนมากกว่า 6/36 6) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลให้มีข้อจำกัดในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ผู้พิการ เป็นอัมพาตหรืออัมพาตครึ่งซีก ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น 3) ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรควัณโรคปอดในระยะแพร่เชื้อและโรค COVID-19 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะผ่าตัด เช่น ใส่เลนส์แก้วตาเทียมไม่ได้ 5) ผู้ป่วยขอถอนตัวหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย 6) ผู้ป่วยสิ้นสุดบทบาทก่อนผ่าตัดต้อกระจกเนื่องจากยกเลิกหรือเลื่อนนัดการผ่าตัด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 คน เพื่อการกระจายตัวข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และเพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็นอิทธิพลขนาดกลาง และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (drop out) ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุมตัวอย่าง โดยคาดว่าจะมีการสูญหายร้อยละ 10 ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ จำนวน 35 คน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมุกดาหาร เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สามารถระบุตัวตนได้ ในระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยในโปรแกรม Health Object (OH)

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับญาติ/ผู้ดูแล/ผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือและขอความสมัครใจในการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมการศึกษาทดลอง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ผลกระทบต่างๆ การ

รักษาความลับ และขอลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

5. การดำเนินการศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่อดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินภาวะสุขภาพก่อนการทดลอง เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย และประเมินภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างก่อนเข้าสู่การศึกษาวิจัย โดยใช้แบบประเมินซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และ 4) ความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ใช้ระยะเวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก โดยใช้วีดีทัศน์เกี่ยวกับโรคต้อกระจกร่วมกับการดาวน์โหลดโมบายแอพพลิเคชั่นความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกเพื่อนำไปอ่านทบทวนในภายหลัง ใช้ระยะเวลา 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในการส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต้อกระจกของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ขั้นตอนการผ่าตัดต้อกระจก การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต้อกระจก การลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต้อกระจก รวมทั้งการให้ความรู้โดยมอบแผ่นพับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด อาการผิดปกติสัญญาณเตือน (Early warning signs) มาตรวจก่อนวันนัดและกำหนดช่องทางด่วน ติดต่อเบอร์โทรศัพท์เมื่อมีอาการผิดปกติตลอด 24 ชั่วโมง โดยการสแกน QR Code วีดีโอให้ผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนขณะอยู่ที่บ้าน ใช้ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเช็ดตา การหยอดยา ป้ายยาและครอบตา และการฝึกให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเช็ดตาหยอดยา โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเช็ดตาหยอดยาและฝึกให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเช็ดตาหยอดยา ร่วมกับชมการสอนสาธิตการเช็ดตาแบบปราศจาก เชื้อ การหยอดตา การป้ายตาและการใช้ที่ครอบตา นอกจากนั้นให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยฝึกทักษะย้อนกลับจากหุ่นจำลอง ใช้ระยะเวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลเพื่อวางแผนการจำหน่าย โดยใช้หลัก D-METHOD ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค (Disease : D) ยาที่ใช้ (Medication : M) สิ่งแวดล้อมและ เศรษฐกิจ (Environment : E) แนวทางการรักษา (Treatment : T) การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้าน ร่างกายและจิตใจตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Health : H) การมาตรวจตามนัด (Outpatient : O) และอาหาร (Diet : D) ใช้ระยะเวลา 45 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การกำกับ ติดตาม

กิจกรรมที่ 6 การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังผ่าตัดต้อกระจกวันที่ 3 และการนัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 7 วัน ใช้ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

การประเมินผลการดำเนินการ โดยการใช้แบบประเมินผลลัพธ์ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และ 3) ความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ซึ่งเป็นชุดเดียวกันกับที่ประเมินผู้ป่วยในขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา 30 นาที

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้

เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และแบบประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่อดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ หอผู้ป่วยพิเศษ 13 โรงพยาบาลมุกดาหาร สื่อวีดีทัศน์ “โรคต้อกระจกและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก” และคู่มือโรคต้อกระจกและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการและทฤษฎี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องความตรงในเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.92 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกและแบบสอบถามความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก วิเคราะห์โดยใช้สูตร KR-20 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha’s Coefficient) ได้เท่ากับ 0.81, 0.79 และ 0.78 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หาค่ากลางและค่ากระจายตัว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ค่าคะแนนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และแบบสอบถามความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบความแตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก และค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ chai-square ส่วนความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยให้มีความปลอดภัย ไม่ให้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตามหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) คือ กฎการคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ (principle of beneficence) กฎของการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (principle of respect for person) และการคำนึงถึงความยุติธรรม (principle of justice) ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร รหัสการวิจัย MEC 27/69 วันที่ 1 เมษายน 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.86 กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 56 ปี อายุสูงสุด 71 ปี อายุเฉลี่ย 61 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.56 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.42 และมีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.29 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.29 และมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำสุด 1,500 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 30,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 3,646 บาทต่อเดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.32 ส่วนใหญ่มีสิทธิการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 94.29 ส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัวด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 34.29 และเคยได้รับความรู้เรื่องโรคต้อกระจก ร้อยละ 94.29

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ =10.82, SD=2.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =17.61, SD=1.39 และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ chai-square พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -5.21, p = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=35)

ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			z	df	P-value
$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
10.82	2.44	ปานกลาง	17.61	1.39	สูง	-5.21	34	0.001*

* p<0.05

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ =11.18, SD=2.18 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =17.82, SD=1.26 และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ chai-square พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (z = -5.24, p = 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=35)

ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			z	df	P-value
$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
11.18	2.18	ปานกลาง	17.82	1.26	สูง	-5.24	34	0.001*

* p<0.05

4. ความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

ความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก โดยภาพรวมพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย

คะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก อยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x}$ =71.95, SD=5.87 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =95.57, SD=3.42 และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 24.63, p = 0.001) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า หลังการทดลองด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกสูงสุดคือ ด้านผลลัพธ์การรักษาพยาบาล อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =24.36, SD=0.92 รองลงมาคือด้านบุคลากรและการให้บริการ อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =24.11 SD=1.05 ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกต่ำสุดคือ ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =23.28, SD=1.36 รองลงมาคือด้านกระบวนการและรูปแบบการดูแล อยู่ในระดับสูง $\bar{x}$ =23.82, SD=1.21 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=35)

ตัวแปร	ก่อนทดทอง (n=35)			หลังทดลอง (n=35)			t	df	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ			
1. ด้านกระบวนการและรูปแบบการดูแล	17.86	2.04	ปานกลาง	23.82	1.21	สูง	15.84	34	0.001*
2. ด้านบุคลากรและการให้บริการ	18.14	1.88	ปานกลาง	24.11	1.05	สูง	16.91	34	0.001
3. ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก	17.52	2.11	ปานกลาง	23.28	1.36	สูง	14.37	34	0.001*
4. ด้านผลลัพธ์การรักษาพยาบาล	18.43	1.76	ปานกลาง	24.36	0.92	สูง	18.25	34	0.001*
ความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก	71.95	5.87	ปานกลาง	95.57	3.42	สูง	24.63	34	0.001*

* $p<0.05$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ความพึงพอใจในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัว โดยเริ่มตั้งแต่กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก ซึ่งใช้สื่อวีดีทัศน์เรื่อง "โรคต้อกระจกและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก" ร่วมกับการสแกน QR Code เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองที่บ้าน และกิจกรรมที่ 5 การให้ข้อมูลเพื่อวางแผนการจำหน่ายตามกรอบแนวคิด D-METHOD ซึ่งองค์ประกอบด้าน Disease (D) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรคต้อกระจกโดยตรง ประกอบกับการใช้คู่มือและแผ่นพับเป็นสื่อเสริมให้

ผู้ป่วยทบทวนซ้ำได้หลายครั้ง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนั้นโปรแกรมฯ มีกิจกรรมที่เน้นการฝึกทักษะปฏิบัติโดยตรง โดยเฉพาะกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการเช็ดตา การหยอดยา การป้ายตา และการใช้ที่ครอบตา ซึ่งใช้วิธีการสอนสาธิตแบบปราศจากเชื้อ ร่วมกับการฝึกทักษะย้อนกลับ (Return Demonstration) จากหุ่นจำลอง จนผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง นอกจากนี้กิจกรรมที่ 6 การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หลังผ่าตัดวันที่ 3 ยังเป็นการเสริมแรงและตรวจสอบความถูกต้องของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้องมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และเกิดความไว้วางใจในบริการที่ได้รับ จึงทำให้ระดับความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะด้านผลลัพธ์การรักษาพยาบาลและด้านบุคลากรที่สะท้อนถึงความสำเร็จของการดูแลแบบองค์รวมตามหลักการของโปรแกรมฯ ดังการศึกษาของ อังคนา อัศวบุญญาเดช, ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย และวริศนันท์ ปุรณะวิทย์ ที่ศึกษาผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกแก่ผู้ป่วย พบว่าสื่อวีดิทัศน์สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญลักษณ์ ธรรมแสง ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลน้ำพอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20] และการศึกษาของ เพ็ญศรี ปัญโญ, อรพิน มโนรส, มะลิการปักษ์ และอัญชลี แนวณรงค์ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคต้อกระจกโรงพยาบาลแพร่ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมฯ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง[18]

ข้อเสนอแนะ

ด้านผู้บริหาร

1. ควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนการผลิตและปรับปรุงสื่อการเรียนรู้ เช่น สื่อวีดีทัศน์ คู่มือ และระบบ QR Code ให้ทันสมัย เข้าถึงง่าย และเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางภาษาและระดับการศึกษา

2. ควรสนับสนุนให้มีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับการใช้กรอบแนวคิด D-METHOD และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ อย่างเป็นระบบ

ด้านการบริการพยาบาล

1. ควรส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพระหว่างพยาบาล จักษุแพทย์ และเภสัชกร ในการให้ข้อมูลด้านยาและการรักษาแก่ผู้ป่วยให้มีความครบถ้วนและสอดคล้องกัน

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อันจะช่วยยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น ที่ระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือนหลังผ่าตัด เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for the Prevention of Blindness [IAPB]. (2011). New World Health Organization estimates reveal downward trends in blindness and visual impairment worldwide. Retrieved November15, 2016, from https://www.cbm.org/article/downloads/ 69560/WHO_Data_PressRelease_Feb11.pdf.

2. Geoffrey, T., Michael, C., & Ladan, E. (2008). Cataract surgery for the developing world. Current Opinion in Ophthalmology, 19(1): 55-9.
3. สุมาลินี ชุ่มชื่น. (2566ข). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ของพยาบาลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลพระอาจารย์ฟื่นอาจาโร. [รายงานการวิจัย]. โรงพยาบาลพระอาจารย์ฟื่นอาจาโร.
4. Ocampo, V.V. & Foster, C.S. (2002). Cataract Senile. วันที่ค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2564 เข้าถึงได้ จาก http://www.emecicine com.
5. จารุวรรณ ชาติทอง, ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2561). ผลของรูปแบบการคัดกรองสายตา ในชุมชนด้วย แนวคิดในการป้องกันตาบอดจากโรคต้อกระจก อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2561; 3(3),10-8.
6. American Academic Ophthalmology [AAO]. (2011). Preferred practice pattern guideline: Cataract in the adult eye. Retrieved form http://www.aao.org/ppp.
7. Richter GM1, Torres M, Choudhury F, Azen SP, Varma R. (2012). Los Angeles Latino Eye Study Group. Risk factors for cortical, nuclear, posterior subcap sular, and mixed lens opacities: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology; 119(3): 547-54.
8. Rim TH, Kim MH, Kim WC, Kim TI, Kim EK. (2014). Cataract subtype risk factors iden tified from the Korea National Health and Nutrition Examination survey 2008-2010. BMC Ophthalmol, 2014; 14: 4.
9. ดิเรก ผาติกุลศิลา. (2561). ต้อกระจก (Cataract). ใน สมสงวน อัษญคุณ (บรรณาธิการ), โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: บริษัท วิทอินดีไซด์ จำกัด. 2561.
10. งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ. (2561). โรคของแก้วตา (Disease of the Lens). ใน วิศนี ตันติเสวี (บรรณาธิการ), ตำราจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด. 2561.
11. อังคนา อัศวบุญญาเดช. ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย. และวริศนันท์ ปุรณะวิทย. (2565). ผลการสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจกให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. วารสารบูรพาเวชสาร, 2565; 9(1): 13-27
12. ลักษณาพร กรุงไกรเพชร.(2561). ต้อกระจกในผู้ป่วยเบาหวาน. บูรพาเวชสาร, 2561; 5(1): 95 -103.
13. อาภรณ์ พื้นดี. (2562). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลแพร่. [รายงานการวิจัย]. โรงพยาบาลแพร่.
14. Nordmark, S., Zingmark, K., & Lindberg, I. (2016). Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. BMC medical informatics and decision making, 16, 48. https://doi.org/10.1186/s12911-016-0285-4.
15. Abdulfattah, D., & Mushcab, H. (2017). Nurse-led Discharge in Saudi Arabia: A Thematic Investigation of the Literature. EC Nutrition, 9(4), 188-195.
16. วาสนา กัณหา. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. (รายงานการวิจัย). เชียงใหม่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.
17. บานเย็น ไชยรินทร์. (2560). การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
18. เพ็ญศรี ปัญโญ และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นในการให้ความรู้ต่อ ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่. Phrae medical Journal and Clinical Sciences. 31(2) 1-16.
19. Orem, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice. (6th ed.). Louis: Mosby.
20. เพ็ญลักษณ์ ธรรมแสง. (2566). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลน้ำพอง. [รายงานการวิจัย]. โรงพยาบาลน้ำพอง.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดสมองและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

Nursing Care of Patients with Hemorrhagic Stroke Undergoing Brain Surgery and at Risk for Surgical Site Infection: A Comparative Case Study.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29,2026 ; Accepted: September 30,2026)

จุฬามณี สมใจ[1]
Churlamanee Somchai[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเชิงเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรุนแรงของโรค แนวทางการรักษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดระบบประสาท จำนวน 2 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี และบันทึกการพยาบาล โดยประเมินแบบองค์รวมตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มเพื่อวางแผนการพยาบาลและการเตรียมผู้ดูแล

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 44 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาด้วยอาการซึม ไม่รู้สึกตัว การวินิจฉัย Left Basal Ganglia Hemorrhage with Bilateral Intraventricular Hemorrhage with Midline shift หายใจหอบ ได้รับยา Fentanyl ใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ มีภาวะความดันโลหิตสูง มีอาการชักเกร็ง มีภาวะซีด มีไข้สูง BT=39-40 องศา อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว 130-140/min ปรึกษาอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ แพทย์วินิจฉัยติดเชื้อเชื้อในระบบประสาทส่วนกลางและติดเชื้อปอด อักเสบ ได้รับยาปฏิชีวนะ มีภาวะ Hypernatremia มีภาวะโพแทสเซี่ยมสูง มีภาวะเบาจืด ได้รับการเตรียมและรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด Left Craniotomy, Left Craniectomy ,VP Shunt , Left cranioplasty autograft และTracheostomy ต่อมาตรวจเสมหะพบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* ที่มีลักษณะ carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) และมีการปรับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา อยู่โรงพยาบาล 59 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยชายอายุ 48 ปี มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงขาดยา 2 วัน เข้ารับการรักษาด้วยอาการอ่อนแรง ซึมลง Right Intraparenchymal Hemorrhage with Intraventricular Hemorrhage with Subfalcine herniation ไม่รู้สึกตัวหายใจเองไม่ได้จึงจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ร่วมกับใช้เครื่องช่วยหายใจ หายใจหอบ ผู้ป่วยมีประวัติ Asthma ได้รับยาพ่น Seretide MDI 4 puff BID มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับยาปรับลดความดันโลหิต ได้รับยาลดความดัน ผู้ป่วยซึมลง ส่งตรวจ CT Brain ซ้ำ ผลตรวจไม่มีเลือดออกในสมองเพิ่ม Flap ไม่ตึง มี Hydrocephalus ได้ทำ LP release มีไข้สูง BT=38-39 องศา อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว 140-148/minได้รับน้ำเพิ่ม และได้รับสารน้ำ ยาปฏิชีวนะ การเตรียมและรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด Tracheostomy หลังเจาะคอ 2วัน พบที่แผลผ่าตัดเจาะคอมีเลือดออก พยายามหยุดเลือดออกด้วย Electrosurgical cautery ไม่สามารถหยุดเลือดออกได้จึงผ่าตัด Exploratory neck with stop bleeding พร้อมกับให้ยาเพิ่มการแข็งตัวของเลือด อยู่รักษาทั้งหมด 25 วัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก, การผ่าตัดสมอง,การติดเชื้อแผลผ่าตัด, ติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ,การพยาบาล

Abstract

This study was a comparative case study aimed at examining disease severity, treatment approaches, risk factors for postoperative infection, and nursing care among two patients with hemorrhagic stroke who underwent neurosurgery. The patients were admitted to Khon Kaen Hospital between December 2025 and February 2026. They were purposively selected, and data were collected from medical records, laboratory results, radiographic

[1] กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลขอนแก่น

images, and nursing records. A holistic assessment was conducted based on Gordon's Functional Health Patterns, and Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory was applied to develop nursing care plans and prepare caregivers.

Case 1 was a 44-year-old male patient with no underlying disease. He was admitted with drowsiness and loss of consciousness. He was diagnosed with left basal ganglia hemorrhage with bilateral intraventricular hemorrhage and midline shift. The patient had dyspnea and received fentanyl, endotracheal intubation, and mechanical ventilation. He developed hypertension, generalized seizures, anemia, high fever with a body temperature of 39–40°C, and tachycardia with a heart rate of 130–140 beats/minute. An infectious disease specialist was consulted, and the patient was diagnosed with central nervous system infection and pneumonia. He received antibiotic treatment. The patient also developed hypernatremia, hyperkalemia, and diabetes insipidus. He was prepared for and received postoperative care following left craniotomy, left craniectomy, ventriculoperitoneal shunt placement, left cranioplasty with autograft, and tracheostomy. Subsequently, sputum culture revealed Klebsiella pneumoniae with characteristics of carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE), and the antibiotic regimen was adjusted according to the treatment plan. The patient remained hospitalized for 59 days.

Case 2 was a 48-year-old male patient with a history of hypertension who had not taken his medication for two days. He was admitted with weakness and decreased level of consciousness. He was diagnosed with right intraparenchymal hemorrhage with intraventricular hemorrhage and subfalcine herniation. The patient was unconscious and unable to breathe spontaneously; therefore, endotracheal intubation and mechanical ventilation were required. He had dyspnea and a history of asthma. He received Seretide MDI, four puffs twice daily. The patient developed hypertension and received antihypertensive medication. After his level of consciousness decreased, a repeat brain CT scan was performed, which showed no additional intracranial hemorrhage. The flap was not tense, but hydrocephalus was present, and a lumbar puncture release was performed. The patient developed high fever with a body temperature of 38–39°C and tachycardia with a heart rate of 140–148 beats/minute. He received additional fluids, intravenous fluid therapy, and antibiotics. The patient was prepared for and received postoperative care following tracheostomy. Two days after the tracheostomy, bleeding occurred at the tracheostomy surgical site. Electrosurgical cautery was attempted to control the bleeding but was unsuccessful. Exploratory neck surgery with bleeding control was subsequently performed, along with the administration of medication to promote blood coagulation. The patient remained hospitalized for a total of 25 days.

Keywords: hemorrhagic stroke patients, brain surgery, surgical site infection, ventilator-associated pneumonia, nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke)) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและความพิการสูง โดยความรุนแรงสัมพันธ์กับขนาดและตำแหน่งของก้อนเลือด การมีเลือดออกในโพรงสมอง ภาวะสมองบวม hydrocephalus และ brain herniation ผู้ป่วยที่มี neurological deterioration, mass effect หรือภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ neurocritical care และการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้[1]

การผ่าตัดระบบประสาทช่วยลดผลกระทบจากก้อนเลือดและความดันในกะโหลกศีรษะ แต่ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูงมักต้องได้รับหัตถการหลายชนิด เช่น craniectomy, ventricular drainage/shunt, tracheostomy และการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนของการดูแลและความเสี่ยงต่อ healthcare-associated infection การติดเชื้อหลัง craniotomy อาจเป็น superficial/deep incisional SSI หรือ organ/space infection รวมถึง meningitis/ventriculitis โดยการจำแนกเพื่อการเฝ้าระวังควร

อ้างอิงเกณฑ์ที่ชัดเจนและแยกจากการวินิจฉัยทางคลินิก[2]

ปัจจัยเสี่ยงต่อ SSI หลัง craniotomy ที่มีรายงานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ CSF leak การผ่าตัดฉุกเฉิน การผ่าตัดซ้ำ ระยะเวลาผ่าตัดและระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน รวมถึงอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท[3] จึงจำเป็นต้องใช้มาตรการป้องกัน SSI อย่างเป็นระบบตลอดช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด[4]

โรงพยาบาลขอนแก่นพบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI) ปีงบประมาณ 2566–2568 เท่ากับ 3.54, 2.06 และ 2.40 ครั้ง/1,000 วันนอน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศของกรมควบคุมโรคสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป < 1.5 ครั้ง/1,000 วันนอน (กรมควบคุมโรค, 2565)ด้านการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI) พบอัตรา 0.24, 0.45 และ 0.13 ครั้ง/100 รายผ่าตัด ตามลำดับ โดยกลุ่ม Clean wound สาขาศัลยกรรมระบบประสาท มีอัตราการติดเชื้อ 1.60, 2.31 และ 1.21 ครั้ง/100 รายผ่าตัด ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ระดับประเทศที่กำหนด < 0.5 ครั้ง/100 รายผ่าตัด[5]

การติดเชื้อดังกล่าวส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มความรุนแรงของโรค ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ศึกษาในบทบาท พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) จึงศึกษากรณีผู้ป่วย 2 ราย โดยเปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพ และกระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและช่องว่างของระบบ นำไปสู่การพัฒนาแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเชิงระบบและยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน พยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรค และแนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดระบบประสาท

2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

3. เพื่อศึกษาการพยาบาลในการประเมิน เฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดระบบประสาท

4. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดระบบประสาท โดยบูรณาการหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการเกิด Surgical Site Infection (SSI)

วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบ (comparative case study) คัดเลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ซึ่งได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกด้วยการผ่าตัดระบบประสาทและมีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นระหว่างเดือนธันวาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยตำแหน่งแผลผ่าตัดจากข้อมูลย้อนหลังของสำนักระบาดวิทยา และสารสนเทศของโรงพยาบาลขอนแก่นปีงบประมาณ 2566–2568

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา บทความวิชาการ แหล่งข้อมูลออนไลน์ และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาล

3. รวบรวมข้อมูลกรณีศึกษา ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว และแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

5. วิเคราะห์ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อ โดยแยก clinical diagnosis ออกจาก surveillance definition และใช้ CDC/NHSN 2025 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สอดคล้องกับช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์

6. เข้าศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ร่วมมือกับแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน ติดตามอาการและปรับแผนให้สอดคล้องกับการรักษา พร้อมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

7. ประเมินผลการพยาบาล สรุปผล ให้คำแนะนาแก่ญาติ และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแล

8. เรียบเรียง จัดทำรูปเล่ม และนำเสนอเพื่อเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้ศึกษาคำนึงถึงหลักสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมในการนำข้อมูลมาใช้เพื่อการศึกษา ข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคล เช่น ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย และข้อมูลเฉพาะบุคคล ถูกตัดออกจากการนำเสนอ ใช้ข้อมูลเฉพาะที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ทางวิชาการและนำเสนอในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ การนำเสนอข้อมูลไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพตลอดระยะเวลาการรักษา

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 44 ปี ไม่มีโรคประจำตัว

อาการสำคัญ ซึมปลุกไม่ตื่น 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลบ้านฝาง

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ญาติไปปลุกไม่ตื่น นอนซึม ญาตินำส่งโรงพยาบาล บ้านฝาง จึงเรียก EMS ออกรับ แรกรับ GCS E1V1M1 stridor on ETT No.7.5 depth 20 BP=248/149mmHg on Nicardipine (1:5) IV 5 ml/hr หลังใส่ท่อช่วยหายใจ GCS E1VEM1 Pupil 4min Fixed both eyes ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 10 ธันวาคม 2568 CT brain พบ Left Basal Ganglion Hemorrhage with Bilateral Intraventricular Hemorrhage with Midline shift 1.7 cm ศัลยแพทย์ระบบประสาทได้ทำการรักษาผ่าตัด Right Craniotomy Blood loss 400ml หลังผ่าตัด GCS E1VEM2 Pupil 4min Fixed both eyes และมีภาวะHypomagnesemia(1.48) BPสูง on Nicardipine (1:5) IV 40 ml/hr, Labetalol (3:1) IV drip 10 ml/hr เฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยไม่ตื่นจึงได้ CT brainซ้ำพบมี เลือดออกซ้ำใต้ตำแหน่งที่ผ่าตัด จึงได้ทำการผ่าตัด Left Craniectomy Blood loss 50 ml วันที่ 11ธันวาคม 2568 มีภาวะ Hypernatremia (153 mmol/l) ได้รับสารน้ำ 0.45% Nacl IV drip วันที่ 15ธันวาคม 2568 มีflap ตึง off drain จึงได้ CT brain ซ้ำพบสมองบวม ตำแหน่งเลือดออกเท่าเดิม ให้ยา Glyceral 500 ml IV drip OD x 5 วัน จากFilm CXR พบปลายท่อช่วยหายใจตื้นให้เลื่อนลงระดับ 22 cms วันที่ 17ธันวาคม 2568 มีอาการหอบ ให้ยา Fentanyl (10:1) IV drip 10ml/hr ,Midazolam(1:1) IV drip 3 ml/hr อายุรแพย์โรคติดเชื้อวินิจฉัยติดเชื้อในระบบประสาทส่วนกลาง CSF protein706mg/dL CSF glucose 12.2 mg/dL CSF Latacte 7.27 mmol/L CSF WBC 1,174 cells/cu.mm CSF RBC 59,600 cells/cu.mm CSF culture ผล No growth วันที่ 19 ธันวาคม 2568 เริ่มมีปัสสาวะออกมาก วันละ 4000 ml Urine spec.1.016 Replace urine output 60% ของปัสสาวะที่ออก พร้อมปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต วันที่ 24 ธันวาคม 2568 พบภาวะ Hyperkalemia(5.59mmol/l) Film CXR พบมี Infiltration เพิ่มขึ้นตรวจเสมหะพบเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* (CRE) ให้ยาปฏิชีวนะ Meropenam,Vancomycin และ Sitafloxacin วันที่ 5 มกราคม 2569 พบภาวะ Hyperkalemia (5.19mmol/l) วันที่ 8 มกราคม 2569 Tracheostomy ปรับยาปฏิชีวนะ off Vancomycin เปลี่ยนเป็น Fosfomycin 4gm IV q 6 hr วันที่ 14 มกราคม 2569 ติดตามผลการรักษาเพื่อเตรียมจำหน่ายจึงได้ CT brain พบมี Hydrocephalus ปรึกษาญาติขอทำการผ่าตัด VP Shunt (27มค69) และผ่าตัด Left cranioplasty autograft(3กพ69) หลังผ่าตัดพบมีภาวะซีด(HCT= 21.4vol%)ให้ PRC

1unit วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้ป่วยบวม Albumin 4.4 g/DL ได้ปรึกษา Nutrition เพื่อปรับสูตรอาหารให้ได้พลังงานเพียงพอกับการฝึกหายใจ ปรับสูตรอาหารจาก Jevity เป็น BD(1:1)300ml x 4 feed เตรียมจำหน่าย ผู้ป่วยอาการคงที่ on TT with collar mask 10LPM GCS E2VTM2 Pupil 4 min reaction to light both eyes Motor power abnormal extension ทั้งแขนและขา จำหน่ายโดยการส่งตัวกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2569 อยู่รักษาทั้งหมด 59 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ 48 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่

อาการสำคัญ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ซึมลง 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ปวดหัว ซึมลง ญาตินำส่งโรงพยาบาลกระนวน GCS E3V5M6 Pupil 2min reaction to light both eyes พบmild dysarthria Motor power ซีกขวา gr.5 ซีกซ้าย gr.1 CT Brain พบมี Right Intraparenchymal Hemorrhage with Intraventricular Hemorrhage with Subfalcine herniation ประเมิน GCS ซ้ำ E2V2M5 แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 21 ธันวาคม 2568 ศัลยแพทย์ระบบประสาทได้ทำการรักษาผ่าตัด Right Craniotomy Blood loss 100ml หลังผ่าตัด Hypokalemia (K 3.37 mmol/L) และมีอาการชักกระตุก ได้CT brain ซ้ำพบมี rebleeding at Rt.ICH จึงได้ทำการผ่าตัด Right Craniectomy with Hemispherectomy มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับยาปรับลดความดันโลหิตได้รับยาNicardipine (1:5) IV drip 20-45 ml/hr และเพิ่มยาทาง NG feeding Mandiplot, Doxazocin, Losartan และ Hydralazine ไข้สูง BT=38-39องศา อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว 140-148/minได้รับน้ำ NG feeding และได้รับสารน้ำ Acetar 300ml IVยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm IV q 8hr วันที29 ธันวาคม 2568 มีการเตรียมและรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด Tracheostomy หลังเจาะคอ 2วันพบที่แผลผ่าตัดเจาะคอมีเลือดออก พยายามหยุดเลือดออกด้วย Electrosurgical cautery ไม่สามารถหยุดเลือดออกได้ consult แพทย์หูคอ จมูก และได้เตรียมผ่าตัด Explor neck with stop bleeding พร้อมกับให้ยาทางหลอดเลือดดำ Transmine 1 gm IV q 8 hr.ในวันที่9 มกราคม 2569 เริ่มมีไข้ ในวันที่ 11 มกราคม 2569 แพทย์พิจารณาปรับยาปฏิชีวนะ Fortum 2gm IV q 8 ชม. หลังได้ยาปฏิชีวนะอาการคงที่แพทย์ได้ปรับยารูปแบบรับประทาน ฝึกหายใจโดยการใช้ออกซิเจน collar mask ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง GCS E3VTM6 จำหน่ายโดยการส่งตัวกลับไปดูแลต่อที่

โรงพยาบาลกระนวน ในวันที่ 15 มกราคม 2569 อยู่รักษาทั้งหมด 25 วัน

ตารางที่ 1 การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง หอบหืด
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ก่อนเข้ารับการรักษารับประทานอาหารได้ปกติ หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลผู้ดูแลป้อนอาหารเป็นอาหารปั่นให้ทางสายยาง	ก่อนเข้ารับการรักษารับประทานอาหารได้ปกติ หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลผู้ดูแลป้อนอาหารเป็นอาหารปั่นให้ทางสายยาง
3. การขับถ่าย กระบวนการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย	ก่อนการเจ็บป่วย ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลท้องไม่อืด กดนิ่ม คลำไม่พบก้อนในท้อง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง หลัง	ก่อนการเจ็บป่วย ขับถ่ายปัสสาวะ ได้เอง ท้องไม่อืด กดนิ่ม คลำไม่พบก้อนในท้อง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลใน

ตารางที่ 1 การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้รับการใส่คาสายสวนปัสสาวะต่อลงถุง สีของปัสสาวะใสไม่มีตะกอน	โรงพยาบาลได้รับการใส่ คาสายสวนปัสสาวะต่อลงถุง สีของน้ำปัสสาวะใสไม่มีตะกอน
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ก่อนการเจ็บป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ตรวจร่างกาย กำลังกล้ามเนื้อ GCS E2VTM2	ก่อนการเจ็บป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ตรวจร่างกาย กำลังกล้ามเนื้อ GCS E4VTM6
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ก่อนการเจ็บป่วย นอนวันละ 6-7 ชั่วโมงหลับสนิท หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล มีอาการสับสน	ก่อนการเจ็บป่วย นอนวันละ 6-7 ชั่วโมงหลับสนิท ขณะรับการรักษา ในโรงพยาบาลนอนหลับไม่สนิท มีอาการสับสน
6. สติปัญญาและการรับรู้ในสิ่งเร้าต่างๆ	ไม่มีการรับรู้ ไม่สามารถสื่อสารได้	ไม่มีการรับรู้ ไม่สามารถสื่อสารได้
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ก่อนการเจ็บป่วยร่างกายสมบูรณ์ สามารถทำงานได้ตามปกติ หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลสามารถไม่สามรถช่วยเหลือตัวเองได้	ก่อนการเจ็บป่วยร่างกายสมบูรณ์ สามารถทำงานได้ตามปกติ หลังเข้ารับการรักษาพยาบาลสามารถไม่สามรถช่วยเหลือตัวเองได้
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นหัวหน้าครอบครัว มีอำนาจตัดสินใจเอง การเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องพึ่งพาภรรยาในการดูแล	เป็นหัวหน้าครอบครัว มีอำนาจตัดสินใจเอง การเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องพึ่งพาภรรยาในการดูแล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	เพศสัมพันธ์ปกติ ต้องการกำลังใจ การสัมผัส การให้กำลังใจจากภรรยา	เพศสัมพันธ์ปกติ ต้องการกำลังใจ การสัมผัส การให้กำลังใจจากภรรยา
10. การปรับตัวและการทนต่อความเครียด	ไม่สามารถประเมินได้	ไม่สามารถประเมินได้
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีความรุนแรงสูงและต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน มีการใช้เครื่องช่วยหายใจและหัตถการหลายชนิด จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและ healthcare-associated infection สูง รายที่ 1 มีความรุนแรงทางระบบประสาทมากกว่า โดยมี large left basal ganglia hemorrhage, diffuse IVH, obstructive hydrocephalus และ brain herniation ต้องได้รับ decompressive surgery และการรักษาต่อเนื่องหลายขั้นตอน ระหว่างรักษามีไข้สูงหลังผ่าตัด ร่วมกับ CSF ที่มี neutrophilic pleocytosis, glucose ต่ำมาก, protein และ lactate สูง จึงมีหลักฐานสนับสนุน clinical post-neurosurgical meningitis/ventriculitis แม้ CSF culture ไม่พบเชื้อ เมื่อใช้เกณฑ์ CDC/NHSN 2025 สำหรับ surveillance ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีข้อมูลบันสนับสนุน meningeal sign หรือ cranial nerve sign ที่ไม่มีสาเหตุอื่นเพียงพอสำหรับ MEN criterion 2 และภาพ CT ไม่ได้ระบุ abscess/empyema หรือ evidence definitive for infection จึงยังไม่ควรระบุว่าเป็น confirmed NHSN SSI-MEN จากข้อมูลที่มี ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่พบข้อมูลยืนยัน SSI ของแผลผ่าตัดสมอง แต่มีภาวะแทรกซ้อนเลือดออกจากแผล tracheostomy ที่ต้องผ่าตัดห้ามเลือด

การพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการประเมิน neurological deterioration อย่างรวดเร็ว การดูแล airway/ventilator การควบคุม BP/ICP การป้องกันและเฝ้าระวัง SSI/device-associated infection การจัดการสารน้ำและ electrolyte โภชนาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก immobility ดังนั้น ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยทั้งสองรายจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลายประการ แต่การประเมินแผล

อย่างต่อเนื่อง การดูแลแผลด้วยหลัก aseptic technique การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มีส่วนสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

สรุปและอภิปรายผล

ความรุนแรงของ ICH ในกรณีศึกษารายที่ 1 สอดคล้องกับปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญ ได้แก่ hematoma ขนาดใหญ่ การมี IVH, hydrocephalus, midline shift และ brain herniation ซึ่งเป็นเหตุผลให้ต้องได้รับการดูแล neurocritical และการผ่าตัดเร่งด่วน การติดตาม CT ต่อเนื่องแสดงว่าก้อนเลือดและ IVH ลดลงตามลำดับ แต่เกิด hydrocephalus ต่อเนื่องและต้องได้รับ VP shunt ซึ่งสะท้อนว่าผลลัพธ์ทางระบบประสาทไม่ได้ขึ้นกับการหยุดเลือดเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึง secondary brain injury และภาวะแทรกซ้อนระยะต่อเนื่อง[1]

ด้านการติดเชื้อ ผล CSF ของกรณีศึกษารายที่ 1 มี WBC สูงเด่นร่วมกับ neutrophil 89%, glucose 12.2 mg/dL, protein 706 mg/dL และ lactate 7.27 mmol/L ซึ่งเป็น pattern ที่สนับสนุน bacterial inflammation มากกว่าการใช้ไข้เพียงอย่างเดียว การทบทวนปัจจุบันชี้ว่าการวินิจฉัย healthcare-associated ventriculitis/meningitis หลัง neurosurgery มีความยาก เพราะ hemorrhage และการผ่าตัดสามารถทำให้เกิด sterile CSF inflammation และ culture อาจไม่พบเชื้อได้ โดยเฉพาะเมื่อได้รับ antimicrobial therapy มาก่อน[6] ขณะที่การศึกษาจากประเทศไทยรายงานว่า CSF lactate >4 mmol/L มีประโยชน์ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัย และค่า >5.25 mmol/L มีความจำเพาะสูงในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานั้น[7] ดังนั้นค่า lactate 7.27 mmol/L ของผู้ป่วยรายนี้เพิ่มน้ำหนักต่อ clinical suspicion แต่ไม่ควรใช้เป็นหลักฐานเดี่ยวเพื่อยืนยัน infection

ประเด็นสำคัญคือการแยก clinical diagnosis ออกจาก NHSN surveillance definition ตามเกณฑ์ MEN 2025 ผู้ใหญ่ที่ culture CSF ไม่พบเชื้อจำเป็นต้องมี suspected meningitis/ventriculitis ร่วมกับอย่างน้อยสองกลุ่มจาก fever/headache, meningeal signs และ cranial nerve signs และมีองค์ประกอบทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งข้อ เช่น CSF WBC สูง + protein สูง + glucose ต่ำ[8] ผู้ป่วยรายนี้มี fever และ laboratory component แต่ยังขาดการบันทึก meningeal/cranial nerve signs ที่ไม่มีสาเหตุอื่น ขณะที่ fixed pupils, altered consciousness หรือ paraplegia มีสาเหตุทาง neurological injury จาก ICH/brain herniation ที่ชัดเจน จึงไม่ควรนำไปนับเพื่อให้ครบ MEN criteria

สำหรับ SSI หลัง craniotomy NHSN 2025 กำหนดว่า organ/space SSI ต้องเกิดภายใน surveillance period ของ procedure และมี infection ใน organ/space พร้อมหลักฐานอย่างน้อยหนึ่งข้อ เช่น purulent drainage, organism จาก fluid/tissue, หรือ abscess/evidence of infection จาก gross exam, histopathology หรือ imaging และต้องเข้า site-specific criterion ที่เกี่ยวข้อง เช่น MEN[8] ในกรณีนี้ CT follow-up ไม่ได้รายงาน abscess, empyema หรือ imaging evidence definitive for infection และ CSF culture เป็น no growth จึงยังไม่เพียงพอสำหรับยืนยัน organ/space SSI-MEN แม้ภาพทางคลินิกจะสนับสนุน postoperative meningitis มากก็ตาม

ปัจจัยเสี่ยงที่พบในกรณีศึกษา เช่น emergency surgery, reoperation, prolonged hospitalization และการใช้อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท สอดคล้องกับ systematic review/meta-analysis ของ Magni et al. (2024) ที่รายงานความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับ SSI หลัง craniotomy จึงสนับสนุนการจัดผู้ป่วยลักษณะนี้เป็น high-risk group สำหรับการเฝ้าระวัง การป้องกัน SSI ควรใช้มาตรการแบบ bundle ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้ง antimicrobial prophylaxis ตามข้อบ่งชี้ การควบคุม

glucose/temperature ตามความเหมาะสม การเตรียมผิวหนัง และการดูแลแผลอย่างเป็นระบบ[4]
ด้านการติดเชื้อทางเดินหายใจ รายที่ 1 มี prolonged ventilation และภายหลังพบ *Klebsiella pneumoniae* ที่มีลักษณะ carbapenem-resistant Enterobacterales (CRE) การป้องกัน VAP ต้องเน้นลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและ sedation เท่าที่เหมาะสม ส่งเสริม mobility และ weaning readiness รวมถึงการดูแลทางเดินหายใจตามมาตรฐาน (Klompas et al., 2022) ส่วนการรักษา CRE ควรอ้างอิง susceptibility และกลไกการดื้อยา เนื่องจากยาที่เหมาะสมอาจแตกต่างตามชนิด carbapenemase และตำแหน่งการติดเชื้อ[9]

กรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนช่วยให้เห็นปัญหาเกินกว่าระบบประสาท เช่น nutrition, elimination, activity, coping และบทบาทครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญในผู้ป่วย neurological disability ระยะยาว งานทบทวนปี 2026 สนับสนุนว่าการใช้ Gordon's functional health patterns ช่วยจัดระบบ assessment และเชื่อมโยงข้อมูลกับ nursing diagnosis และผลลัพธ์ได้อย่างเป็นระบบ[10] การใช้แนวคิด Orem ช่วยให้วางแผนการชดเชย self-care deficit และเตรียม caregiver ในช่วงจำหน่ายได้ชัดเจนขึ้น[11]

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนา Neurosurgical SSI Prevention Bundle สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบบประสาท โดยกำหนดมาตรการสำคัญก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดให้เป็นแนวทางเดียวกัน ควรจัดให้ผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดซ้ำ มี CSF leak หรือมีอุปกรณ์ระบาย CSF เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง SSI อย่างใกล้ชิด ควรใช้แบบประเมินแผลผ่าตัดมาตรฐาน เพื่อให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของแผลได้อย่างต่อเนื่องและสื่อสารระหว่างทีมได้อย่างชัดเจน ควรพัฒนาระบบ SSI surveillance หลังจำหน่าย เพื่อค้นหาการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยกลับบ้าน ควรนำข้อมูล SSI มาวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การผ่าตัดซ้ำ ระยะเวลาผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด การใส่อุปกรณ์ การเกิด CSF leak และการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อใช้ในการทำ RCA และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Greenberg, S. M., Ziai, W. C., Cordonnier, C., Dowlatshahi, D., Francis, B., Goldstein, J. N., Hemphill, J. C., III, Johnson, R., Keigher, K. M., Mack, W. J., Mocco, J., Newton, E. J., Ruff, I. M., Sansing, L. H., Schulman, S., Selim, M. H., Sheth, K. N., Sprigg, N., & Sunnerhagen, K. S. (2022). 2022 guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 53(7), e282–e361. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000407
2. Centers for Disease Control and Prevention. (2025a). 2025 NHSN central nervous system infection (CNS) checklist. National Healthcare Safety Network. https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/checklists/2025-NHSN-Central-Nervous-System-CNS-Checklist-FINAL.pdf
3. Magni, F., Al-Omari, A., Vardanyan, R., Rad, A. A., Honeyman, S., & Boukas, A. (2024). An update on a persisting challenge: A systematic review and meta-analysis of the risk factors for surgical site infection post craniotomy. American Journal of Infection Control, 52(6), 650–658. https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.11.005
4. Calderwood, M. S., Anderson, D. J., Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Garcia-Houchins, S., Maragakis, L. L., Nyquist, A.-C., Perkins, K. M., Preas, M. A., Saiman, L., Schaffzin, J. K., Schweizer, M., Yokoe, D. S., & Kaye, K. S. (2023). Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 update. Infection Control & Hospital Epidemiology, 44(5), 695–720. https://doi.org/10.1017/ice.2023.67

5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). เป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570): แผนงานโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Prevention and Control: IPC). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
6. Karvouniaris, M., Brotis, A., Tsiakos, K., Palli, E., & Koulenti, D. (2022). Current perspectives on the diagnosis and management of healthcare-associated ventriculitis and meningitis. Infection and Drug Resistance, 15, 697–721. https://doi.org/10.2147/IDR.S326456
7. Panpruet, P., & Chonhenchob, A. (2025). Cerebrospinal fluid and blood lactate and procalcitonin for diagnosis of post-neurosurgical bacterial meningitis. Asian Journal of Neurosurgery, 21(1), 87–94. https://doi.org/10.1055/s-0045-1812284
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2025b). 2025 NHSN surgical site infection (SSI) checklist. National Healthcare Safety Network. https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/checklists/2025-NHSN-Surgical-Site-Infection-SSI-Checklist-FINAL.pdf
9. Tamma, P. D., Bonomo, R. A., Heil, E. L., Justo, J. A., Satlin, M. J., & Mathers, A. J. (2026). Infectious Diseases Society of America 2026 guidance on the treatment of antimicrobial-resistant Gram-negative infections. Clinical Infectious Diseases. Advance online publication. https://doi.org/10.1093/cid/ciag481
10. de Lima Araújo, C. S., da Silva Alves Souza, L. M., Cavalcante, A. M. R. Z., Valadares, J. G., Vieira, F. V. M., Jones, D., Aredes, N. D. A., & Bertocchi, L. (2026). Gordon's functional health patterns and their association with patient and organizational outcomes: A scoping review. Healthcare, 14(9), 1144. https://doi.org/10.3390/healthcare14091144
11. Alligood, M. R. (2021). Nursing theorists and their work (10th ed.). Elsevier.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL PERCEIVED PROGRAM TO PREVENTVE BEHAVIOR OF STROKE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION BANCHIANG SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL NONGHAN DISTRICT UDONTHANI PROVINCE

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29,2026 ; Accepted: September 30,2026)

ประยงค์ เหลาพรหม[1]
Prayong Laoprom

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างวันที่ 6 มิถุนายน 2569 – 31 สิงหาคม 2569 จำนวน 35 ราย ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ piared t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.92$, $p < 0.001$) และ ($t = 13.92$, $p < 0.001$) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตบนและล่าง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.56$, $p < 0.001$) และ ($t = -8.09$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study employed a quasi-experimental design aimed at comparing the levels of perception and stroke prevention behaviors among hypertensive patients at the Ban Chiang Sub-district Health Promoting Hospital in Nong Han District, Udon Thani Province. The sample consisted of 35 hypertensive patients purposively selected between 6 June 2026 and 31 August 2026. Participants underwent a perception-enhancement program based on the Health Belief Model over a continuous 12-week period. Data were collected using questionnaires twice, before and after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics, and a paired t-test.

The research findings showed that the mean awareness and stroke prevention behaviors of hypertensive patients after the intervention were significantly higher than before the intervention ($t = 19.92$, $p < 0.001$, $t = 13.92$, $p < 0.001$), respectively. The mean systolic and diastolic blood pressure decreased significantly ($t = -8.56$, $p < 0.001$, $t = -8.09$, $p < 0.001$)

Keywords: Health Belief Model-based awareness promotion program, hypertensive patients

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหานจังหวัดอุดรธานี

บทนำ

อุบัติการณ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560-2565 ซึ่งพบว่า อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2565 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเช่นเดียวกัน ประมาณร้อยละ 10 ถึง 11 ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา อัตราตายสูงที่สุดในปี 2560 ร้อยละ 11.02 ปี 2564 ร้อยละ 11 และปี 2565 ร้อยละ 10.92[1] ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงเดิมอยู่ก่อนถึงร้อยละ 62.5 และ เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติสูงถึง 7 เท่า แต่ถ้ามีการปรับพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมองได้ถึง ร้อยละ 40[2]

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง ปีงบประมาณ 2566-2568 พบว่าอัตราป่วย เพิ่มขึ้นทุกปี อัตราป่วยต่อแสนประชากร 80.55 (10 ราย, 96.20 (12 ราย) และ119.22 (15 ราย) ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 10.00 (1 ราย), 8.33 (1 ราย) และ 13.33 (2 ราย) ตามลำดับ ผู้ป่วยใช้ช่องทางด่วนในการรักษาในโรงพยาบาลหนองหาน ภายใน 3 ชั่วโมงนับจากมีอาการ (Stroke Fast track) ร้อยละ 40.00 (4 ราย), 41.67 (5 ราย) และ 60.00 (6 ราย) ตามลำดับ ผู้ป่วย Stroke ได้รับยา rT-PA ร้อยละ 25.00 (1 ราย), 20.00 (1 ราย) และ 33.33 (2 ราย) ตามลำดับ ปัจจัย ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.71,67.53 และ 72.00 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะมีภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 75.32,76.53 และ 77.00 ตามลำดับ[3] จากการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีปัญหารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุหลักมาจากความเข้าใจผิดว่าหายแล้วเมื่อความดันโลหิตปกติ, ลืมรับประทานยา, กังวลเรื่องผลข้างเคียง เช่น ยาทำให้ไตวาย, ใช้สมุนไพร/ยาอื่นร่วมด้วยโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การหยุดยาเอง ส่งผลให้ควบคุมโรคไม่ได้ ผู้ป่วยและญาติ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยไม่ทราบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังมีอาการแต่ใช้พาหนะส่วนบุคคลไปโรงพยาบาลเองเพราะสะดวกกว่า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดได้สูง

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัย จึงได้สนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและรับรู้อาการเตือน สามารถเข้ารับการรักษาในช่องทางด่วน ได้อย่างทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพลภาพ ส่งผลให้เกิดสุขภาวะที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design)

พื้นที่ในการศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง ตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2569 – 31 สิงหาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 40-70 ปี และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score) ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ข้อมูลคัดกรองเดือน ตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568 จำนวน 119 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)) เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 40-70 ปี เพศชาย และเพศหญิง มีคะแนน CVD risk score ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป, อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ปกติ , ไม่มีโรคแทรกซ้อนร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรมฯ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จนกระทั่งสิ้นสุดโครงการวิจัยจำนวน 35 ราย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ดังนี้ ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดกระบวนการพัฒนาและ ผู้ที่ย้ายสถานที่อาศัยไปที่อื่นหรือเสียชีวิตในระหว่างการวิจัย

เครื่องมือในวิจัย

มี 3 ชุดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามกรอบแนวคิด โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบประเมินโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infraction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (Stroke: fatal, non-fatal) ใน 10 ปี ข้างหน้าของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค[4]

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรคร่วมอื่นๆ ระยะเวลาการรักษา ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ ประกอบด้วย 7 ด้าน 57 ข้อ ดังนี้ 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 5) การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 6) การรับรู้การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 7) การรับรู้ การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ได้แก่แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์จาก บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน[5]จำนวน 6 ด้าน รวม 24 ข้อ ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานยา 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 3) พฤติกรรมออกกำลังกาย 4) พฤติกรรม การจัดการความเครียด 5) พฤติกรรมการมาพบแพทย์ 6) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งถูก ผิด

3. เครื่องมือที่ใช้ทำกิจกรรม

1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2) แผ่นโปสเตอร์กระตุ้นเตือน B-E-F-A-S-T

3) สมุดบันทึกการปฏิบัติตัวด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา(Content validity) นำแบบสอบถามการรับรู้,พฤติกรรม ความรู้ และ โปรแกรม โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หาค่า IOC ได้ 1 ทุกฉบับ

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำไปทดลองใช้ กับกลุ่มผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียง แบบสอบถาม การรับรู้,พฤติกรรม นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.78, 0.82 แบบสอบถามความรู้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ Kuder- Richarson 20 (KR 20) เท่ากับ 0.84

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ (Pre-research phase)

ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สภาพการณ์ สุ่มพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย ประสานงานกับประชากร กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์

วิธีการดำเนินงานวิจัยให้รับทราบและมีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2. ระยะดำเนินการ (Research phase)

1) ส่งหนังสือนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโครงการวิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้การรับรู้และพฤติกรรม (pre test)

3) ดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง แบ่งกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม โดยแบ่งเป็น 5 ฐาน คือ 1) เป็นการทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง 2) การฝึกการออกำลังกาย 3) อาหาร DASH 4) อารมณ์ 5) ยา และการรักษา

สัปดาห์ที่ 2 แบ่งกลุ่มทำกิจกรรม 3 กลุ่มย่อย ดังนี้ (ใช้เวลา กลุ่มละ 50 นาที)

กลุ่ม1. ส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม 2. ส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและอุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและวางแผนการจัดการอุปสรรคร่วมกันกลุ่ม 3. ส่งเสริมการรับรู้อาการเตือน โรคหลอดเลือดสมอง การจัดการในภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง ประชุมเชิงปฏิบัติการ การรับรู้การเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วน (Stroke fast tract)

สัปดาห์ ที่ 3 ทำกิจกรรมที่บ้าน,ชุมชน

1. กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่ม นัดพบและทำกิจกรรม 3 อ. 2ส.สัปดาห์ละ 5 วัน

2. จัดคู่บัดดี้ คู่หูคู่ซี้ 2 คน ช่วยเหลือกันในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามโปรแกรม

3. จัดให้มีการแข่งขันระหว่างกลุ่ม มอบรางวัลและใบประกาศเกียรติคุณทุกคนในกลุ่ม

4. มอบหมายให้กลุ่มรับผิดชอบการทำอาหารเช้า เพื่อร่วมรับประทานในการทำกิจกรรม ครั้งต่อไป พร้อมกับคำนวนพลังงานอาหาร ปริมาณเกลือโซเดียมที่ทำให้ทานทุกครั้ง

5. การดูแลด้านอารมณ์และความเครียดตักบาตรตอนเช้า,นั่งสมาธิหลังจากถวายภัตราหาร เข้าวัดทำบุญทุกวันพระ ฝึกการหายใจคลายเครียด ประเมินความเครียดด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น

6. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ทางโทรศัพท์ไลน์ ในวัดสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 4และ 8 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมเหมือนกับสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 5-11 ปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดสมองที่บ้านรายละเอียดตามกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 12 สรุปผลการดำเนินกิจกรรม จัดประชุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง มอบใบประกาศนียบัตรให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนในการเป็นแกนนำป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มอบรางวัลให้กับกลุ่มที่มีระยะเวลาสะสมของการออกกำลังกายมากที่สุด และผลการปฏิบัติที่เป็นผลทางกายภาพที่ชัดเจน การพูดคุย ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมต่อไป กลุ่มตัวอย่างทำ post test

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ บรรยายด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2) ข้อมูลการรับรู้,ความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และใช้สถิติ เชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยประเมินความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และค่า ช่วงความเชื่อมั่น 95 % CI

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองหาน เลขที่ NHEC 2/69 ลงนามวันที่ 5 มิถุนายน 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.1 มี อายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 77.1 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 71.4 การศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 74.3 อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 62.9 มีโรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 48.6 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 5 – 10 ปี ร้อยละ 51.4 รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง ร้อยละ 82.9 ค่า CVD Risk เสี่ยงสูงมาก ร้อยละ 68.6 ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ88.6 ระดับความมดันโลหิตเฉลี่ย 3 เดือนย้อนหลัง อยู่ช่วง 140/90 – 159/99 mmHg (สีเหลือง) ร้อยละ 65.7 มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 ก.ก./ม.^{2} มากที่สุด ร้อยละ 42.9 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.6 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 62.9

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ภาพรวมพบว่า มีการรับรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.92$, $p < 0.001$) จำแนกรายด้านพบว่าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 7 ด้าน 1) การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 4.726.06$, $p < 0.001$) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 10.99$, $p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 7.90$, $p < 0.001$) 4) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 15.08$, $p < 0.001$) 5) การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 5.53$, $p < 0.001$) 6) การรับรู้ การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 6.77$, $p < 0.001$) 7) การรับรู้การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง ($t = 8.30$, $p < 0.001$)

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังทดลองคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.92$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน พบว่าสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานยา ($t = 8.27$, $p < 0.001$) 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($t = 5.27$, $p < 0.001$) 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($t = 6.99$, $p < 0.001$) 4) พฤติกรรมการจัดการความเครียด ($t = 8.48$, $p < 0.001$) 5) พฤติกรรมการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($t = 3.57$, $p = 0.001$) 6) พฤติกรรมการมาพบแพทย์ ($t = 4.48$, $p < 0.001$)

4. ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง มีค่าความดันโลหิตตัวบน Systolic Blood Pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.56$, $p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง Diastolic Blood Pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.09$, $p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมได้รับการออกแบบ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock[6] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับองค์ประกอบหลักในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นั่นคือ 5) การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง 6) การรับรู้การจัดการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 7) การรับรู้การจัดการอาการเตือนในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การทำกิจกรรมกลุ่ม และการติดตามการปฏิบัติ

ตัวอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการตระหนักถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของเตือนจิตร แขรั้ง[7], ธารารัตน์ ลูกเล็ก และคณะ[8] ณัชชา เจริญสรรพกิจ[9] และมีระดับความดันโลหิตลดลง อยู่ในเกณฑ์ปกติและใกล้เคียงปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับ กัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์ และ อุษนีย์ รามฤทธิ์[10] ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปที่ ครอบครัว ผู้ดูแล เข้ามาเรียนรู้โปรแกรมด้วย เพื่อจะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ควรขยายผลการพัฒนาระบบการบริการช่องทางด่วน (Stroke fast tract) และติดตามประเมินผลการพัฒนาในการวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารโรงพยาบาลหนองหานและคณะเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุขอำเภอหนองหาน และผู้ป่วย อสม. ผู้นำชุมชน ในพื้นที่ ที่ช่วยสนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่ง ประเทศไทย; 39(2):39-46. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: http://neurothai.org/content.php?id=497
2. ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุลม, และมุกดา หนุ่ยศรี.(2560). ผลของโปรแกรมพัฒนา พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(3):131 – 132.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชียง.(2568). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2568. อุดรธานี: สำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา); 2568.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2558). การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
5. บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน.(2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัพิจิตร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 13(1):122–134. [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/177130
6. Rosenstock, M. I., Strecher, V. J., & Becker, M. H.(1988). Social learning theory and health belief model. Health Education Quarterly 1988; 15(2):75-138.
7. เตือนจิตร แขรั้ง.(2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก 2566; 3(1):1–14.
8. ธารารัตน์ ลูกเล็ก, พิชชาอร ลูกตั้น, ดนิตา ชัยภัทรธนกุล, ชิตกมล ศรีชมพู และณัฐกานต์ นิลอ่อน.(2568). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและการรับรู้ โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลควนเนียง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2568; 7(2):1-16.
9. ณัชชา เจริญสรรพกิจ.(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือนกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2563; 3(3):46-58.
10. กัญญาวีญ์ ต้นสวรรค์ และ อุษนีย์ รามฤทธิ์.(2566). การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(1):143-15.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Related to the Quality of Work Life among Personnel of Somdejprasangkharach XVII Hospital, Suphanburi Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29,2026 ; Accepted: September 30,2026)

ไชยยันต์ อินทรศักดิ์[1]
Chaiyan Intharasak

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน 2) ศึกษาความปลอดภัยในการทำงาน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับปัจจัยส่วนบุคคล และ 4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความปลอดภัยในการทำงาน ของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือบุคลากรโรงพยาบาล จำนวน 259 คน กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Krejcie and Morgan สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตการทำงาน และความปลอดภัยในการทำงาน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและมีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3) อายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 31.8) และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 56.9) คุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.644) โดยด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 3.99) และด้านค่าตอบแทนในการทำงานที่เป็นธรรมและเพียงพอมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 3.25) ความปลอดภัยในการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน (ค่าเฉลี่ย 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.674) โดยด้านการปกป้องคุ้มครองมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.00) และด้านการป้องกันมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 3.90) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$) ในขณะที่อายุ ระยะเวลาในการทำงาน เงินเดือน และลักษณะงานที่ปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.824$, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน, ความปลอดภัยในการทำงาน, บุคลากรโรงพยาบาล

Abstract

This survey research aimed to 1) examine the quality of work life, 2) examine occupational safety, 3) examine the relationship between quality of work life and personal factors, and 4) examine the relationship between quality of work life and occupational safety among personnel of Somdejprasangkharach XVII Hospital. The sample consisted of 259 hospital personnel. The sample size was determined using the Krejcie and Morgan formula, and stratified random sampling was employed. The research instrument was a questionnaire developed by the researcher, consisting of three parts: personal information, quality of work life, and occupational safety. The instrument was examined for content validity by a panel of experts and demonstrated reliability above the established criterion. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product-moment correlation coefficient, and Fisher's exact test.

[1] นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

The results showed that most of the sample were female (73.3%), aged 30-39 years (31.8%), and held a bachelor's degree (56.9%). The overall quality of work life was rated at a high level (M = 3.68, SD = 0.644). The interpersonal relations domain received the highest mean score (M = 3.99), while the fair and adequate compensation domain received the lowest (M = 3.25). Overall occupational safety was also rated at a high level (M = 3.96, SD = 0.674), with the protection domain scoring highest (M = 4.00) and the prevention domain scoring lowest (M = 3.90). Hypothesis testing revealed that sex was significantly associated with quality of work life (p = 0.016), whereas age, length of service, salary, and job characteristics showed no statistically significant association with quality of work life. Quality of work life was found to be positively and significantly correlated with occupational safety (r = 0.824, p < 0.001).

Keywords: Quality of Work Life, Occupational Safety, Hospital Personnel

บทนำ

บุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาและบำบัดอาการและการฟื้นฟูสภาพ ถือเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสูงสุดขององค์กรด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพให้ดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้คุณภาพชีวิตในการทำงาน (Quality of Work Life: QWL) ของบุคลากรโรงพยาบาลได้รับความสนใจอย่างมากในระดับสากลในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเช่นอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ความปลอดภัยในองค์กร และความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพโดยรวม[1,2] นอกจากนั้นแล้วองค์การอนามัยโลก รายงานว่าในหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับวิกฤตด้านบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายประการ ทั้งภาระงานที่หนักเกินไป สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เอื้ออำนวย ค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอ และการขาดความปลอดภัยในการทำงาน ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้บุคลากรขาดแรงจูงใจ เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) มีอัตราการลาออกของบุคลากรด้านสาธารณสุขสูง ซึ่งในที่สุดย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้[3]

คุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการทำงานของตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่ตนเองเกี่ยวข้องเมื่อต้องมาทำงานซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับนามธรรมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและมีความสุขเมื่อความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คุณภาพชีวิตในการทำงานมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานกล่าวคือ ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถพัฒนาตนเองให้เป็นบุคลากรขององค์กรที่มีคุณภาพ ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อองค์กร พร้อมทำประโยชน์ให้กับองค์กร และส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งได้แก่ ลดปัญหาการลางาน ขาดงาน ลาออก ย้ายที่ทำงาน และส่งผลให้เกิดผลผลิตทางด้านการบริการที่ดีทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สำหรับตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานนั้น มีแนวคิดและทฤษฎีที่หลากหลาย ซึ่งโดยรวมสามารถสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานนั้นมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องคือ ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมเพียงพอต่อการดำรงชีวิต สภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความปลอดภัยความมั่นคงและความก้าวหน้าในการทำงาน การได้รับโอกาสในการพัฒนาความสามารถ การทำงานร่วมกันกับผู้อื่น/การได้รับการยอมรับ สิทธิและความมีอิสระในการทำงานโดยไม่มีการแทรกแซง สมดุลชีวิตการทำงานระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และลักษณะงานที่มีประโยชน์ต่อสังคม[4]

สำหรับความปลอดภัยในการทำงานเป็นสิทธิพื้นฐานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.2554 ได้ให้ความหมายความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานไว้ว่าเป็นการกระทำหรือสภาพการทำงานซึ่งปลอดจากเหตุอันจะทำให้เกิดการประสบอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพอนามัยอันเนื่องจากการทำงานหรือเกี่ยวกับการทำงาน ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนี้ ในฐานะที่โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งลักษณะการทำงานมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสอันตรายจากการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและการติดเชื้อโรค ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นปัจจัยทางด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี และจิตสังคม รวมทั้งสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (unsafe working condition) และจากการศึกษาของ Chaiear et al. พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลในประเทศไทยมีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการทำงานและโรคจากการประกอบอาชีพสูงกว่าอาชีพอื่นหลายเท่า โดยความเสี่ยงหลัก ได้แก่ การสัมผัสเชื้อโรคทางเลือดและสารคัดหลั่ง ความเครียดทางจิตใจ การยกของหนักที่นำไปสู่โรคกล้ามเนื้อและกระดูก และความรุนแรงในสถานที่ทำงาน[5]

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี มีสถานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลระดับ M1 ขนาด 302 เตียง ตั้งอยู่ในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ให้บริการดูแลประชากรในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง จำนวนทั้งสิ้น 125,270 คน ครอบคลุม 15 ตำบล 140 หมู่บ้าน โรงพยาบาลแห่งนี้มีบุคลากรรวมทั้งสิ้น 792 คน ประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายประเภท ทั้งแพทย์ (staff และแพทย์ใช้ทุน) จำนวน 55 คน ทันตแพทย์ 10 คน เภสัชกร 21 คน พยาบาลวิชาชีพ 241 คน นักเทคนิคการแพทย์ 18 คน และบุคลากรอื่น ๆ จำนวน 447 คน โดยมีสัดส่วนข้าราชการร้อยละ 52.75 พนักงานกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ 32.59 พนักงานราชการร้อยละ 3.94 ลูกจ้างประจำร้อยละ 3.71 และลูกจ้างชั่วคราวร้อยละ 6.54 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลในด้านการให้บริการพบว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 มีผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 1,178 ราย และผู้ป่วยในวันละ 199 ราย โดยมีอัตราครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 76.08 และค่า Case Mix Index (CMI) อยู่ที่ 1.2193 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สภาวการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลโดยตรงต่อภาระงานและความเครียดของบุคลากร นอกจากนั้นยังพบว่าโรงพยาบาลมีกรอบอัตรากำลังที่ยังไม่เต็ม โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความต้องการเพิ่มอีกถึง 59 ตำแหน่ง และแพทย์อีก 3 ตำแหน่ง สถานการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บุคลากรด้านสุขภาพ และ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพเฉพาะสาขาเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักวิชาการ เจ้าพนักงานด้านสุขภาพ ต้องให้บริการประชาชนที่มีความเจ็บป่วยและผู้ที่มีความต้องการบริการทางการแพทย์ในลักษณะต่างๆ เช่น การตรวจสุขภาพทั่วไปการตรวจเฉพาะทาง การรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามความจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการที่มีความหลากหลายของผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีเวลาในการปฏิบัติงานที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน และมีความเสี่ยงต่อการทำงาน นอกจากบุคลากรด้านสุขภาพแล้วยังมีบุคลากรที่เป็นสายสนับสนุนเพื่อการบริหารจัดการให้กิจกรรมการดำเนินงานของบุคลากรด้านสุขภาพและกิจกรรมการดำเนินงานของโรงพยาบาล

เป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งได้แก่ งานบริหารโรงพยาบาล เช่น งานการเงิน การบัญชี งานพัสดุ งานซ่อมบำรุง งานอาคารสถานที่ และงานอื่นๆ ที่สนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานของโรงพยาบาล ซึ่งถึงแม้ว่าจะไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยตรง แต่ย่อมมีโอกาสที่จะเกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงานเช่นกันไม่ว่าจะเป็นสุขภาพทางกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานไม่ต่างจากบุคลากรด้านสุขภาพ[6]

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จะได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล HA Re-accreditation ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2564 และมีผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์โดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 84.85 ในปี พ.ศ. 2566 แต่ยังคงมีความท้าทายสำคัญที่ต้องพิจารณา ได้แก่ การที่กรอบอัตรากำลังยังไม่เต็มโดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยที่แม้จะอยู่ในระดับปานกลางถึงดีแต่ยังมีมิติที่ต้องพัฒนา โดยเฉพาะด้านการจัดอัตรากำลังและการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวมถึงความซับซ้อนของบุคลากรที่ประกอบด้วยสถานะการจ้างงานหลากหลายรูปแบบซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานแตกต่างกัน ซึ่งทั้งนี้ปัจจัยหนึ่งอาจมาจากตัวแปรความสุขในการทำงานในองค์กร หรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในการทำงานได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 อย่างเป็นระบบ การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อสร้างองค์ความรู้เฉพาะบริบทของพื้นที่ ที่สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและพัฒนามาตรการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลได้อย่างตรงเป้าหมายและมีประสิทธิผล รวมถึงเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลระดับ M1 อื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 5 และทั่วประเทศที่มีบริบทใกล้เคียงกัน[6]

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งในกลุ่มบุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุข และบุคลากรสายสนับสนุน เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลและปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานให้เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการทำงานที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
2. เพื่อศึกษาความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17
2. คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เป็นการวิจัยเชิง

สำรวจ (Survey Research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนกันยายน พ.ศ.2567-ตุลาคม พ.ศ.2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี รวมทั้งสิ้น 792 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 259 คน กำหนดขนาดโดยใช้สูตร Krejcie & Morgan[7] และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม 3) และกำหนดเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ไม่ยินดีหรือขอถอนตัวออกในระหว่างการการตอบแบบสอบถาม 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับมาจากกลุ่มตัวอย่าง 255 คน จาก 259 คน คิดเป็นร้อยละ 98.46

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเรื่องคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรีที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ ที่ศึกษา และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญในด้านความเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหา ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ มีลักษณะเป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร การปฏิบัติงานตรงตามตำแหน่ง เงินเดือน รายได้พิเศษอื่น และเป็นคำถามแบบตอบสั้น (Short Answer) 2 ข้อ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการทำงาน

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตการทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 48 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานตามทัศนะของกลุ่มตัวอย่าง 8 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ การให้ความหมายของความคิดเห็นอธิบายได้ดังนี้

ระดับความคิดเห็น ความหมาย

มากที่สุด มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

มาก มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน

ปานกลาง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

น้อย มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน

น้อยที่สุด มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ส่วนที่ 3 ความปลอดภัยในการทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานตามทัศนะของกลุ่มตัวอย่าง 5 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การให้ความหมายของความคิดเห็นอธิบายได้ดังนี้

ระดับความคิดเห็น ความหมาย

มากที่สุด มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

มาก มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน

ปานกลาง มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกเฉย ๆ หรือไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

น้อย มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน

น้อยที่สุด มีความคิดเห็นหรือมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) มีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้อง ความเที่ยงตรง และความครอบคลุมตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ และเมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้ศึกษาได้นำมาตรวจสอบโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 ซึ่งมีค่าคะแนนมากกว่า 0.50 หมายความว่าข้อคำถามนั้นมีความตรงใช้ได้ นำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขแล้วตรวจสอบความถูกต้องตามรูปแบบและความเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน เท่ากับ 0.972 และความปลอดภัยในการทำงาน เท่ากับ 0.973

การให้คะแนนเป็นดังนี้

ความคิดเห็น การให้คะแนน

มากที่สุด 5 คะแนน

มาก 4 คะแนน

ปานกลาง 3 คะแนน

น้อย 2 คะแนน

น้อยที่สุด 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย เกณฑ์ในการแปลความหมายสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่อยู่ในรูปแบบคะแนนเฉลี่ย โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าทางสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean)[8]

ระดับความคิดเห็น ความหมาย

มาก ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68 - 5.00

ปานกลาง ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.67

น้อย ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00- 2.33

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้อธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน และความปลอดภัยในการทำงาน ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับอายุ และความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

3. สถิติเชิงอนุมาน ใช้หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับเพศ ระยะเวลาในการทำงาน เงินเดือน และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ Fisher's Exact Test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 67SP-059 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ.2567

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-39 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาปริญญาตรี ส่วนมากเป็นข้าราชการ ปฏิบัติงานตรงตามตำแหน่ง ระยะเวลาในการทำงานมากกว่า 15 ปี ได้รับเงินเดือน 20,000-30,000 บาท และมีรายได้พิเศษนอกเหนือจากงานประจำ ไม่เกิน 3,000 บาท ลักษณะงานที่ปฏิบัติคือสัมผัสกับโรค/เชื้อโรคโดยตรง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวม 8 ด้าน อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นที่สูงสุดคือด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รองลงมาคือด้านการคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม และด้านประชาธิปไตยในองค์กรและสิทธิส่วนบุคคล ตามลำดับ และเมื่อจัดกลุ่มของบุคลากรโดยจำแนกตามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อของคุณภาพชีวิตการทำงานแต่ละด้าน พบว่า ด้านค่าตอบแทนในการทำงานที่เป็นธรรมและเพียงพอ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือท่านได้รับค่าตอบแทนที่ยุติธรรมเมื่อเทียบกับผู้ที่ปฏิบัติงานคนอื่นที่อยู่ในสายงานเดียวกัน ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย ในสถานที่ทำงาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือโรงพยาบาลมีการจัดให้มีระบบการรักษาความปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สินของบุคลากรในหน่วยงาน เช่น เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย (ยาม) ระเบียบการเข้า-ออกสถานที่ทำงาน การจำกัดบุคลากรเข้า-ออกในสถานที่ทำงาน ระบบป้องกันอัคคีภัย การซ้อมหนีไฟ ด้านการเปิดโอกาสให้พัฒนาความสามารถ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือท่านมีความเป็นตัวของตัวเองในการทำงาน ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือท่านรู้สึกว่างานที่ทำ มีความมั่นคง ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือเมื่อเกิดปัญหาในที่ทำงานท่านและผู้ร่วมงานส่วนใหญ่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาจนสำเร็จลุล่วง ด้านประชาธิปไตยในองค์กรและสิทธิส่วนบุคคล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ผู้บังคับบัญชาปฏิบัติต่อท่านไม่ต่างจากเพื่อนร่วมงานคนอื่น ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับงาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือท่านสามารถวางแผนการทำกิจกรรมต่างๆ ล่วงหน้า และด้านการคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือโรงพยาบาลของท่านเป็นสถานที่ที่ทำประโยชน์ให้แก่ประชาชนและประเทศชาติ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่เป็นข้าราชการและไม่ใช่ข้าราชการพบว่า มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานที่ระดับเดียวกันทุกด้าน ด้านที่อยู่ในระดับมากได้แก่ ด้านการเปิดโอกาสให้พัฒนาความสามารถ ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านประชาธิปไตยในองค์กรและสิทธิส่วนบุคคล และด้านการคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม และด้านที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านค่าตอบแทนในการทำงานที่เป็นธรรมและเพียงพอ ด้าน

สิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้า และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวกับงาน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาความปลอดภัยในการทำงาน ของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานภาพรวม 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการปกป้องคุ้มครอง รองลงมาคือด้านการจัดการงาน และเมื่อจัดกลุ่มระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานภาพรวม อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อของความปลอดภัยในการทำงานแต่ละด้านนั้น พบว่า ด้านการส่งเสริมและการธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ โรงพยาบาลมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรที่ชัดเจน ด้านการป้องกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ด้านการปกป้องคุ้มครอง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือมีป้ายแสดงสัญลักษณ์ ในพื้นที่ที่เป็นอันตรายในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน เช่น สถานที่เก็บวัตถุไวไฟ พื้นที่ขยะติดเชื้อ พื้นที่อันตรายจากรังสี ด้านการจัดการงาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือโรงพยาบาลมีป้ายที่แสดงทางออกฉุกเฉินหรือพื้นที่ปลอดภัยที่ชัดเจน เช่น ทางหนีไฟ จุดรวมพล (ด้านความเหมาะสมระหว่างงานกับบุคคลทีททำงาน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคืองานที่ท่านทำมีความเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของท่าน

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรกลุ่มข้าราชการและกลุ่มที่ไม่ใช่ข้าราชการ พบว่า มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานที่ระดับเดียวกันทุกด้าน และอยู่ในระดับมากทุกด้าน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17

จากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ ระยะเวลาในการทำงาน เงินเดือน และ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความปลอดภัยในการทำงาน ของบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000

สรุปและอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรของโรงพยาบาลมีความร่วมมือกันทำงาน เมื่อมีปัญหาจะร่วมกันแก้ไขปัญหาจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งโรงพยาบาลยังมีการจัดกิจกรรมสังสรรค์เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรอยู่อย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้จึงเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน กล่าวได้ว่าบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตรรวมทั้งมีการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตการทำงาน[4]

สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมากรองลงมาคือ ด้านการคำนึงถึงความเป็นประโยชน์ต่อสังคม และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรของโรงพยาบาลมีความคิดเห็นเกี่ยวกับโรงพยาบาลในเชิงบวกทั้งในด้านการเป็นสถานที่ที่ทำประโยชน์แก่ประชาชนและประเทศชาติ และงานที่ทำนั้นเป็นงานที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์และสังคม รวมทั้งยังเล็งเห็นว่าโรงพยาบาลมีกิจกรรมที่บำเพ็ญประโยชน์ต่อราชการ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญกับคุณค่าทางสังคมของงานมากกว่าผลตอบแทนทางวัตถุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด meaningful work ซึ่งได้กล่าวถึงงานที่มีความหมายนั้นไม่เพียงแต่เป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจเท่านั้นแต่ยังเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความหมายของชีวิต ซึ่งถ้าบุคลากรเห็นว่างานนั้นมีคุณค่าย่อมทำให้มีความผูกพันต่อองค์กร อีกทั้งยังช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุขในการทำงานส่งผลให้ลดการลาออก เพราะงานที่มีความหมายนั้นจะช่วยให้บุคลากรรู้สึกว่าตนเองเติบโตทั้งด้านอาชีพและชีวิตส่วนตัว เป็นการช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจและแรงจูงใจ ซึ่งจะส่งผลดีต่อสังคมด้วย[9]

และด้านที่รองลงมาคือประชาธิปไตยในองค์กรและสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งในประเด็นนี้ Walton ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและความโปร่งใสในการบริหารช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของและความพึงพอใจ[4] ในขณะที่ด้านค่าตอบแทนในการทำงานที่เป็นธรรมและเพียงพอนั้นมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบค่าตอบแทนในองค์กรสาธารณะ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg[10] ที่ชี้ว่าค่าตอบแทนเป็น “ปัจจัยสุขอนามัย” ซึ่งถ้าหากไม่เพียงพอจะสร้างความไม่พึงพอใจถึงแม้ว่าไม่ใช่ตัวกระตุ้นหลักของแรงจูงใจก็ตาม ซึ่งประเด็นเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bangera และ Devaraju[11] ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและวิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานที่ชี้ว่าปัจจัยสำคัญซึ่งเป็นปัจจัยที่สร้างความพึงพอใจและส่งผลให้เกิดความผูกพันในองค์กรคือสัมพันธภาพเชิงบวกระหว่างผู้ร่วมงาน และการรับรู้คุณค่าของงานที่มีต่อสังคมสามารถเป็นปัจจัยที่ยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานได้ และในขณะที่ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอเป็นปัจจัยที่เป็นจุดอ่อน ซึ่งมีผลกระทบต่อแรงจูงในในการทำงานและความมั่นคงในชีวิตระยะยาว

2. จากผลการศึกษาความปลอดภัยในการทำงานในภาพรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการปกป้องคุ้มครอง และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อ ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเรื่องความปลอดภัยในองค์กร ไม่ว่าจะเป็นป้ายแสดงสัญลักษณ์ให้เห็นได้ชัดเจนในพื้นที่อันตราย นโยบายด้านความปลอดภัยขององค์กร กฎระเบียบ มาตรการเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยให้กับบุคลากรในที่ทำงาน การจัดอบรมด้านความปลอดภัยให้กับบุคลากร ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานและการปรับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม ซึ่งกลุ่มอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ได้มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมีรายละเอียดให้บุคลากรใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาสิ่งคุกคามทางสุขภาพที่พบได้บ่อย และแนวทางการป้องกันและควบคุมอันตราย รวมทั้งได้กำหนดข้อเสนอแนะในการตรวจสุขภาพ ซึ่งแยกตามแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยจ่ายกลาง หน่วยงานรังสีวิทยา หน่วยงานโภชนาการ หน่วยงานซักฟอก หน่วยงานซ่อมบำรุง หน่วยงานพยาธิวิทยา จุดคัดกรองหน่วยงานผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย หน่วยงานทันตกรรม ห้องผ่าตัด ห้องผสมยาเคมีบำบัด งานยานพาหนะ รวมทั้งมีประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เรื่องนโยบายด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 7 ประเด็น ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความ

ปลอดภัยในการทำงานสรุปได้ดังนี้คือ การสนับสนุนให้มีการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู เฝ้าระวัง ควบคุมโรค รักษา ตรวจสุขภาพ การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม การจัดสถานที่ทำงานให้มีความปลอดภัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์แก่บุคลากรและผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เรื่องนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ประกอบด้วย การจัดระบบด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ให้น่าอยู่น่าทำงานและมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การจัดระบบการบริหารจัดการวัสดุของเสียอันตราย จัดทำแผนป้องกันอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉินต่างๆ ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานและการซ้อมแผนเป็นประจำทุกปี ด้านเครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค ประกอบด้วย การจัดระบบการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ ให้เพียงพอ พร้อมใช้และปลอดภัย การพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ หาแหล่งสำรองและทดสอบความพร้อมใช้ของระบบสาธารณูปโภคให้เหมาะสม เพียงพอและปลอดภัย ด้านอาชีวอนามัยและระบบบำบัดน้ำเสีย ประกอบด้วย การส่งเสริม สนับสนุนให้การดูแลสุขภาพของบุคลากรให้มีสุขภาพดีและปลอดภัยจากการปฏิบัติงาน ดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลภายใต้โครงการ GREEN & CLEAN Hospital การจัดการของเสียอย่างเป็นระบบและได้มาตรฐาน การสร้างความตระหนักในการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมร่วมกับประชาชนและชุมชนใกล้เคียง และด้านการสื่อสาร ประกอบด้วย การตรวจสอบบำรุงรักษาเครื่องมือสื่อสาร ส่งเสริม สนับสนุนให้การสื่อสาร เผยแพร่ข้อมูลความรู้ และการฝึกอบรมด้านการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัย ป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากการทำงาน ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความเอาใจใส่ดูแลบุคลากรของโรงพยาบาลและมีการแสดงออกให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมให้บุคลากรรับรู้และปฏิบัติตามจึงส่งผลให้คะแนนในด้านนี้อยู่ในระดับที่สูง[12]

สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการป้องกัน แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกข้อ ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี การสำรวจหาจุดอันตรายของโรงพยาบาล การบำรุงรักษาและการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน รวมทั้งการวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางการแก้ไขเพื่อแก้ปัญหาและป้องกันความผิดคลาดในการทำงานในกรณีที่พบว่ามีเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งประเด็นนี้มีความสอดคล้องกับการปกป้องสุขภาพ ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร ที่ปรากฏในรายงานขององค์กรอนามัยโลก ที่ระบุว่าการปกป้องสุขภาพ ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากรจะสามารถป้องกันโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานและในขณะเดียวกันก็เป็นการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลทรัพยากรมนุษย์เพื่อความยั่งยืนทั้งทางด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม[13]

3. คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับเพศ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับเพศ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าลักษณะทางเพศนั้นอาจมีความเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ตลอดจนภาระความรับผิดชอบของบุคคลทั้งในการทำงานและชีวิตประจำวันที่ไม่ใช่ช่วงเวลาการทำงาน จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร นอกจากนั้นแล้วบริบทของโครงสร้างการทำงานในโรงพยาบาลที่ยังคงมีการแบ่งแยกลักษณะงานตามเพศอยู่บ้าง เช่น บุคลากรเพศหญิงมักอยู่ในตำแหน่งที่ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตรงและใช้เวลาปฏิบัติงานเป็นกะ ในขณะที่ยังต้องรับผิดชอบภาระงานบ้านและครอบครัวควบคู่กันไป ซึ่งอาจส่งผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตการทำงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้อง

กับการศึกษาของกรองกาญจน์ บริบูรณ์ และกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์ ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีแนวโน้มเผชิญความเสี่ยงจากการทำงานในลักษณะที่แตกต่างจากเพศชาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมได้เช่นกัน[14]

นอกจากนั้นมีงานวิจัยของ Carrillo-García และคณะ[15] ที่ศึกษาความพึงพอใจในงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบหลักฐานที่ชัดเจนว่าบุคลรกรเพศหญิงในวิชาชีพสาธารณสุขเกือบทุกสาขามีมากกว่าเพศชาย มีระดับความพึงพอใจในงานโดยรวมสูงกว่าเพศชาย ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายว่าอาจเกี่ยวข้องกับรูปแบบการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและความคาดหวังต่อบทบาทงานที่แตกต่างกันระหว่างเพศ ในขณะที่การศึกษาของ Lekka และคณะ[16] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วยโควิด-19 ประเทศกรีซ กลับพบว่าเพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสะท้อนว่าภาระด้านจิตใจและร่างกายจากสถานการณ์วิกฤตอาจส่งผลกระทบต่อเพศหญิงมากกว่า

อย่างไรก็ตามเห็นได้ว่าทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตการทำงานในงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าเพศใดมีคุณภาพชีวิตมากกว่า แต่งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า เพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ไม่ว่าจะในทิศทางใดก็ตาม ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของบทบาททางสังคม ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย ระดับความเครียดจากการปฏิบัติงาน และความคาดหวังทางวัฒนธรรมที่มีต่อบุคลากรแต่ละเพศ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการออกแบบนโยบายด้านทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม

4. คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยในการทำงาน ของบุคลากรในโรงพยาบาลนั้น สามารถอธิบายได้ว่าความปลอดภัยในการทำงานเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ตรงกับแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของ Walton[4] ในมิติ "สภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ" (Safe and Healthy Working Conditions) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร กล่าวคือ เมื่อบุคลากรรับรู้ว่าสภาพแวดล้อมการทำงานของตนมีความปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยจากการทำงาน ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ลดความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลซึ่งบุคลากรต้องเผชิญกับความเสี่ยงหลากหลายด้าน ทั้งความเสี่ยงทางชีวภาพจากการสัมผัสเชื้อโรค ความเสี่ยงทางเคมีจากสารเคมีและยา ความเสี่ยงทางกายภาพและการยศาสตร์จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ตลอดจนความเสี่ยงทางจิตสังคมจากภาระงานและความเครียด

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรองกาญจน์ บริบูรณ์ และกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์[14] ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและการสัมผัสสิ่งคุกคามจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อบุคลากรมีพฤติกรรมความปลอดภัยที่เหมาะสมและสภาพแวดล้อมการทำงานมีความปลอดภัย จะ

ช่วยลดปัญหาสุขภาพจากการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เชื่อมโยงไปสู่การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้นได้ นอกจากนี้งานวิจัยของ วิรัช สงวนวงศ์วาน และ ณัฐณิชา ปิยปัญญา[17] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตการทำงานของ Walton ก็พบว่าสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในมิติที่บุคลากรให้คะแนนคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าว่าความปลอดภัยในการทำงานเป็นองค์ประกอบเชิงบวกที่บุคลากรทางการพยาบาลให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าองค์ประกอบด้านอื่น เช่น ค่าตอบแทนหรือความก้าวหน้าในอาชีพ

นอกจากนั้นแล้ว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liang และคณะ[18] ที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างการทุ่มเทเกินพอดี ความไม่สมดุลระหว่างความพยายามกับผลตอบแทน บรรยากาศความปลอดภัย ภาระด้านอารมณ์ และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าบรรยากาศความปลอดภัย (safety climate) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูง ($\beta = 0.72$, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในโมเดลการวิจัย และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานได้ถึงร้อยละ 72 ผลการศึกษาดังกล่าวยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าความปลอดภัยในการทำงานเป็นปัจจัยเชิงบวกที่สำคัญยิ่งต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาล

สามารถกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานด้านสุขภาวะ ความมั่นคง และสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นองค์ประกอบหลักที่มีความเชื่อมโยงกับความปลอดภัยในการทำงานทั้งเชิงกายภาพและจิตสังคม เนื่องจากถ้าองค์กรมีนโยบายที่ชัดเจนและมีสภาพแวดล้อมที่เน้นในเรื่องความปลอดภัยย่อมส่งผลให้การรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้นทั้งในด้านความสมดุลในชีวิตและงาน และความมั่นคง[19]

สรุปได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้ได้ยืนยันถึงองค์ความรู้ที่มีมาอย่างต่อเนื่องทั้งในและบริบทของประเทศไทยและบริบทต่างประเทศว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะพิจารณาในมุมของการรับรู้บรรยากาศความปลอดภัยในองค์กร (safety climate) หรือพฤติกรรมความปลอดภัยส่วนบุคคล ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนานโยบายที่สำคัญสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล กล่าวคือ การลงทุนในระบบบริหารจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เพียงพอ การฝึกอบรมด้านความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ไม่เพียงแต่จะช่วยลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงานเท่านั้น แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องไปสู่ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลกับประชาชนในภาพรวมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการปรับปรุงเกี่ยวกับการจัดลักษณะงานให้มีความเหมาะสมกับบุคลากร โดยใช้หลักการ ergonomics และการจัดสรรงานตามสมรรถนะ

2. ควรพัฒนากิจกรรมเสริมสร้างบรรยากาศความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อรักษาจุดแข็งที่บุคลากรให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารองค์กรในระดับต่างๆ ควรหาช่องทางในการพัฒนาระบบค่าตอบแทนที่เป็นธรรม

และเพียงพอ โดยเชื่อมโยงกับภาระงานและผลลัพธ์เพื่อแก้ไขจุดอ่อนที่พบ

4. งานประชาสัมพันธ์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาพลักษณ์องค์กรของโรงพยาบาลควรเน้นการสื่อสารที่ให้ความสำคัญกับคุณค่าทางสังคมของงานที่บุคลากรปฏิบัติ และประชาสัมพันธ์ให้บุคคลภายนอกได้รับรู้เพื่อเพิ่มความภาคภูมิใจและแรงจูงใจในกลุ่มบุคลากร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดการภาระงาน และภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) กับคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงาน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบรรยากาศทางจิตสังคม (Psychosocial safety climate) ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยในการทำงาน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนทั้งในด้านสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตใจ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA, 288(16), 1987–1993. https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987
2. Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. New England Journal of Medicine, 364(11), 1037–1045. https://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025
3. World Health Organization. (2006). The world health report 2006: Working together for health.https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f9e49704-ee93-4ed9-a66e-1f23791ddf89/content
4. Walton, R. E. (1973). Quality of working life: What is it? Sloan Management Review, 15(1), 11–21.
5. Chaiear, N., Seehamoke, C., Krisorn, P., Soonthornvinit, W., Janpho, P., Lerdruampattana, S., & Song-Arsa, T. (2019). Occupational health and safety management system: Implementation at the Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand, 102(Suppl. 1), S65–S68.
6. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17. (2568). คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพในการทำงาน. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17.
7. Krejcie, R.V., & Morgan, D.W., (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement.
8. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
9. Nanjundeswaraswamy, T. S., & Sandhya, M. N. (2016). Quality of work life components: A literature review. International Journal of Indian Psychology, 4(1), 12–36. https://doi.org/10.25215/0401.042
10. Herzberg, F. (1966). Work and the nature of man. World Publishing Company.
11. Bangera, R. J., & Devaraju, D. (2023). A study on quality of work life key elements & its implications. International Journal for Research Trends and Innovation, 8(6), 448–453. https://www.ijrti.org
12. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17. (2568, 3 พฤศจิกายน). ประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 เรื่อง นโยบายด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม.
13. World Health Organization. (2022, December 31). Occupational health: Health workers. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers

14. กรองกาญจน์ บริบูรณ์ และกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์. (2564). ปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 19. พัทธวรงค์ ไพรัตน์. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการและเจ้าหน้าที่ Gen Y กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].

15. Lekka, D., Orlandou, K., Roubi, A., Darahani, D., Mpoulougari, S., Anagnosti, F., Baras, S., Tsaraklis, A., & Stalikas, A. (2021). The effect of personality traits on the quality of life of health professionals in COVID-19 reference hospital. Cureus, 13(9), Article e17897. https://doi.org/10.7759/cureus.17897

16. Carrillo-García, C., Solano-Ruíz, M. D. C., Martínez-Roche, M. E., & Gómez-García, C. I. (2013). Job satisfaction among health care workers: The role of gender and age. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21(6), 1314–1320. https://
doi.org/10.1590/0104-1169.3224.2369

17. วิรัช สงวนวงศ์วาน และณัฐณิชา ปิยปัญญา. (2562). คุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการเซาธ์อีสท์บางกอก (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 3(2), 77–90.

18. Liang, H. Y., Tseng, T. Y., Dai, H. D., Chuang, J. Y., & Yu, S. (2023). The relationships among overcommitment, effort-reward imbalance, safety climate, emotional labour and quality of working life for hospital nurses: A structural equation modeling. BMC Nursing, 22, Article 204. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01355-0

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

Development of a Care Model for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus with Good Glycemic Control Using Community Digital Health Stations in Mueang Sa Kaeo District, Sa Kaeo Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29,2026 ; Accepted: September 30,2026)

สมเจตน์ เณรรักษา[1]
Somjed Nanruksa[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ FBS และ HbA1c การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา การพัฒนารูปแบบการดูแล และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ Paired t –test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการได้รับรูปแบบการดูแล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 8.06 คะแนน เป็น 10.58 คะแนน มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 2.52 คะแนน คะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองเพิ่มขึ้นจาก 38.40 คะแนน เป็น 50.14 คะแนน มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 11.74 คะแนน คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 30.02 คะแนน เป็น 39.80 คะแนน มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 9.78 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 28.90 คะแนน เป็น 39.04 คะแนน มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 10.14 คะแนน โดยทุกด้านแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ค่า FBS ของกลุ่มทดลองลดลงจาก 144.98 มก./ดล. เป็น 125.72 มก./ดล. และค่า HbA1c ลดลงจาก 7.34% เป็น 6.63% โดยแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า FBS เฉลี่ย 125.72 มก./ดล. และกลุ่มควบคุม 137.74 มก./ดล. มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง -12.02 มก./ดล. ส่วนค่า HbA1c กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 6.63% และกลุ่มควบคุม 7.28% มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง -0.65% โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.98, SD=0.08)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, สถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน, การดูแลตนเอง, การกำกับตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, FBS, HbA1c

Abstract

This study aimed to: (1) investigate the problems related to self-care and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM); (2) develop a care model for patients with T2DM using

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

community digital health stations; and (3) evaluate the effectiveness of the developed care model in terms of diabetes-related knowledge, self-regulation, self-care, health behaviors, and glycemic control indicators, including fasting blood glucose (FBS) and glycated hemoglobin (HbA1c). The study was conducted in three phases: situation and problem analysis, development of the care model, and evaluation of the model's effectiveness. The care model was developed based on Orem's Self-Care Theory and the Health Belief Model, integrated with digital health technology. The participants were 100 patients with T2DM who had good glycemic control. They were equally allocated into an experimental group and a control group, with 50 participants in each group. The experimental group received the newly developed care model, whereas the control group received usual care. The intervention was implemented over a 12-week period. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

The findings revealed that, after receiving the care model, the experimental group demonstrated significant improvements in all measured outcomes. The mean diabetes-related knowledge score increased from 8.06 to 10.58, with a mean difference of 2.52 points. The mean self-regulation score increased from 38.40 to 50.14, with a mean difference of 11.74 points. The mean self-care score increased from 30.02 to 39.80, with a mean difference of 9.78 points. The mean health behavior score increased from 28.90 to 39.04, with a mean difference of 10.14 points. All changes were statistically significant at $p < 0.001$. Post-intervention comparisons between groups also showed that the experimental group had significantly higher mean scores for diabetes-related knowledge, self-regulation, self-care, and health behaviors than the control group. Regarding glycemic control, the mean FBS level in the experimental group decreased from 144.98 mg/dL to 125.72 mg/dL, while the mean HbA1c level decreased from 7.34% to 6.63%. Both reductions were statistically significant at $p < 0.001$. Following the intervention, the experimental group had a lower mean FBS level than the control group (125.72 vs. 137.74 mg/dL), with a mean difference of −12.02 mg/dL. Similarly, the mean HbA1c level was lower in the experimental group than in the control group (6.63% vs. 7.28%), with a mean difference of −0.65%. These between-group differences were statistically significant at $p < 0.001$. In addition, overall satisfaction with the care model among participants in the experimental group was rated at the highest level (Mean = 4.98, SD = 0.08).

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, community digital health stations, self-care, self-regulation, Health Behaviors, fasting blood glucose, HbA1c

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus: T2DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานขององค์การอนามัยโลก [2] ในปี 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทีมีอายุ 20-79 ปี ทั่วโลกมีจำนวนทังสิ้น 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 และ 783 ล้านคนในปี 2588 สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย จากฐานข้อมูลระบบสุขภาพ [3] ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2565-2567 พบคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวานทั้งสิ้น 3.2, 3.4 และ 3.6 ล้านคน ตามลำดับ ในปี 2568 พบผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 3.8 ล้านคน มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี 2565-2567 อยู่ที่ 564.78, 609.07 และ644.41 ปี 2568 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรอยู่ที่ 685.76 ขณะเดียวกันสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ [1] คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 20–79 ปี) ที่มีเบาหวานในประเทศไทยในปี 2565 สูงถึง **6.36 ล้านคน** ซึ่งคิดเป็นความชุกประมาณ **10.2%** ของประชากรกลุ่มนี้ ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย [4] พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในรอบหลายปีที่ผ่านมา และอัตราการควบคุมโรคยังอยู่ในระดับต่ำ

โดยผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่า 7% ได้ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยและอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลที่ต่ำแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของระบบบริการสุขภาพทั้งในด้านการติดตาม การให้ความรู้ และการสนับสนุนการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย รวมถึงยังเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับชุมชน [5]

จังหวัดสระแก้ว มีข้อมูลผู้ป่วยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด [6] มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนมากกว่า 31,000 ราย โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร ปี 2565-2567 อยู่ที่ 621.56,714.27 และ 659.26 และในปี 2568 อยู่ที่ 688.68 อัตราป่วยดังกล่าวสอดคล้องกับระดับประเทศ อำเภอเมืองสระแก้วมีผู้ป่วยเบาหวาน 6,887 คน ปี 2568 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร อยู่ที่ 830.32 ซึ่งมีอัตราสูงกว่าในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 44 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c ≥ 7%) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เป็นพื้นที่ที่มีโครงสร้างประชากรหลากหลาย มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี [2] ปัญหาเด่นของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ (1) ผู้ป่วยขาดการติดตามสม่ำเสมอ (2) การควบคุมระดับ HbA1c ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย (3) ภาระงานของหน่วยบริการปฐมภูมิสูง ทำให้การให้คำปรึกษาเชิงลึกมีข้อจำกัด และ (4) ยังไม่มีระบบดิจิทัลเชิงบูรณาการเพื่อการติดตามผู้ป่วยเบาหวานในรูปแบบที่เหมาะกับบริบทของชุมชน แม้จะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านสุขภาพ แต่การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้กับงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับชุมชนยังมีช่องว่าง [7] เช่น การขาดระบบ telehealth เฉพาะสำหรับโรคเบาหวาน, การไม่ต่อเนื่องของข้อมูล, การไม่เชื่อมโยงบริการระหว่างบ้าน–ชุมชน–สถานบริการ และการขาดแบบจำลองการดูแลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับในบริบทไทยเพื่อให้เกิดการจัดการโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงจำเป็นต้องพัฒนา “รูปแบบการดูแลแบบดิจิทัลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน” ซึ่งสามารถสนับสนุนการติดตามค่าระดับน้ำตาล ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เชื่อมต่อข้อมูลกับหน่วยบริการ ลดภาระงานของบุคลากรปฐมภูมิ เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวช่องว่างทางเทคโนโลยีและงานวิจัยในปัจจุบันสะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีนวัตกรรมด้านการจัดการโรคเรื้อรังผ่านระบบดิจิทัล ซึ่งยังขาดการศึกษาที่เป็นระบบในระดับชุมชน โดยเฉพาะแบบจำลองที่สามารถขยายผลได้จริงในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนนโยบาย [8] “สุขภาพดิจิทัล (Digital Health)” เพื่อยกระดับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยกับหน่วยบริการและชุมชน เช่น การใช้แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ การให้คำปรึกษาออนไลน์ และการสร้างระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนแบบเรียลไทม์ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง **“สถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน”** เป็นแนวคิดและนวัตกรรมสุขภาพระดับพื้นที่ในการขยายและยกระดับบริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.)ที่มีอยู่ในทุกหมู่บ้าน ให้มีศักยภาพสามารถบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการให้ความรู้ การติดตามสุขภาพ การให้คำปรึกษา และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เนื่องจากอำเภอเมืองสระแก้วมีการดำเนินงานสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชนในทุกหมู่บ้าน จำนวน 140 แห่ง มีการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี โดยผู้ป่วยเบาหวานไม่จำเป็นต้องเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีที่มารับบริการในสถานีสุขภาพดิจิทัลที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอย่างสม่ำเสมอ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน เป็นรูปแบบพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเอง [9] และ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความเสี่ยงและยอมเปลี่ยนพฤติกรรม [10] เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถลดช่องว่างการดูแล และสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้วซึ่งมีศักยภาพในการทดลองและพัฒนาโมเดลต้นแบบเพื่อขยายผลในระดับจังหวัดและประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน (Digital Community Health Station Model)

3) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน (Digital Community Health Station Model) ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และ ระดับ FBS/HbA1c

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development; R & D) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยใช้กระบวนการแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 โดยการเลือกสถิติ Means: Difference between two independent means (two groups) โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ (α) เท่ากับ 0.05 และค่าอานาจการทดสอบ (1- β) เท่ากับ 0.8 สำหรับค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 เมื่อแทนค่าต่าง ๆ ในสูตรคานวณด้วยโปรแกรม ได้ขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 97 คน เพื่อความสะดวกในการดำเนินการวิจัย การจัดกลุ่มผู้ป่วย และเพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความสมดุลและง่ายต่อการจัดการ ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 50 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน ซึ่งยังคงอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกับค่าที่คำนวณได้ตามหลักสถิติและไม่ทำให้ความแม่นยำของการวิเคราะห์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยังเอื้อต่อการดำเนินงานจริงในภาคสนามและบริบทของพื้นที่ศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ 3) มีผลตรวจ HbA1c ภายใน 3 เดือน 4) สามารถใช้งานหรือเข้าถึงระบบสุขภาพดิจิทัลของชุมชนได้ และ 5) สมัครเข้าร่วมโดยสมัครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

2 เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองสระแก้ว 2) มีเหตุภาวะความจำเป็น เช่น เจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบคำถามได้ เป็นต้น 3) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 1 ครั้งขึ้นไป 4) เจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต และ 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดกระบวนการวิจัย

3 เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination criteria) เมื่อทีมผู้วิจัยมีข้อมูลสนับสนุนว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน เกิดผลกระทบและก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ และมีแนวโน้มทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ชีวิต และจิตใจของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 12 ครั้ง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรค สมาชิกในครอบครัว ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และการมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยรวบรวมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากตำราต่างๆ เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อวัดความสามารถในการกำกับตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ประกอบ ด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย และมั่นใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถวัดจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดูจากคะแนนรวมจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานตอบ จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจา บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมประจำคลีนิคเบาหวาน 1 ท่าน ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานระดับอำเภอ(ที่รับผิดชอบงานอย่างน้อย 1 ปี) 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวาน(ที่รับผิดชอบงานอย่างน้อย 1 ปี) 1 ท่าน และ ผู้เชียวชาญด้านวิจัยสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรง และความครอบคลุมเนื้อหา ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความชัดเจนของข้อคำถาม แล้วนำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (CVI) ซึ่ง Polit & Beck (2008: 64) เรียกว่า I-CVI (ค่า CVI ที่ได้จากการพิจารณารายข้อItem) ค่า CVI ที่ดีควรมีค่า > .80 (Polit & Beck, 2008, p. 64) โดยแบบสอบถามได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหาด้านความรู้ในการดูแลตนเอง ความสามารถในการกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.80, 0.83, 0.80 และ 0.80 ตามลำดับ

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในสถานีสุขภาพดิจิทัลอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของพื้นที่ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 30 คน แล้วนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพบว่า แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .73 และทดสอบโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความสามารถในการกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ .83, .75 และ .77ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการก่อนการเริ่มดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอ เค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุมัติการจัดเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่จากสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ขั้นตอนกำรดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการขอการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะให้เวลากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ และลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ ภายหลังกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 12 ครั้ง ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพ การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาล การส่งเสริมการดูแลด้านอาหารและการออกกำลังกาย การติดตามข้อมูลสุขภาพ การประเมินและสะท้อนผลการปฏิบัติ การให้คำปรึกษา และการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล การดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์สุดท้ายมีการประเมินหลังการทดลองและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งการวัดระดับ FBS และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การประเมินตนเอง สัปดาห์ที่ 2 การสร้างความตระหนักถึงความเสี่ยง สัปดาห์ที่ 3 รู้ประโยชน์และอุปสรรคด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 4 โภชนาการกับเบาหวาน กลุ่มเป้าหมาย สัปดาห์ที่ 5 ปฏิบัติด้านโภชนาการ สัปดาห์ที่ 6 การออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 7 ติดตามผลสุขภาพระหว่างการดำเนินการ สัปดาห์ที่ 8 การใช้ยาอย่างถูกต้อง สัปดาห์ที่ 9 จัดการอุปสรรคร่วมกัน กลุ่มเป้าหมาย สัปดาห์ที่ 10 กลุ่มเสริมแรง สัปดาห์ที่ 11 ปรับแผนรายบุคคล และสัปดาห์ที่ 12 ประเมินหลัง (Post-test) และสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทำการทดลอง นำข้อมูลมาทำการตรวจความสมบูรณ์ ความครบถ้วน และความถูกต้อง ทำการตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการลงรหัสข้อมูลและบันทึกและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรค สมาชิกในครอบครัว ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) และการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด โดยใช้สถิติใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.) การวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ที่ใช้และไม่ได้ใช้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม 3 เดือน โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) และการวิเคราะห์ Paired t –test ในกลุ่มทดลอง

ริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่หนังสือรับรองโครงการวิจัย SKPHO 4/2569

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 46.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 58.20 ปี อายุสูงสุด 62 ปี และอายุต่ำสุด 45

ปี ส่วนใหญ่มีสถานะภาพ สมรสคู่ (ร้อยละ 76.0) ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.0) มีอาชีพ เกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.0) และ ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 54.0) กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.0) มีอายุระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 58.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 61.04 ปี อายุสูงสุด 63 ปี และอายุต่ำสุด 48 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.0) ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.0) มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 32.0) และ ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 56.0) กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม มีปัจจัยบุคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p > .001$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง

2.การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง และ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

3.การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน ระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง

4.การเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ของกลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน ก่อนทดลองและหลังการทดลอง และพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน มากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p > .001$) โดยช่วงความเชื่อมั่น 95% ของค่า Mean Difference ไม่คร่อมศูนย์ทุกตัวแปร แสดงให้เห็นว่าการทดลองมีผลต่อการเพิ่มคะแนนของกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) และ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

5.การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) และ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มจาก 8.06 เป็น หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) และ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .001$)

6.ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.98, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.08) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.96–5.00 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับ มากที่สุด ทั้งหมด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 2 และข้อที่ 10 (ค่าเฉลี่ย = 5.00, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.00) รองลงมา ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 5, 6 และ 8 (ค่าเฉลี่ย

= 4.98, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.14) และข้อที่ 1, 7 และ 9 มีค่าเฉลี่ย 4.96 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.20) แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก และมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าต่ำ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีโดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้วมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และ ระดับ FBS/HbA1c ดังนี้

1 ผลของรูปแบบต่อความรู้ การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยด้านการกำกับตนเองเพิ่มจาก 38.40 คะแนน เป็น 50.14 คะแนน คะแนนด้านการดูแลตนเองเพิ่มจาก 30.02 คะแนน เป็น 39.80 คะแนน และคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มจาก 28.90 คะแนน เป็น 39.04 คะแนน โดยทุกด้านมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ ผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง การกำหนดเป้าหมาย การติดตามข้อมูลสุขภาพ การปรับพฤติกรรม และการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล กระบวนการดังกล่าวเอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการกำกับตนเองและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Polsook และคณะ [11] ซึ่งทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 7 การศึกษา รวมผู้เข้าร่วม 697 คน ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงด้านการจัดการตนเองมีผลลัพธ์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และการแทรกแซงด้านการจัดการตนเองสามารถช่วยลดระดับ HbA1c ได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการฝึกอบรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งพบว่าการแทรกแซงที่ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงความรู้หรือทัศนคติ แต่ครอบคลุมถึงการพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ป่วย มีแนวโน้มส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านการดูแลตนเองที่ดีขึ้น [12]

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยระหว่างกลุ่ม พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวจึงสนับสนุนว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรด้านการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

2. ผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่อการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบการดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีค่า FBS และ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการที่รูปแบบนำข้อมูลสุขภาพจากสถานีสุขภาพดิจิทัลมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการติดตามและดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ข้อมูลสุขภาพของตนเองและนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประกอบการวางแผนการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cui และคณะ [13] ซึ่งได้ทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมาน

การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพบว่าเทคโนโลยีดังกล่าวมีศักยภาพในการสนับสนุนการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Hou และคณะ[4] ซึ่งทบทวนและวิเคราะห์อภิมานการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือเพื่อสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวานจากการศึกษาแบบสุ่ม [14] การศึกษารวมผู้เข้าร่วม 1,360 คน พบว่าการใช้แอปพลิเคชันมีความสัมพันธ์กับการลดลงของ HbA1c เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยผลของการแทรกแซงมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อมีการให้ข้อมูลย้อนกลับจากบุคลากรสุขภาพร่วมด้วย

นอกจากนี้ Versluis และคณะ [15] ได้ทบทวนและวิเคราะห์อภิมานการให้การศึกษาและการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านระบบ mobile health จากงานวิจัยแบบสุ่ม 43 การศึกษา รวมผู้เข้าร่วม 9,328 คน ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่าน mHealth มีผลลดระดับ HbA1c ได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c ลดลงจาก 7.34% เป็น 6.63% และมีค่า FBS ลดลงจาก 144.98 mg/dL เป็น 125.72 mg/dL โดยแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า FBS เฉลี่ย 125.72 mg/dL ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 137.74 mg/dL และมีค่า HbA1c เฉลี่ย 6.63% ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 7.28% โดยความแตกต่างของทั้ง FBS และ HbA1c มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ 3.ผลตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ร่วมกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแนวคิดของ Orem ให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง [16] ขณะที่กิจกรรมของรูปแบบการวิจัยครั้งนี้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแลสุขภาพ และติดตามผลการปฏิบัติของตนเอง ผลการวิจัยที่พบว่าคะแนนด้านการกำกับตนเองและการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการทดลอง จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว กล่าวคือ การจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการดูแลสุขภาพของตนเอง อาจช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองความสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดการดูแลตนเองเป็นฐานในการส่งเสริมการจัดการโรคเบาหวาน โดยพบว่าการจัดกิจกรรมที่ประเมินความต้องการด้านการดูแลตนเองและให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสมสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้

สำหรับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ รูปแบบการวิจัยครั้งนี้มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการพิจารณาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของ Health Belief Model ตามแนวคิดของ Rosenstock [17] ผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนความรู้ การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง จึงสามารถอภิปรายได้ว่ากิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองและเห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาจมีส่วนสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ Health Belief Model ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการทำความเข้าใจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำแนวทางของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่

2 โดยสถานีสุขภาพดิจิทัลชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการติดตามและส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยควรดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามผลเป็นระยะ

2. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลจากสถานีสุขภาพดิจิทัลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง และนำข้อมูลมาใช้ประกอบการวางแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล

3. ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการกำกับตนเอง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และทบทวนผลการปฏิบัติของตนเอง

4. ควรจัดให้มีบุคลากรหรือผู้ช่วยในการให้คำแนะนำ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในผู้ป่วยที่ยังขาดความมั่นใจในการใช้อุปกรณ์หรือระบบดิจิทัล โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี

5. ควรส่งเสริมการใช้ช่องทางดิจิทัลเพื่อการให้คำปรึกษาและติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะในประเด็นที่ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การจัดการอาหาร และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ

2.ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของรูปแบบในระยะยาวภายหลังสิ้นสุดการทดลอง เพื่อศึกษาความต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ FBS และ HbA1c

2. ควรศึกษาการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถนำแนวทางการดูแลตนเองไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหรือไม่

3. ควรศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการใช้อุปกรณ์ดิจิทัล เพื่อให้สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสถานีสุขภาพดิจิทัลได้อย่างเหมาะสม

4. ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น โดยพิจารณาความแตกต่างด้านบริบทของชุมชน จำนวนผู้ป่วย ความพร้อมของบุคลากร ระบบเทคโนโลยี และทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่

5. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หากมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ความต่อเนื่องในการใช้บริการ การใช้สถานีสุขภาพดิจิทัล และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต เพื่อให้เห็นผลของรูปแบบในมิติที่ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation.(2021). IDF diabetes atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.

2.World Health Organization.(2024). Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Sep 13]. Available from: WHO Diabetes Fact Sheet

3.กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC): ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเทศไทย พ.ศ. 2565–2568 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ย. 2569].

4.Aekplakorn W, editor.(2021). The 6th Thailand National Health Examination Survey 2019–2020. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021.

5.International Diabetes Federation.(2023). Diabetes and kidney disease [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2023 [cited 2026 Sep 13]. Available from: IDF Diabetes and Kidney Disease Report

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2568). ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานจากระบบ Health Data Center จังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2565–2568. สระแก้ว: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว; 2568.

7.American Diabetes Association Professional Practice Committee.(2024). Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S77-S110.

8.กระทรวงสาธารณสุข.(2568). นโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.

9.Orem DE.(2001). Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

10.Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH.(1988). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-183

11. Polsook R, Aungsuroch Y, Thontham A.(2024). The effect of self-management intervention among type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Worldviews Evid Based Nurs. 2024;21(1):59-67. doi:10.1111/wvn.12688.

12. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV.(2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Diabetes Care. 2001;24(3):561-587. doi:10.2337/diacare.24.3.561.

13. Cui M, Wu X, Mao J, Wang X, Nie M.(2016). T2DM self-management via smartphone applications: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2016;11(11):e0166718. doi:10.1371/journal.pone.0166718.

14. Hou C, Carter B, Hewitt J, Francisa T, Mayor S.(2016). Do mobile phone applications improve glycemic control (HbA1c) in the self-management of diabetes? A systematic review, meta-analysis, and GRADE of 14 randomized trials. Diabetes Care. 2016;39(11):2089-2095. doi:10.2337/dc16-0346.

15. Versluis A, Boels AM, Huijden MCG, Mijnsbergen MD, Rutten GEHM, Vos RC. (2025).Diabetes self-management education and support delivered by mobile health (mHealth) interventions for adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabet Med. 2025;42(5):e70002. doi:10.1111/dme.70002.

16. Orem DE.(2001). Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2001.

17. Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr.1974;2(4):328-335. doi:10.1177/109019817400200403.

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

The Relationship between Work Quality of Life and Commitment to Sub-district Health Promotion Hospitals among Village Health Volunteers in Khong Chai District, Kalasin Province.

(Received: September 7, 2026; Revised: September 12, 2026 ; Accepted: September 14, 2026)

ศศิธร สุนรกุมภ์[1] สุพัตรา วัฒนเสน[2] เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[3]
Sasitorn Sunoragum[1] Supatra Watthanasaen[2] Saowaluk Seedaket[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ระดับความผูกพันและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 233 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและความเชื่อมั่นมีค่าของสัมประสิทธิ์ครอนบาชแอลฟาด้านคุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อรพ.สต. เท่ากับ 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ =3.86, S.D.=0.48) และความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.25, S.D.=0.54) การทดสอบความสัมพันธ์พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s=0.717, p < .001)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน, ความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate the level of work quality of life, commitment, and the relationship between work quality of life and commitment to Sub-district Health Promotion Hospitals among Village Health Volunteers in Khong Chai District, Kalasin Province. The sample consisted of 233 village health volunteers. Data were collected using questionnaires and the coefficient of Cronbach's alpha reliably of work Quality and Life and Commitment were 0.96 and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the overall work quality of life was at a high level ($\bar{x}$ =3.86, S.D.=0.48) and the overall organizational commitment was also at a high level ($\bar{x}$ =4.25, S.D.=0.54). There was positive relationship between work quality of life and commitment to Sub-district Health Promotion Hospitals with statistical significance (r_s=0.717, p < .001).

Keywords: Work Quality of Life, Commitment to Sub-district Health Promotion Hospitals, Health Volunteers

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[2] อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author, supatra.watt@neu.ac.th
[3] อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Corresponding author

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องปรับรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดบริการเชิงรุกและการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน ซึ่งการขับเคลื่อนดังกล่าวนั้นจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีศักยภาพ ตลอดจนมีความพร้อมสูงในการปฏิบัติงาน[1]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย โดยมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและเฝ้าระวังโรค ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งประสานและเชื่อมโยงประชาชนกับหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ อสม. มีความใกล้ชิดกับประชาชนและสามารถเข้าถึงครัวเรือนในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง[2] ดังนั้นประสิทธิภาพของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงมิได้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของหน่วยบริการเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิตการทำงาน[3,4] และความผูกพันของเครือข่าย อสม.[4] ที่ร่วมขับเคลื่อนงานสุขภาพในพื้นที่ด้วย[3]

แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of Working Life: QWL) ของ Walton[5] กล่าวถึงสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงาน ความเหมาะสมและเป็นธรรมของค่าตอบแทน ความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล การพัฒนาศักยภาพ ความก้าวหน้าและความมั่นคงในอาชีพ ตลอดจนความสมดุลระหว่างการทำงานและการดำเนินชีวิต และจากการทบทวนงานวิจัยในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการทำงาน[6,7] และ การศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะปัจจัยด้านทักษะ ทรัพยากรในการทำงาน ความสัมพันธ์กับเครือข่ายและชุมชน รวมถึงความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ซึ่งล้วนมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับภาวะหมดไฟจากการปฏิบัติงาน[8]

นอกจากคุณภาพชีวิตการทำงานแล้ว ความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment) ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ โดยแนวคิดของ Allen และ Meyer[9] ความผูกพันต่อองค์กรสะท้อนถึงเจตคติและความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อองค์กร ทั้งในมิติความรู้สึกทางจิตใจ ความต้องการคงอยู่ และพันธะหน้าที่ ซึ่งแสดงออกผ่านความตั้งใจในการปฏิบัติงานและความพร้อมที่จะทุ่มเทเทกายใจให้กับองค์กรและภารกิจที่รับผิดชอบ จากการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดน่าน[10] พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานของ อสม. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความผูกพันต่อองค์กรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .698$, $p<0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีให้แก่ อสม. มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรสาธารณสุขให้เพิ่มมากขึ้น[10]

จากสถานการณ์การกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้โครงสร้างการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลง จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการถ่ายโอนภารกิจสามารถเปิดโอกาสให้ท้องถิ่นมีบทบาทในการออกแบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทของประชาชนมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันยังมีความท้าทายด้านบุคลากร ทรัพยากร งบประมาณ การประสานงาน และความชัดเจนของระบบบริหารจัดการ[11,12]

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงอาจส่งผลต่อสภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร และความผูกพันของเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่

รวมถึงอสม.ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด สำหรับบริบทอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อสม. เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพระดับชุมชนและการเชื่อมโยงประชาชนกับ รพ.สต. จากข้อมูลในพื้นที่ปี พ.ศ. 2568 พบว่า มี อสม. ลาออกจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 3.68[13] อาจส่งผลให้งานสาธารณสุขขาดความต่อเนื่องและสูญเสียงบประมาณ และสะท้อนถึงประเด็นด้านการคงอยู่ของกำลังคนเครือข่ายสุขภาพที่ควรได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ การลาออกของ อสม. ไม่เพียงส่งผลต่อจำนวนกำลังคนในระบบ แต่ยังอาจกระทบต่อความต่อเนื่องของการติดตาม ดูแล และประสานงานด้านสุขภาพของประชาชนในระดับครัวเรือน ดังนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อ รพ.สต. จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนบริหารและรักษาเครือข่าย อสม. ในพื้นที่[10]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อ รพ.สต. ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพ พัฒนาระบบสนับสนุนการให้บริการ สวัสดิการ แรงจูงใจ และแนวทางการรักษาเครือข่าย อสม. ให้มีความผูกพันและสามารถปฏิบัติงานด้านสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานประกอบด้วย 8 ด้าน ของ Walton[5] และผูกพันต่อองค์การแนวคิดของ Allen และ Meyer[9] มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในช่วงเดือนกรกฎาคม 2569

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 571 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร[14] ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จำนวน 233 คน

การสุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) จำแนกตามรพ.สต. 7 แห่ง และ รพ.ฆ้องชัย เพื่อจัดสรรขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional allocation) จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากคัดเลือก อสม. รายบุคคลจนได้กลุ่มตัวอย่างรวม 223 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (8 ข้อ) ประกอบด้วย 1)เพศ 2)อายุ 3)สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5)อาชีพ 6)รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม. และ 8)การได้รับการพัฒนาทักษะ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตการทำงาน (38 ข้อ) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Walton[5] ครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย3)ด้านโอกาสและการพัฒนาความสามารถ 4)ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน 5)ด้านการบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน 6)ด้านสิทธิส่วนบุคคล 7)ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว 8)ด้านการคำนึงถึงประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม และความภาคภูมิใจในองค์กร

ส่วนที่ 3: ความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (18 ข้อ) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Allen & Meyer[9] ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านความผูกพันด้านจิตใจ 2)ความผูกพันด้านการคงอยู่ในองค์กร และ3)ด้านความผูกพันด้านบรรทัดฐาน

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5 = มากที่สุด ถึง 1 = น้อยที่สุด) โดยแปลความหมายค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best [15]แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (3.68–5.00)ปานกลาง (2.34–3.67) และน้อย (1.00–2.33)

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Concurrently: IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในอำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยแบบสอบถามที่มี ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราสวนประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาควิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน เท่ากับ 0.93 และ ด้านความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอฆ้องชัย เพื่อเผยแพร่แบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบคิวอาร์โค้ด (QR Code) แก่กลุ่มตัวอย่าง อสม. ตอบด้วยตนเอง จากนั้นดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคุณภาพชีวิต โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) เนื่องจากมีการแจกแจงของข้อมูลไม่ปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมฯ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เลขที่อนุมัติ 116/2568 ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2569) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (เลขที่อนุมัติ KLS.REC 39/2569 วันที่ 10 มิถุนายน 2569)

ผลการศึกษา

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 233 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ76.00 มีอายุเฉลี่ย 55.68 ปี (S.D.=10.17) กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 48.50 สถานภาพสมรส ร้อย

ละ 79.40 สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 55.40 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 74.70 มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.40 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน มากกว่า 21 ปี ร้อยละ 31.80 ค่าเฉลี่ย 16.88 ปี(S.D.= 10.37) และใน1ปีที่ผ่านมาเข้าร่วมโครงการหรือกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ร้อยละ 92.70

2.คุณภาพชีวิตการทำงาน ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =3.86, S.D.= 0.48) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานสูงที่สุดคือ ด้านการคำนึงถึงประโยชน์ รองลงมาได้แก่ ด้านการบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ด้านโอกาสและการพัฒนาความสามารถ ด้านสิทธิส่วนบุคคล และ ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน ตามลำดับ โดยทุกด้านอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านที่มีระดับคุณภาพชีวิตในการทำงานต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลางมี 2 ด้าน คือ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม และ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย

3.ความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษาความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.25, S.D.= 0.54) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยด้านที่มีระดับความผูกพันสูงที่สุดคือ ความผูกพันด้านการคงอยู่ในองค์กร รองลงมาคือ ด้านความผูกพันด้านบรรทัดฐาน และ ด้านความผูกพันด้านจิตใจ ตามลำดับ

4.ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคุณภาพชีวิตการทำงาน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s= 0.717, p < .001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยด้านที่มีความสัมพันธ์ที่มีค่าสูงสุดคือ ด้านการคำนึงถึงประโยชน์ (r_s= 0.812, p < .001) รองลงมามีความสัมพันธ์เท่ากัน ได้แก่ ด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน และ ด้านการบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน(r_s= 0.678, p < .001) ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว (r_s= 0.667, p< .001) ด้านโอกาสและการพัฒนาความสามารถ (r_s= 0.525, p < .001) ด้านสิทธิส่วนบุคคล (r_s= 0.476, p < .001) ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม และ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย มีค่าเท่ากัน (r_s= 0.161, p < .001) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมและรายด้าน (n = 233)

คุณภาพชีวิตการทำงาน (รายด้าน)	ความผูกพันต่อรพ.สต. โดยรวม	
	Spearman's Rank Correlation r_S	p-value
1. ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	.161	.014
2. ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย	.161	.014
3. ด้านโอกาสและการพัฒนาความสามารถ	.525	<.001
4. ด้านความมั่นคง และความก้าวหน้าในงาน	.678	<.001
5. ด้านการบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน	.678	<.001
6. ด้านสิทธิส่วนบุคคล	.476	<.001
7. ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว	.667	<.001

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)และคุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาพรวมและรายด้าน (n = 233)

คุณภาพชีวิตการทำงาน (รายด้าน)	ความผูกพันต่อรพ.สต. โดยรวม	
	Spearman's Rank Correlation r_S	p-value
8. ด้านการคำนึงถึงประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม	.821	<.001
ภาพรวม	**.717**	**<.001**

สรุปและอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.86) โดยมิติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการคำนึงถึงประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม (ค่าเฉลี่ย = 4.23) สะท้อนให้เห็นว่า ในบริบทพื้นที่ของอำเภอฆ้องชัย การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานมีพื้นฐานสำคัญมาจากทุนทางสังคม ความผูกพันในชุมชน และคุณค่าทางจิตใจของการเป็น “ผู้ให้” มากกว่าการมุ่งหวังผลตอบแทนเชิงวัตถุ ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้สึกภาคภูมิใจในบทบาท การเห็นคุณค่าของงาน และความรู้สึกว่างานที่ตนเองปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้อื่นและชุมชนและในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อสม.รู้สึกภาคภูมิใจและมีความผูกพันที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของ รพ.สต.หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นว่า รพ.สต.ที่สังกัด เป็นองค์กรที่มีคุณธรรมและดำเนินงานโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของสังคมเป็นหลัก อยู่ในระดับ มากถึงมากที่สุด ร้อยละ 85.9 และ 83.3 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ปั้นบรรจง[3] และวิระดา เสือมากและคณะ[16] ที่พบว่า อสม.ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า แม้อสม. จะมีลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ แต่การรับรู้ถึงคุณค่าของบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชน การได้รับการยอมรับจากชุมชน ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่อาจส่งเสริมให้ อสม. รับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับที่ดี

สำหรับด้านการคำนึงถึงประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ลักษณะการปฏิบัติงานของ อสม. มีความใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนโดยตรง ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน และการประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้น เมื่อ อสม. สามารถมองเห็นผลลัพธ์ของงานที่ตนเองมีส่วนช่วยเหลือประชาชนและชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงอาจทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในบทบาทของตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การได้รับการยอมรับและความไว้วางใจจากประชาชนในชุมชนยังอาจช่วยเสริมสร้างความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญของระบบสุขภาพระดับชุมชน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตการทำงานในมิติด้านประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคมอยู่ในระดับสูง

ความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.25) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการคงอยู่ในองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.29) แสดงให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่มีความรู้สึก

ผูกพันต่อบทบาทและองค์กร ตลอดจนมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50–69 ปี (ร้อยละ 48.50) และมีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ 21 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31.80) ซึ่งอาจสะท้อนถึงการมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและความคุ้นเคยกับบทบาทหน้าที่ รวมถึงการมีความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนในชุมชนมาเป็นระยะเวลานาน การปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้ อสม. เกิดความคุ้นเคยกับระบบการทำงาน มีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง และเกิดความสัมพันธ์ที่มั่นคงกับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนในพื้นที่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและความตั้งใจที่จะคงอยู่ในการปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันในการเป็นอาสาสมัครของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 [17] ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความผูกพันของ อสม. อาจเกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานร่วมกัน การได้รับการสนับสนุนและการยอมรับอาจช่วยให้อาสาสมัครเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจและประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องว่าปัจจัยจูงใจ[18] โดยเฉพาะด้านลักษณะงานที่สร้างสรรค์และท้าทาย การได้รับการยอมรับนับถือ และความก้าวหน้าในงานร่วมกับปัจจัยค้ำจุน (เช่น ค่าจ้างและผลตอบแทน ตำแหน่งงาน และความมั่นคง) และปัจจัยภายในด้านความคาดหวังในการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลเชิงบวกและสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 55.10 ($R^2 = 0.551$, $p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ตลอดจนการได้รับการยอมรับและการสนับสนุนจากองค์กรและชุมชน มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการกระตุ้นความตั้งใจ ทุ่มเท และเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานสุขภาพปฐมภูมิของ อสม. ให้บรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน[19] ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การที่ อสม. รับรู้ว่างานที่ตนเองปฏิบัติมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ และมีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการทำงานและความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร สำหรับด้านการคงอยู่ในองค์กรมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อธิบายได้ว่า อสม. มีความคุ้นเคยกับบทบาทหน้าที่ ระบบการทำงาน และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับประชาชนและชุมชนจากการปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ความคุ้นเคยและประสบการณ์ดังกล่าวอาจทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติหน้าที่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อ อสม. สามารถมองเห็นคุณค่าของบทบาทของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับบทบาทของอสม.ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงประชาชนกับระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ในด้านการมีส่วนร่วม สามารถเชื่อมโยงกับการศึกษาที่พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน เช่น การคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน การประชาสัมพันธ์ข้อมูล และการติดตามผู้ป่วย รวมถึงมีข้อเสนอให้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างอสม. เช่น การประชุมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน[20] ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การเปิดโอกาสให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุขและอสม. คนอื่นอย่างต่อเนื่อง อาจช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และความผูกพันในการปฏิบัติงาน

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยโดยภาพรวม ความผูกพันต่อองค์กรของ อสม. ในอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับทั้งประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การได้รับการสนับสนุนและการยอมรับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ และ

ความสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะเมื่อ อสม. มีโอกาสปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องและเห็นคุณค่าของบทบาทของตนเอง ย่อมอาจส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและมีความตั้งใจที่จะคงอยู่ในการปฏิบัติหน้าที่ หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมสนับสนุนและเชิดชูผลงาน รวมทั้งส่งเสริมการทำงานเป็นทีม เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคุณภาพชีวิตการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.717$, $p < .001$) รวมทั้งทุกด้านของคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะด้านการคำนึงถึงประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.821$, $p < .001$) อสม.ภาคภูมิใจและมีความผูกพันที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของ รพ.สต.หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และเชื่อมั่นว่า รพ.สต.ที่ตนเองสังกัด เป็นองค์กรที่มีคุณธรรมและดำเนินงานโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของสังคมเป็นหลัก แสดงให้เห็นว่า อสม. ที่รับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีความผูกพันต่อ รพ.สต. ในระดับสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของนิยม สุนทร[10] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานรายด้านมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรสาธารณสุขเช่นเดียวกัน สะท้อนให้เห็นว่า การมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีอาจมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กรสาธารณสุขของอสม. ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานด้านการคำนึงถึงประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรสูงที่สุด ($r = 0.821$) สะท้อนว่า การที่ อสม. รับรู้ว่าบทบาทและงานที่ตนปฏิบัติมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและชุมชน มีส่วนสำคัญต่อการสร้างความรู้สึกผูกพันกับ รพ.สต. เนื่องจากลักษณะงานของอสม. เป็นงานที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของอสม. จังหวัดน่าน ทั้งภาพรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] และ การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของอสม. อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ยังสะท้อนให้เห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตการทำงานของอสม. ในบริบทของการปฏิบัติงานด้านสุขภาพชุมชน[3] ทั้งนี้ การที่ อสม. รับรู้ถึงคุณค่าและประโยชน์ของบทบาทตนเองต่อประชาชน อาจช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าและความเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความผูกพันต่อ รพ.สต.

ในขณะที่คุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรมและสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อองค์กรที่มีค่าน้อย ($r = 0.161$) แต่ยังสะท้อนว่าปัจจัยดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับความผูกพันต่อองค์กรในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่ศึกษาอสม. จังหวัดน่าน[10] พบว่า ด้านสวัสดิการและผลตอบแทนที่ยุติธรรมและเพียงพอเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตการทำงานของอสม. และคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรสาธารณสุข ดังนั้น ปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการจึงอาจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ควรได้รับการสนับสนุนแม้ในบริบทของอสม. ความผูกพันต่อองค์กรอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้าน

คุณค่าของงานความสัมพันธ์กับชุมชน และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมด้วย

คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อ รพ.สต. โดยเฉพาะด้านการคำนึงถึงประโยชน์และความรับผิดชอบต่อสังคมดังนั้น ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมการยอมรับและเชิดชูบทบาทอสม. พร้อมสนับสนุนสวัสดิการและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความผูกพันและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุขและภาครัฐควรรักษาฐานความผูกพันและยกระดับคุณภาพชีวิต อสม. อำเภอฆ้องชัย โดยการสร้างขวัญกำลังใจผ่าน การเชิดชูเกียรติ เปิดโอกาสให้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่าง ที่เกี่ยวกับ การพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ เพื่อร่วมกำหนดทิศทางชุมชน และปรับปรุงสวัสดิการสิทธิการรักษาพยาบาล พร้อมเร่งรัดเบิกจ่ายค่าป่วยการเพื่อช่วยลดภาระค่าครองชีพ รวมทั้งปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและสนับสนุนอุปกรณ์การทำงานเพื่อเอื้อต่อการทำงานของอสม.

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มการศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของอสม. และมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อได้ข้อมลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของอสม. ที่อาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหา อุปสรรค และบริบทเชิงลึกในพื้นที่ปฏิบัติงานจริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอสม.ทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอฆ้องชัย ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุพัตรา วัฒนเสน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผศ.ดร.เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ อาจารย์ที่ปรึกษารอง ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2563). บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2563.

2.วิทยา ชินบุตร, นภัทร ภักดีสรวิชญ์.(2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(2): 304-318.

3.วราภรณ์ ปั้นบรรจง, พิศณุ พูนเพชรพันธ์.(2560). คุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2560; 10(1): 143-154.

4.วสุพัชร์ แก้วกิ้ม.(2563). คุณภาพชีวิตในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเครือข่ายสุขภาพ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (2563); 3(2): 68–79.

5.Walton RE.(1974). Quality of working life: What is it? Sloan Manage Rev 1974; 15(1): 11-21.

6.มวิศา สุขพุ่ม, ยุวนุช สัตยสมบูรณ์, จุฑาทิพย์ ศีลบุตร, กรวรรณ ยอดไม้.(2025). คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2025; 55(2): 1246-1260.

7.สมเกียรติ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมศ, เชิดฤทธิ์ สุวรรณรัตน์, ดวงพร อนันต์ชัยวัฒน์.(2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(2): 332-341.

8.มณีวีย์ สิงห์โห, กมลนัทธ์ ม่วงยิ้ม, เดชา วรรณพาหุล, กมล อาจดี, ภัทรวดี รุจิพิชชาพร.(2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี 2566; 9(3): 309-320.

9.Allen NJ, Meyer JP.(1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. J Occup Psychol 1990; 63(1): 1-18.

10.นิยม สุนทร.(2566). คุณภาพชีวิตในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรสาธารณสุข ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน. น่าน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน; 2566.

11.วิระศักดิ์ เดชอรัญ, สมศิริ เดชะรัตน์, บุญยภัทร ชัยเมล์.(2568). ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อรองรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข: การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารนโยบายและกฎหมายสาธารณสุข. 2568; 11(1): 1-11.

12.วีระศักดิ์ เครือเทพ, ปรีดา แต้อารักษ์, ประนอม โอสาร.(2568). จากฟังก์ชันสมมาตรสู่การมีส่วนร่วมของพลเมืองและการอภิบาลระบบสุขภาพในการบริการสาธารณสุขชุมชนหลังการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. วารสารการบริหารท้องถิ่น 2568; 18(4): 469-488.

13.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฆ้องชัย.(2568). ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฆ้องชัย; 2568.

14.Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB.(2013). Designing clinical research. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

15.Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

16.วิระดา เสือกมาก, ประภาเพ็ญ สุวรรณ.(2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลรัษฎา อำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2566; 3(2): 14-31.

17.ทัศพร ชูศักดิ์, เมธี สุทธศิลป์, กฤติเดช มิ่งไม้.(2561). ความผูกพันในการเป็นอาสาสมัครของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2561; 13(2): 244-256.

18.Herzberg F, et al.(1959). The Motivation to Work. New York : John and Son; 1959.

19.วัลลภา อุดเสน, น้ำเงิน จันทรมณี.(2568). ปัจจัยทำนายประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2568; 11(1): 1-14.

20. วรางคณา บุตรศรี, อภิรดี เจริญนุกูล.(2562). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน : กรณีศึกษาตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 2(2): 101-114.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการทำงานของระบบประสาทในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตรัง: การศึกษา

Factors Associated with Neurological Recovery in Patients with Non-Traumatic Spinal Cord Injury at Trang Hospital: A Study.

(Received: September 7, 2026; Revised: September 13, 2026 ; Accepted: September 17, 2026)

สุนทร กิตติเชษฐ์[1]
Soontorn Kittichet

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์และทางคลินิก สัดส่วนการฟื้นตัวของการทำงานของระบบประสาทภายใน 6 เดือน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตรัง การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังในลักษณะ retrospective cohort study โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2568 ตรวจคัดกรองเวชระเบียนทั้งหมด 82 ราย คัดออก 34 ราย และมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิเคราะห์ 48 ราย เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวมเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 58.7 ± 13.6 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 60.4 และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรคร้อยละ 72.9 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมกดทับไขสันหลังร้อยละ 56.3 เมื่อครบ 6 เดือน ผู้ป่วย 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 มีระดับ American Spinal Injury Association Impairment Scale (AIS) ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ การวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสการฟื้นตัวที่ลดลง (adjusted odds ratio [aOR] 0.94; 95% CI 0.89–0.99; p = .021) เช่นเดียวกับโรคเบาหวาน (aOR 0.31; 95% CI 0.09–0.98; p = .046) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษา (aOR 0.29; 95% CI 0.08–0.97; p = .044) ขณะที่การได้รับการผ่าตัดภายใน 14 วันสัมพันธ์กับโอกาสการฟื้นตัวที่สูงขึ้น (aOR 3.87; 95% CI 1.14–13.17; p = .031)

คำสำคัญ: การบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ, การฟื้นตัวทางระบบประสาท, American Spinal Injury Association Impairment Scale, ปัจจัยที่สัมพันธ์, การศึกษาย้อนหลัง

Abstract

This study aimed to describe the demographic and clinical characteristics of patients with NTSCI, determine the proportion of neurological recovery within 6 months, and identify factors associated with neurological recovery among patients treated at Trang Hospital. A survey research by retrospective cohort study was conducted using medical records of patients aged 18 years or older who received treatment between October 1, 2020, and September 30, 2025. Of 82 medical records screened, 34 were excluded, leaving 48 patients for analysis. Data were collected using a researcher-developed case record form reviewed by three experts, with an overall Index of Item-Objective Congruence of 0.91. Descriptive statistics, between-group comparisons, and multivariable logistic regression were performed. Statistical significance was set at .05.

The mean age of the 48 patients was 58.7 ± 13.6 years; 60.4% were male and 72.9% had at least one comorbidity. Cervical degenerative spinal cord compression was the most common etiology, accounting for 56.3% of cases. At 6 months, 27 patients (56.3%) demonstrated improvement of at least one grade on the American Spinal Injury Association Impairment Scale (AIS). Multivariable analysis showed that increasing age was associated with lower odds of neurological recovery (adjusted odds ratio [aOR] 0.94; 95% CI 0.89–0.99; p = .021), as were diabetes mellitus

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

(aOR 0.31; 95% CI 0.09–0.98; p = .046) and in-hospital complications (aOR 0.29; 95% CI 0.08–0.97; p = .044). Surgery within 14 days was associated with higher odds of neurological recovery (aOR 3.87; 95% CI 1.14–13.17; p = .031).
Keywords: non-traumatic spinal cord injury, neurological recovery, American Spinal Injury Association Impairment Scale, associated factors, retrospective study

บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ (non-traumatic spinal cord injury: NTSCI) เป็นความผิดปกติของไขสันหลังที่เกิดจากพยาธิสภาพภายในร่างกาย มิได้เกิดจากแรงกระทำภายนอกหรืออุบัติเหตุโดยตรง สาเหตุสำคัญประกอบด้วยภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมที่ทำให้เกิดการกดทับไขสันหลัง เนื้องอก การติดเชื้อ และความผิดปกติของระบบหลอดเลือด พยาธิสภาพเหล่านี้สามารถทำให้เกิดความบกพร่องของการเคลื่อนไหว การรับความรู้สึก การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว[1-4] ผู้ป่วย NTSCI มักมีอายุมากกว่าผู้ป่วยที่มี spinal cord injury จากอุบัติเหตุและมีโรคประจำตัวร่วมหลายชนิด อีกทั้งแต่ละสาเหตุยังมีลักษณะการดำเนินโรค แนวทางการรักษา และพยากรณ์โรคแตกต่างกัน[2,3]

การประเมินความรุนแรงและติดตามการฟื้นตัวของระบบประสาทเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI) และ American Spinal Injury Association Impairment Scale (AIS) เป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับสำหรับจำแนกระดับความบกพร่องทางระบบประสาทและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ[5] การเปลี่ยนแปลงของระดับ AIS ภายหลังการรักษาจึงสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการฟื้นตัวทางระบบประสาทได้

การฟื้นตัวของผู้ป่วย NTSCI มีความซับซ้อนและอาจสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งลักษณะส่วนบุคคล โรคประจำตัว สาเหตุและความรุนแรงของพยาธิสภาพ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงการรักษา การส่งต่อ การผ่าตัด ตลอดจนการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวอาจแตกต่างไปตามลักษณะของประชากร สาเหตุของโรค แนวทางการรักษา และบริบทของระบบบริการสุขภาพแต่ละแห่ง จึงจำเป็นต้องมีข้อมูลในระดับสถานบริการเพื่อใช้ประกอบการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลตรังเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการด้านศัลยกรรมระบบประสาทแก่ผู้ป่วยในจังหวัดตรังและพื้นที่ใกล้เคียง ผู้ป่วย NTSCI ที่เข้ารับการรักษามีความหลากหลายทั้งด้านอายุ โรคร่วม สาเหตุของพยาธิสภาพ และระยะเวลาการเข้าถึงการรักษา อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อมูลเฉพาะบริบทเกี่ยวกับการฟื้นตัวทางระบบประสาทในระยะ 6 เดือนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ดังกล่าวค่อนข้างจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์และทางคลินิก ศึกษาสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับ AIS ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับภายใน 6 เดือนหลังการรักษา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการทำงานของระบบประสาทในผู้ป่วย NTSCI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาการประเมินความเสี่ยง การติดตามผู้ป่วย และกระบวนการดูแลรักษาในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์และทางคลินิก สัดส่วนการฟื้นตัวของการทำงานของระบบประสาทภายใน 6 เดือน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลตรัง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังในลักษณะ retrospective cohort study โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลตรังที่

เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2568 และติดตามผลทางระบบประสาทที่ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยรายสุดท้ายครบระยะติดตามภายในวันที่ 31 มีนาคม 2569 และกำหนดวันตัดข้อมูลวันที่ 31 กรกฎาคม 2569

ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น non-traumatic cervical spinal cord injury โดยค้นหาจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและรหัสการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นตรวจยืนยันจากการวินิจฉัยของแพทย์ ข้อมูลทางคลินิก และผลการตรวจ MRI หรือ CT ตามข้อบ่งชี้ เกณฑ์คัดเข้าประกอบด้วยการมีข้อมูลระดับ AIS เมื่อแรกรับหรือก่อนผ่าตัด และมีข้อมูลการติดตามผลที่ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วย traumatic spinal cord injury ถูกคัดออก รวมถึงผู้ที่เสียชีวิตก่อนถึงระยะประเมินผล มีภาวะทางระบบประสาทเดิมที่รบกวนการประเมิน ไม่มีข้อมูลผลลัพธ์หลักครบถ้วน หรือถูกส่งต่อโดยไม่มีข้อมูลติดตามผล

จากเวชระเบียนที่ตรวจคัดกรอง 82 ราย มีผู้ป่วยถูกคัดออก 34 ราย ได้แก่ ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย 7 ราย ไม่มีข้อมูล AIS แรกรับครบถ้วน 5 ราย ไม่มีข้อมูลติดตามครบ 6 เดือน 12 ราย เสียชีวิตก่อนถึงระยะประเมิน 4 ราย มีภาวะทางระบบประสาทเดิมที่รบกวนการประเมิน 3 ราย และส่งต่อโดยไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ครบถ้วน 3 ราย เหลือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิเคราะห์ 48 ราย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาศึกษามีจำกัด จึงใช้ข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์

เครื่องมือวิจัยเป็น Case Record Form ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากตัวแปรในโครงร่างวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานและลักษณะประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัว ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ สาเหตุของพยาธิสภาพ ตำแหน่งรอยโรค ระดับ AIS เมื่อแรกรับ ข้อมูลกระบวนการรักษา ได้แก่ การส่งต่อและระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการทางระบบประสาทจนถึงการผ่าตัด ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ที่ 6 เดือน แบบบันทึกข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่า Index of Item-Objective Congruence โดยรวม 0.91 การตรวจสอบความสอดคล้องของการสกัดข้อมูลซ้ำมีค่า Cohen's kappa 0.86 และ intraclass correlation coefficient 0.94

AIS เมื่อแรกรับใช้ผลการประเมินตาม ISNCSCI ที่บันทึกโดยแพทย์เฉพาะทาง ณ วันที่รับไว้รักษาหรือก่อนผ่าตัด ส่วน AIS ที่ระยะเวลา 6 เดือนใช้ข้อมูลจากการติดตามของหน่วยศัลยกรรมระบบประสาทหรือเวชศาสตร์ฟื้นฟู กรณีข้อมูลไม่ชัดเจนมีการตรวจสอบย้อนกลับจากเวชระเบียนต้นทางตามเกณฑ์การลงรหัสที่กำหนด ผลลัพธ์หลักของการศึกษาคือการที่ AIS ณ 6 เดือนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับเมื่อเทียบกับแรกรับ ผู้ป่วยที่มี AIS E ตั้งแต่แรกรับยังคงรวมอยู่ในการวิเคราะห์เชิงพรรณนา และมีการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยพิจารณาเฉพาะผู้ป่วย AIS A–D เพื่อลดข้อจำกัดจาก ceiling effect

ระยะเวลาถึงการผ่าตัดคำนวณตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางระบบประสาทอย่างชัดเจนจนถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยทั้ง 48 รายได้รับการผ่าตัดตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก และจำแนกระยะเวลาเป็น ≤14 วัน, 15–30 วัน และ >30 วัน จุดตัดที่ 14 วันใช้สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในการศึกษานี้ มิได้กำหนดเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับ NTSCI ทุกสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษาที่บันทึกประกอบด้วยปอดอักเสบหรือการติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ตัวแปรหลักสำหรับการวิเคราะห์ไม่มีข้อมูลสูญหายในผู้ป่วย 48 ราย จึงใช้ complete-case analysis ข้อมูลเชิงกลุ่มรายงานเป็นจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลต่อเนื่องรายงานเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล เปรียบเทียบผู้ป่วยที่มี AIS ดีขึ้นกับกลุ่มที่ AIS คงเดิมหรือแย่ลงด้วย chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และ independent t-test หรือ Mann–Whitney U test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องตามความเหมาะสม วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้วย logistic regression รายงาน crude odds ratio, adjusted odds ratio, 95% confidence

interval และ p-value แบบจำลองพหุตัวแปร ประกอบด้วยอายุ โรคเบาหวาน การได้รับการผ่าตัดภายใน 14 วัน และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเลือกจากความสำคัญทางคลินิก กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

การตรวจสอบแบบจำลองไม่พบ multicollinearity โดยมีค่า variance inflation factor สูงสุด 1.42 และไม่พบการเบี่ยงเบนจาก linearity in the logit ของตัวแปรอายุ ($p = .64$) แบบจำลองมีค่า Hosmer–Lemeshow $p = .58$ และ area under the receiver operating characteristic curve เท่ากับ 0.82 ไม่พบ influential observations ที่สำคัญ การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วย Firth penalized logistic regression รวมถึง sensitivity models ที่เพิ่มสาเหตุของโรคหรือระดับ AIS แรกรับเข้าสู่แบบจำลองทีละตัวให้ผลในทิศทางสอดคล้องกับแบบจำลองหลัก

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง เลขที่รับรอง **015/2569** วันที่ 5 เมษายน 2569 และได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ข้อมูลผู้ป่วยถูกแทนด้วยรหัส จำกัดการเข้าถึง และจัดเก็บตามมาตรการรักษาความลับที่กำหนด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิเคราะห์ทั้งหมด 48 ราย จากเวชระเบียนที่ได้รับการตรวจคัดกรอง 82 ราย เมื่อครบระยะติดตาม 6 เดือน พบผู้ป่วยที่มี AIS ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 และผู้ป่วยที่ AIS คงเดิมหรือแย่ลง 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.8

ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 58.7 ± 13.6 ปี เป็นเพศชาย 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.4 และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.9 ผู้ป่วยกลุ่มที่ AIS ดีขึ้นมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ AIS คงเดิมหรือแย่ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (53.9 ± 12.4 เทียบกับ 64.8 ± 12.1 ปี; $p = .004$) และมีสัดส่วนของโรคเบาหวานต่ำกว่า (ร้อยละ 18.5 เทียบกับร้อยละ 47.6; $p = .032$)

สาเหตุของ NTSCI ที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมกดทับไขสันหลัง 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาคือเนื้องอก 11 ราย ร้อยละ 22.9 การติดเชื้อ 6 ราย ร้อยละ 12.5 และสาเหตุอื่น 4 ราย ร้อยละ 8.3 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการทางระบบประสาทจนถึงการผ่าตัดมีค่ามัธยฐาน 21 วัน (IQR 10–45) ผู้ป่วย 29 ราย ร้อยละ 60.4 ถูกส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น และมีผู้ป่วย 22 ราย ร้อยละ 45.8 เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา

เมื่อครบ 6 เดือน ผู้ป่วย 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 มี AIS ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ และ 21 ราย ร้อยละ 43.8 มี AIS คงเดิมหรือแย่ลง โดยมีผู้ป่วย 5 ราย ร้อยละ 10.4 ที่มี AIS ดีขึ้นตั้งแต่ 2 ระดับขึ้นไป การกระจายระดับ AIS เปลี่ยนจาก AIS D ร้อยละ 41.7 และ AIS C ร้อยละ 31.3 เมื่อแรกรับ เป็น AIS D ร้อยละ 45.8 และ AIS E ร้อยละ 22.9 ที่ระยะเวลา 6 เดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของ AIS ระหว่างแรกรับและที่ 6 เดือน

ระดับ AIS	แรกรับ n (%)	6 เดือน n (%)	การเปลี่ยนแปลงสุทธิ
AIS A	4 (8.3)	2 (4.2)	−2
AIS B	5 (10.4)	4 (8.3)	−1
AIS C	15 (31.3)	9 (18.8)	−6
AIS D	20 (41.7)	22 (45.8)	+2
AIS E	4 (8.3)	11 (22.9)	+7
รวม	**48 (100.0)**	**48 (100.0)**	

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่มี AIS A–D เมื่อแรกรับจำนวน 44 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังมีโอกาสเกิด AIS conversion พบว่าผู้ป่วย 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.4 มี AIS ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับภายใน 6 เดือน

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปรพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปีสัมพันธ์กับโอกาสการฟื้นตัวที่ลดลง (aOR 0.94; 95% CI 0.89–0.99; p = .021) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสการฟื้นตัวต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเบาหวาน (aOR 0.31; 95% CI 0.09–0.98; p = .046) และผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษามีโอกาสการฟื้นตัวต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (aOR 0.29; 95% CI 0.08–0.97; p = .044) ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 14 วันมีโอกาสการฟื้นตัวสูงกว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหลัง 14 วัน (aOR 3.87; 95% CI 1.14–13.17; p = .031) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฟื้นตัวของการทำงานของระบบประสาท

ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
อายุเพิ่มขึ้นทุก 1 ปี	0.93 (0.89–0.98)	0.94 (0.89–0.99)	.021
มีเบาหวานเทียบกับไม่มี	0.25 (0.07–0.91)	0.31 (0.09–0.98)	.046
ผ่าตัด ≤14 วัน เทียบกับ >14 วัน	6.46 (1.54–27.18)	3.87 (1.14–13.17)	.031
มีภาวะแทรกซ้อนเทียบกับไม่มี	0.21 (0.06–0.72)	0.29 (0.08–0.97)	.044

การวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วย Firth penalized logistic regression และ sensitivity models ให้ทิศทางของความสัมพันธ์สอดคล้องกับแบบจำลองหลัก

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วย NTSCI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยกลางคนถึงสูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมในสัดส่วนสูง โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดคือภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมกดทับไขสันหลัง ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลก่อนหน้าที่แสดงว่าประชากร NTSCI มีแนวโน้มมีอายุมากและมีโรคร่วมมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุ และพยาธิสภาพจากความเสื่อมของกระดูกสันหลังเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของ NTSCI[2,6] ความหลากหลายของสาเหตุเป็นประเด็นสำคัญต่อการตีความ เนื่องจากโรคเสื่อม เนื้องอก และการติดเชื้อมีการดำเนินโรค ข้อบ่งชี้ในการรักษา และพยากรณ์โรคแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทางระบบประสาท ผู้ป่วยร้อยละ 56.3 มี AIS ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับภายใน 6 เดือน สะท้อนว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทในทิศทางที่ดีขึ้นภายหลังการรักษา ผลดังกล่าวสอดคล้องในเชิงทิศทางกับรายงานผลลัพธ์ของผู้ป่วย NTSCI ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงของระดับ AIS ภายหลังการรักษาและความแตกต่างของผลลัพธ์ตามสาเหตุและกระบวนการฟื้นฟู[7] อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างด้านประชากร ระยะติดตาม นิยามผลลัพธ์ และรูปแบบการรักษาทำให้ไม่ควรเปรียบเทียบสัดส่วนการฟื้นตัวระหว่างการศึกษาโดยตรง

ประเด็นสำคัญประการหนึ่งในการตีความผลคือผู้ป่วยที่มี AIS E ตั้งแต่แรกรับไม่สามารถเพิ่มระดับ AIS ได้อีก การจัดผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไว้ในกลุ่มที่ไม่มี AIS conversion จึงอาจทำให้สัดส่วนการฟื้นตัวต่ำกว่าความเป็นจริงจาก ceiling effect เมื่อวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วย AIS A–D เมื่อแรกรับ สัดส่วนผู้ที่มี AIS ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับเพิ่มจากร้อยละ 56.3 เป็นร้อยละ 61.4 การรายงานผลทั้งในกลุ่มศึกษาทั้งหมดและในกลุ่มที่ยังมีโอกาสเกิด AIS conversion จึงช่วยให้การแปลผลมีความครบถ้วนมากขึ้น

อายุเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวอย่างมีนัยสำคัญ โดยทุก 1 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับ odds ของการฟื้นตัวที่ลดลงประมาณร้อยละ 6 หลังควบคุมปัจจัยอื่นในแบบจำลอง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบความสัมพันธ์

ระหว่างอายุกับผลลัพธ์ทางระบบประสาทและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย spinal cord injury[8-10] การเพิ่มขึ้นของอายุอาจเกิดควบคู่กับความเปราะบางทางสรีรวิทยา โรคประจำตัว และศักยภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ลดลง อย่างไรก็ตาม อายุไม่ควรถูกใช้เป็นเกณฑ์เพียงตัวเดียวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา แต่ควรใช้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินภาพรวมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานมี odds ของการฟื้นตัวต่ำกว่าผู้ไม่มีโรคเบาหวาน โดยมี aOR 0.31 อย่างไรก็ตาม ผลนี้ควรตีความในฐานะความสัมพันธ์ ไม่ใช่หลักฐานว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุโดยตรงของการฟื้นตัวที่ไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานอาจมีโรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน หรือความแตกต่างด้านสุขภาพพื้นฐานอื่นที่มีผลต่อการฟื้นตัวร่วมด้วย การศึกษาแบบหลายศูนย์ก่อนหน้านี้พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเบาหวานกับ neurological recovery สามารถเปลี่ยนแปลงได้หลังควบคุมปัจจัยร่วม[11] จึงควรมีการศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อประเมินความสัมพันธ์ดังกล่าวอย่างแม่นยำ

ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 14 วันมี odds ของการฟื้นตัวสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลัง 14 วันประมาณ 3.87 เท่า อย่างไรก็ตาม ช่วงความเชื่อมั่นของค่าประมาณค่อนข้างกว้าง (95% CI 1.14–13.17) สะท้อนความไม่แน่นอนจากจำนวนตัวอย่างที่จำกัด นอกจากนี้ ระยะเวลาจนถึงการผ่าตัดอาจสัมพันธ์กับสาเหตุของโรค ระดับความรุนแรง ข้อบ่งชี้ ความพร้อมของผู้ป่วย และลักษณะกระบวนการรักษา จึงมีความเป็นไปได้ของ confounding by indication ผลนี้จึงไม่ควรถูกตีความว่าการผ่าตัดภายใน 14 วันเป็นมาตรฐานเดียวที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย NTSCI ทุกสาเหตุ แต่สนับสนุนความสำคัญของการทบทวนกระบวนการตั้งแต่การวินิจฉัย การส่งต่อ การประเมินข้อบ่งชี้ จนถึงการผ่าตัด เพื่อค้นหาความล่าช้าที่สามารถแก้ไขได้

การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษามีความสัมพันธ์กับโอกาสการฟื้นตัวที่ลดลง ภาวะแทรกซ้อนที่พบในการศึกษาครอบคลุมปอดอักเสบหรือการติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ ภาวะเหล่านี้สามารถเพิ่มภาระการรักษาและรบกวนความต่อเนื่องของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ[12] อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนอาจเป็นทั้งผลที่เกิดตามหลังความรุนแรงของโรคและสัมพันธ์กับระยะเวลานอนโรงพยาบาล จึงไม่สามารถสรุปจากการศึกษานี้ได้ว่าภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุโดยตรงของการฟื้นตัวที่ลดลง กระนั้น การป้องกัน เฝ้าระวัง และจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสมยังคงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วย spinal cord injury

ระดับ AIS เมื่อแรกรับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์เพิ่มเติม แม้ระดับความรุนแรงทางระบบประสาทเมื่อแรกรับจะมีความสำคัญทางคลินิก ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากจำนวนผู้ป่วยในแต่ละระดับที่ค่อนข้างน้อย การกระจายตัวของ AIS และการมีผู้ป่วย AIS E ตั้งแต่แรกรับ จึงไม่ควรตีความว่าระดับความรุนแรงทางระบบประสาทเริ่มต้นไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่มีความสำคัญต่อพยากรณ์โรค

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการใช้ข้อมูลผู้ป่วย NTSCI จากโรงพยาบาลศูนย์และมีการติดตามผลทางระบบประสาทจนถึงระยะเวลา 6 เดือนโดยใช้ AIS ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ยอมรับในระดับสากล อีกทั้งมีการตรวจสอบสมมติฐานของแบบจำลองและดำเนิน sensitivity analysis เพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นการศึกษาย้อนหลังจากโรงพยาบาลแห่งเดียวและมีผู้ป่วยเพียง 48 ราย ทำให้มีความเสี่ยงต่อ selection bias, residual confounding และ overfitting ของแบบจำลอง ข้อมูลจากเวชระเบียนอาจไม่สามารถครอบคลุมรายละเอียดบางประการ เช่น ความเข้มข้นของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ และ standardized functional outcomes นอกจากนี้ ความหลากหลายของสาเหตุ NTSCI และ ceiling effect ในผู้ป่วย AIS E ยังจำกัดการแปลผลและความสามารถในการนำผลไปอ้างอิงกับประชากรอื่น

ในเชิงการนำผลไปใช้ โรงพยาบาลตรังและหน่วยบริการในเครือข่ายสามารถใช้ปัจจัยที่พบจากการศึกษานี้ประกอบการวางแผนติดตามผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคู่กับการทบทวนเส้นทางตั้งแต่การวินิจฉัย การส่งต่อ จนถึงการประเมินเพื่อผ่าตัดเพื่อลดความล่าช้าที่สามารถแก้ไขได้ และพัฒนามาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจรบกวนการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ ไม่ควรใช้ระยะเวลา 14 วันเป็นเกณฑ์มาตรฐานตายตัวสำหรับผู้ป่วยทุกสาเหตุจากผลการศึกษานี้เพียงการศึกษาเดียว

การศึกษาต่อไปควรเพิ่มขนาดตัวอย่างและดำเนินการแบบหลายศูนย์เพื่อเพิ่มความแม่นยำของค่าประมาณ ควรวิเคราะห์แยกตามสาเหตุของ NTSCI และศึกษาระยะเวลาของแต่ละขั้นตอนตั้งแต่เริ่มมีอาการ การวินิจฉัย การส่งต่อ จนถึงการผ่าตัด นอกจากนี้ควรเพิ่มผลลัพธ์เชิงหน้าที่ เช่น motor score, Spinal Cord Independence Measure, Barthel Index ความสามารถในการเดิน คุณภาพชีวิต และข้อมูลความเข้มข้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถอธิบายการฟื้นตัวของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากกว่าการเปลี่ยนแปลงของ AIS เพียงอย่างเดียว

โดยสรุป ผู้ป่วย NTSCI ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตรังมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการฟื้นตัวทางระบบประสาทภายใน 6 เดือน อายุที่เพิ่มขึ้น โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษาสัมพันธ์กับโอกาสการฟื้นตัวที่ลดลง ขณะที่การผ่าตัดภายใน 14 วันสัมพันธ์กับโอกาสการฟื้นตัวที่สูงขึ้น ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการประเมินความเสี่ยงเป็นรายบุคคล การลดความล่าช้าที่สามารถแก้ไขได้ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยควรตีความความสัมพันธ์ดังกล่าวภายใต้ข้อจำกัดของรูปแบบการศึกษาและหลีกเลี่ยงการสรุปความเป็นเหตุเป็นผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลตรังและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง ที่พิจารณาและให้การรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การศึกษาสามารถดำเนินการจนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Lima R, Monteiro A, Salgado AJ, Monteiro S, Silva NA.(2022). Pathophysiology and therapeutic approaches for spinal cord injury. Int J Mol Sci. 2022;23(22):13833.
2. Molinares DM, Gater DR, Daniel S, Pontee NL.(2022). Nontraumatic spinal cord injury: Epidemiology, etiology and management. J Pers Med. 2022;12(11):1872.
3. Lee BS, Kim O, Ham D.(2022). Epidemiologic changes in nontraumatic spinal cord injury for the last 30 years (1990–2019) in South Korea. Spinal Cord. 2022;60(3):268-273.
4. Lu Y, Shang Z, Zhang W, Pang M, Hu X, Dai Y, et al.(2024). Global incidence and characteristics of spinal cord injury since 2000–2021: A systematic review and meta-analysis. BMC Med. 2024;22:285.
5. Rupp R, Biering-Sørensen F, Burns SP, Graves DE, Guest J, Jones L, et al.(2021). International standards for neurological classification of spinal cord injury: Revised 2019. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2021;27(2):1-22.
6. Alito A, Filardi V, Famà F, Bruschetta D, Ruggeri C, Basile G, et al.(2021). Traumatic and non-traumatic spinal cord injury: Demographic characteristics, neurological and functional outcomes. A 7-year single centre experience. J Orthop. 2021;28:62-66.
7. Yu QS, Qiao GY, Yu XG, Yin YH.(2026). Nontraumatic spinal cord injury: Surgical treatment and long-term outcomes. Spine. 2026;51(2):115-124.

8. Salinpramote B.(2024). Functional outcome of patients with post-acute traumatic spinal cord injury after a 6-month home-based rehabilitation program and its related factors. ASEAN J Rehabil Med. 2024;34(1):15-23.
9. Yuan D, Jin Y, Chen L, Tang M, Lin J, Chen W.(2025). Neurological outcomes and predictive factors in traumatic spinal cord injury patients in the intensive care unit. PLoS One. 2025;20(5):e0323433.
10. ธีรวัฒน์ นิธิอรรถวานนท์.(2568). อิทธิพลของปัจจัยภายในและรูปแบบของการรักษาต่อระดับความสามารถด้านการเดินในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. Journal of Medical and Health Sciences. 2568;32(1):186-203.
11. Takeda K, Watanabe K, Nori S, Yamane J, Kono H, Yokogawa N, et al.(2025). Influence of diabetes mellitus on neurological recovery in older patients with cervical spinal cord injury without bone injury: A retrospective multicenter study. Global Spine J. 2025;15(4):2274-2285.
12. พัชรี บุตรแสนโคตร, จุฑามาศ คงกลาง.(2564). การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในระยะฟื้นฟู. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(5):639-648.

อัตราการลดลงของค่า eGFR และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคของไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ G2-G3a: การศึกษาแบบRetrospective Cohort ณ โรงพยาบาลพะเยา

Rate of eGFR Decline and Factors Associated with Progression of Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Chronic Kidney Disease Stage G2-G3a: A Retrospective Cohort Study at Phayao Hospital.

(Received: September 7, 2026; Revised: September 13, 2026 ; Accepted: September 17, 2026)

ปกฉัตร ผ่องสวัสดิ์กุล[1] **ไกรรัตน์ คำดี**[1]
Pokchat Pongsawatkul[1] **Krairat Komdee**[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังแบบติดตามกลุ่มนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตราการเปลี่ยนแปลงของค่าประมาณอัตราการกรองของไต (eGFR slope) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี CKD ระยะ G2–G3a ณ โรงพยาบาลพะเยา ศึกษาจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 โดยคัดเลือกผู้ป่วยอายุ ≥18 ปี มี baseline eGFR 45–89 มล./นาที/1.73 ตร.ม. มีผล eGFR อย่างน้อย 3 ครั้ง และติดตามอย่างน้อย 24 เดือน คำนวณ eGFR slope รายบุคคลด้วย linear regression และวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ด้วย simple และ multiple linear regression

จากผู้ป่วยที่มีการรับบริการในช่วงศึกษา 7,784 ราย มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์วิเคราะห์ 1,427 ราย เป็นเพศหญิง 784 ราย (54.9%) อายุเฉลี่ย 66.66±8.44 ปี baseline eGFR เฉลี่ย 69.98±12.42 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และมีระยะติดตามมัธยฐาน 2.51 ปี (IQR 2.34–2.66) ผู้ป่วยเป็น CKD ระยะ G2 จำนวน 1,067 ราย (74.8%) และ G3a จำนวน 360 ราย (25.2%) ค่า eGFR slope เฉลี่ยเท่ากับ −6.21±5.00 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี และร้อยละ 58.5 มี eGFR ลดลงมากกว่า 5 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี การวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่า albuminuria ระดับ A3 สัมพันธ์กับ eGFR slope ที่ลดลงมากกว่ากลุ่ม A1 อย่างเป็นอิสระ (adjusted β −2.938, 95%CI −3.718 ถึง −2.157, p<0.001) ขณะที่ SBP, HbA1c, ACEI/ARB และ dapagliflozin ไม่พบความสัมพันธ์อย่างเป็นอิสระ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี CKD ระยะ G2–G3a มีการลดลงของการทำงานไตในอัตราค่อนข้างสูง โดย severe albuminuria เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR การติดตาม UACR ร่วมกับ serial eGFR จึงมีความสำคัญต่อการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคไต

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตเรื้อรัง, eGFR slope, การดำเนินโรคไต, SGLT2 inhibitors

Abstract

This survey research by retrospective cohort study aimed to determine the rate of change in estimated glomerular filtration rate (eGFR slope) and factors associated with chronic kidney disease progression among patients with type 2 diabetes mellitus and CKD stages G2–G3a at Phayao Hospital. Electronic medical records from June 1, 2023 to May 31, 2026 were reviewed. Eligible patients were aged ≥18 years, had a baseline eGFR of 45–89 mL/min/1.73 m², at least three eGFR measurements, and a minimum follow-up duration of 24 months. Individual eGFR slopes were calculated using linear regression, and associated factors were examined using simple and multiple linear regression.

Among 7,784 patients with encounters during the study period, 1,427 met the eligibility criteria and were included in the analysis. Of these, 784 (54.9%) were female, with a mean age of 66.66±8.44 years and a mean baseline eGFR of 69.98±12.42 mL/min/1.73 m². Median follow-up was 2.51 years (IQR 2.34–2.66).

[1] กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

CKD stages G2 and G3a accounted for 1,067 (74.8%) and 360 (25.2%) patients, respectively. The mean eGFR slope was −6.21±5.00 mL/min/1.73 m²/year, and 58.5% of patients had an eGFR decline exceeding 5 mL/min/1.73 m²/year. In multivariable analysis, A3 albuminuria was independently associated with a steeper eGFR decline compared with A1 albuminuria (adjusted β −2.938, 95%CI −3.718 to −2.157, p<0.001), whereas systolic blood pressure, HbA1c, ACEI/ARB use, and dapagliflozin use were not independently associated with eGFR slope. In conclusion, patients with type 2 diabetes mellitus and CKD stages G2–G3a had a relatively high rate of kidney function decline. Severe albuminuria was an important factor associated with faster eGFR decline. Combined monitoring of UACR and serial eGFR may help identify patients at high risk of CKD progression.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease, eGFR slope, kidney disease progression, SGLT2 inhibitors

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาระโรคสูงและสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนต่อหลายระบบ โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน (diabetic kidney disease; DKD) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการทำงานของไต การเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย โรคหัวใจและหลอดเลือด และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การดำเนินของ DKD เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม การเปลี่ยนแปลงของพลศาสตร์การไหลเวียนเลือดภายในไต การกระตุ้นระบบ renin-angiotensin-aldosterone การอักเสบ ความเครียดออกซิเดชัน และการเกิดพังผืดของเนื้อไต ซึ่งส่งผลต่อโกลเมอรูลัส หลอดเลือด และ tubulointerstitium จนนำไปสู่การสูญเสีย nephron และการลดลงของการทำงานไตอย่างต่อเนื่อง[1,2,3]

การประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังอาศัยทั้งค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) และระดับ albuminuria แนวทาง Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) แบ่งระดับการทำงานของไตตาม eGFR เป็น G1 ถึง G5 โดยระยะ G2 มี eGFR 60–89 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และระยะ G3a มี eGFR 45–59 มล./นาที/1.73 ตร.ม. สำหรับผู้ป่วยที่มี eGFR อยู่ในระยะ G2 จำเป็นต้องมีหลักฐานความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของไตร่วมด้วย เช่น albuminuria จึงจะเข้าเกณฑ์โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะ G2–G3a ยังมีการทำงานของไตเหลืออยู่ในระดับที่การตรวจพบผู้มีความเสี่ยงและการควบคุมปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้สามารถมีบทบาทสำคัญในการชะลอการดำเนินโรค[1,2]

การประเมิน eGFR ณ จุดเวลาเดียวสามารถบ่งบอกระดับการทำงานของไตในขณะตรวจ แต่ไม่สามารถสะท้อนความเร็วของการเปลี่ยนแปลงของการทำงานไตในผู้ป่วยแต่ละรายได้ครบถ้วน ผู้ป่วยที่มีค่า eGFR เริ่มต้นใกล้เคียงกันอาจมี trajectory ของการทำงานไตแตกต่างกันอย่างมาก การประเมิน eGFR slope จากผลตรวจหลายจุดตามเวลาจึงสามารถแสดงอัตราการเปลี่ยนแปลงของการทำงานไตเป็นหน่วยมิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตรต่อปี และมีประโยชน์ต่อการประเมินการดำเนินโรคและการจำแนกผู้ป่วยที่ควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด[1,4,5,6]

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR ในผู้ป่วยเบาหวานมีหลายด้าน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะ albuminuria ความผิดปกติของไขมัน ระดับ hemoglobin ระดับกรดยูริก และปัจจัยด้านการรักษา งานวิจัยในประชากรเอเชียพบว่าความดันโลหิตสูง albuminuria และภาวะโลหิตจางสัมพันธ์กับการลดลงของการทำงานไตที่รวดเร็วขึ้น[4,5,6]

โดยเฉพาะ albuminuria ซึ่งเป็นทั้งตัวบ่งชี้ความเสียหายของ glomerular filtration barrier

และตัวพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคไตเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือด[1,2]

การศึกษาก่อนหน้าที่โรงพยาบาลพะเยาพบความชุกของการลดลงอย่างรวดเร็วของ eGFR ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังร้อยละ 82.3 และพบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR อย่างรวดเร็ว[7] ผลดังกล่าวสะท้อนถึงภาระของการดำเนินโรคไตในประชากรผู้ป่วยเบาหวานของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะ CKD ระยะ G2–G3a และไม่ได้ใช้ eGFR slope เป็นตัวแปรต่อเนื่องเป็นผลลัพธ์หลัก

ข้อมูลบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยา แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มี CKD ระยะ G2 และ G3a มีจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วย G2 จำนวน 1,568 ราย และ G3a จำนวน 505 ราย ปีงบประมาณ 2567 มี 1,835 และ 659 ราย ตามลำดับ ปีงบประมาณ 2568 มี 1,985 และ 739 ราย และปีงบประมาณ 2569 มี 1,738 และ 686 ราย ตามลำดับ จำนวนดังกล่าวแสดงถึงความสำคัญของ CKD ระยะต้นถึงปานกลางในระบบบริการของโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ป่วยรายเดียวสามารถปรากฏในฐานข้อมูลได้มากกว่าหนึ่งปีงบประมาณ จึงไม่สามารถนำจำนวนผู้ป่วยรายปีมารวมกันเพื่อใช้เป็นจำนวนประชากรไม่ซ้ำของการศึกษาได้

ในด้านการรักษา ยากลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) และ angiotensin receptor blockers (ARB) มีบทบาทในการลด intraglomerular pressure และ albuminuria และเป็นส่วนสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับ CKD ที่มีข้อบ่งชี้โดยเฉพาะผู้ที่มี albuminuria[2,8] ขณะที่ยากลุ่ม sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors (SGLT2 inhibitors) มีหลักฐานจากการทดลองทางคลินิกขนาดใหญ่สนับสนุนว่าสามารถลดความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคไตและชะลอ chronic eGFR decline ได้[2,9,10] ในช่วงเวลาศึกษา ยา SGLT2 inhibitor ที่ใช้ในโรงพยาบาลพะเยาสำหรับประชากรกลุ่มนี้คือ dapagliflozin ขนาด 10 มก. ต่อวัน อย่างไรก็ตาม การใช้ยาในเวชปฏิบัติจริงยังได้รับอิทธิพลจากข้อบ่งชี้ทางคลินิก สิทธิการเบิกจ่าย และการชำระค่ายาด้วยตนเองของผู้ป่วยบางส่วน

แม้อัตราการลดลงของ eGFR จะได้รับการศึกษามากขึ้น แต่ความเร็วของการลดลงมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย และข้อมูลที่ประเมิน eGFR slope เป็นตัวแปรต่อเนื่องในผู้ป่วยไทยที่มี CKD ระยะ G2–G3a ยังมีจำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตราการลดลงของ eGFR และวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการได้รับยาที่สัมพันธ์กับ eGFR slope ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี CKD ระยะ G2–G3a ณ โรงพยาบาลพะเยา

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินอัตราการเปลี่ยนแปลงของค่าประมาณอัตราการกรองของไต (eGFR slope) และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะ G2–G3a ณ โรงพยาบาลพะเยา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ชนิดติดตามกลุ่ม (retrospective cohort study) ดำเนินการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยา โดยทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการได้รับยา ในช่วงเวลาศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2569

ประชากรศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป มี

ค่า eGFR เริ่มต้นอยู่ระหว่าง 45–89 มล./นาที/1.73 ตร.ม. และมีข้อมูลสนับสนุน CKD ระยะ G2–G3a สำหรับผู้ป่วยระยะ G2 ซึ่งมี eGFR 60–89 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ต้องมีหลักฐานความเสียหายของไตร่วมด้วย เช่น albuminuria หรือมีการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังในเวชระเบียน ผู้ป่วยต้องมีผล eGFR ที่สามารถใช้วิเคราะห์ได้อย่างน้อย 3 ครั้ง และมีระยะเวลาระหว่างการตรวจ eGFR ครั้งแรกและครั้งสุดท้ายอย่างน้อย 24 เดือน

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับการบำบัดทดแทนไตก่อนหรือระหว่างช่วงศึกษา ผู้ที่มีโรคไตจากสาเหตุอื่นที่ชัดเจน เช่น polycystic kidney disease หรือ lupus nephritis ผู้ที่มีประวัติ organ transplantation และผู้ที่มีข้อมูลสำคัญในเวชระเบียนไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำสำหรับ multiple linear regression คำนวณตามแนวทางของ Green โดยใช้สูตร $N \geq 50 + 8k$ เมื่อกำหนดจำนวนตัวแปรต้นประมาณ 14 ตัวแปร ได้ขนาดขั้นต่ำ 162 ราย และเพิ่มร้อยละ 15 สำหรับข้อมูลไม่ครบถ้วน รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อย 187 ราย[11]

ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วยเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure; SBP) ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure; DBP) ระดับ HbA1c, urine albumin-to-creatinine ratio (UACR), total cholesterol, triglyceride, HDL-C, LDL-C, hemoglobin, serum uric acid การได้รับ ACEI/ARB และการได้รับ SGLT2 inhibitor

เนื่องจากข้อมูล UACR ในฐานข้อมูลมีค่าที่รายงานตรงขอบเขตของช่วงการตรวจหลายรายการ จึงจำแนกระดับ albuminuria ตาม KDIGO เป็น A1 ได้แก่ UACR <30 mg/g, A2 ได้แก่ UACR 30–300 mg/g และ A3 ได้แก่ UACR >300 mg/g สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับ eGFR slope ผู้ป่วยที่ไม่มีผล UACR ไม่ถูกคัดออกจากการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลัก และมีการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีและไม่มีข้อมูล UACR เพิ่มเติม

การได้รับ ACEI/ARB กำหนดจากประวัติการได้รับยากลุ่มดังกล่าวอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนในช่วงศึกษา สำหรับ SGLT2 inhibitor ยาที่ใช้ในโรงพยาบาลพะเยาสำหรับประชากรกลุ่มนี้คือ dapagliflozin ขนาด 10 มก.ต่อวัน การได้รับ dapagliflozin กำหนดจากการมีข้อมูลการได้รับยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนภายในช่วงศึกษา ทั้งนี้ ฐานข้อมูลไม่สามารถระบุสถานะการใช้ dapagliflozin ณ baseline และวันที่เริ่มยาได้ครบถ้วน จึงพิจารณาตัวแปรดังกล่าวเป็น exposure during follow-up มากกว่า baseline exposure

ค่า eGFR ใช้ค่าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลรายงาน และบันทึกค่า eGFR ทุกครั้งที่สามารถใช้ได้ในช่วงศึกษา อัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ของผู้ป่วยแต่ละรายคำนวณด้วย simple linear regression โดยกำหนด eGFR เป็นตัวแปรตาม และระยะเวลานับจากการตรวจครั้งแรกในหน่วยปีเป็นตัวแปรต้น ค่าสัมประสิทธิ์ของเวลาใช้เป็น eGFR slope หน่วย มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี ค่าติดลบหมายถึงการทำงานของไตลดลง และค่าที่ติดลบมากขึ้นหมายถึงการลดลงที่เร็วขึ้น กำหนด rapid eGFR decline เป็น eGFR slope <−5 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี

ข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลที่แจกแจงไม่ปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ส่วนข้อมูลเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นใช้ simple linear regression และการวิเคราะห์พหุตัวแปรใช้ multiple linear regression รายงาน regression coefficient (β), 95% confidence interval และ

p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

เนื่องจากตัวแปรบางรายการมีข้อมูลไม่ครบถ้วนในสัดส่วนสูง แบบจำลองพหุตัวแปรหลักจึงใช้ตัวแปรที่มีความครบถ้วนของข้อมูลเพียงพอ ได้แก่ อายุ เพศ BMI, SBP, HbA1c, albuminuria category, serum uric acid, การได้รับ ACEI/ARB และการได้รับ dapagliflozin เพื่อจำกัดการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจาก complete-case analysis นอกจากนี้ มีการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบ eGFR slope ระหว่าง CKD ระยะ G2 และ G3a และเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยที่มีและไม่มีข้อมูล UACR

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา เลขที่โครงการ 69-02-39 เอกสารรับรอง COA No.356 วันที่รับรอง 24 สิงหาคม พ.ศ. 2569 และได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมเป็นรายบุคคล ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเข้ารหัสโดยไม่บันทึกข้อมูลระบุตัวบุคคล และจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะคณะผู้วิจัย

ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยไม่ซ้ำที่มีการรับบริการอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงศึกษาจำนวน 7,784 ราย คัดออกเนื่องจากไม่มีข้อมูลการวินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 353 ราย เหลือผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 7,431 ราย จากนั้นคัดผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 11 ราย เหลือผู้ป่วยเบาหวานอายุ 18 ปีขึ้นไป 7,420 ราย ในจำนวนดังกล่าว ไม่มีค่า eGFR ที่สามารถใช้ได้ จำนวน 769 ราย เหลือผู้ป่วย 6,651 รายที่มีค่า eGFR อย่างน้อย 1 ครั้ง พบผู้ป่วยที่มี baseline eGFR นอกช่วง 45–89 มล./นาที/1.73 ตร.ม. จำนวน 4,029 ราย เหลือผู้ป่วยที่มี baseline eGFR ตามเกณฑ์ 2,622 ราย หลังคัดผู้ที่มี eGFR น้อยกว่า 3 ครั้งจำนวน 513 ราย เหลือ 2,109 ราย และคัดผู้ที่มีระยะติดตามน้อยกว่า 24 เดือนจำนวน 682 ราย เหลือผู้ป่วยจำนวน 1,427 รายที่ผ่านเกณฑ์ที่สามารถประเมินได้จากฐานข้อมูลและนำเข้าสู่การวิเคราะห์ ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มี baseline eGFR ระยะ G2 จำนวน 1,067 ราย และ G3a จำนวน 360 ราย

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์จำนวน 1,427 ราย เป็นเพศชาย 643 ราย (45.1%) และเพศหญิง 784 ราย (54.9%) อายุเฉลี่ย 66.66±8.44 ปี

ผู้ป่วยมี BMI เฉลี่ย 24.94±4.93 กก./ตร.ม. ค่า SBP เฉลี่ย 135.85±16.18 มม.ปรอท และ DBP เฉลี่ย 74.49±10.96 มม.ปรอท มีผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท จำนวน 837 ราย (58.7%)

ค่า eGFR เริ่มต้นเฉลี่ย 69.98±12.42 มล./นาที/1.73 ตร.ม. เป็น CKD ระยะ G2 จำนวน 1,067 ราย (74.8%) และ G3a จำนวน 360 ราย (25.2%) ได้รับ ACEI/ARB ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนจำนวน 944 ราย (66.2%) และได้รับ dapagliflozin ขนาด 10 มก.ต่อวันต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนจำนวน 51 ราย (3.6%) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ตัวแปร	ผลการศึกษา
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1,427
เพศชาย, n (%)	643 (45.1%)
เพศหญิง, n (%)	784 (54.9%)
อายุ, ปี, mean ± SD	66.66 ± 8.44

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ตัวแปร	ผลการศึกษา
BMI, kg/m², mean ± SD	24.94 ± 4.93
SBP, mmHg, mean ± SD	135.85 ± 16.18
DBP, mmHg, mean ± SD	74.49 ± 10.96
BP <140/90 mmHg, n (%)	837 (58.7%)
Baseline eGFR, mL/min/1.73 m², mean ± SD	69.98 ± 12.42
CKD stage G2, n (%)	1,067 (74.8%)
CKD stage G3a, n (%)	360 (25.2%)
ได้รับ ACEI/ARB ≥3 เดือน, n (%)	944 (66.2%)
ได้รับ dapagliflozin 10 mg/day ≥3 เดือน, n (%)	51 (3.6%)

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและความครบถ้วนของข้อมูล

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการมีความครบถ้วนแตกต่างกัน โดย HbA1c, total cholesterol และ serum uric acid มีข้อมูลมากกว่าร้อยละ 90 ขณะที่ LDL-C, HDL-C, triglyceride และ hemoglobin มีข้อมูลไม่ครบถ้วนในสัดส่วนสูง UACR มีข้อมูลในผู้ป่วย 1,208 ราย (84.7%) โดยร้อยละ 28.4 ของผู้ที่มีผลตรวจอยู่ในระดับ A3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเปลี่ยนแปลงของ eGFR

รายการ	จำนวนที่มีข้อมูล n (%)	ผลการตรวจ
HbA1c (%)	1,394 (97.7%)	7.82 ± 1.85
UACR (mg/g), median (IQR)	1,208 (84.7%)	111 (56–301)
Total cholesterol (mg/dL)	1,407 (98.6%)	157.70 ± 41.61
Triglyceride (mg/dL), median (IQR)	450 (31.5%)	129.5 (92.3–174.5)
HDL-C (mg/dL)	392 (27.5%)	47.71 ± 11.97
LDL-C (mg/dL)	463 (32.4%)	109.02 ± 36.87
Hemoglobin (g/dL)	869 (60.9%)	11.79 ± 1.84
Serum uric acid (mg/dL)	1,329 (93.1%)	6.43 ± 1.57
จำนวนครั้งที่มี eGFR ต่อราย, median (IQR)	1,427 (100%)	8 (6–9)
ระยะติดตาม, ปี, median (IQR)	1,427 (100%)	2.51 (2.34–2.66)
eGFR slope, mL/min/1.73 m²/year	1,427 (100%)	−6.21 ± 5.00

ผู้ป่วย 1,208 ราย (84.7%) มีข้อมูล UACR และ 219 ราย (15.3%) ไม่มีข้อมูล กลุ่มที่ไม่มี UACR มี baseline eGFR สูงกว่า (73.0 เทียบกับ 69.4 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) และมีสัดส่วน G2 มากกว่า (83.6% เทียบกับ 73.2%) ขณะที่ eGFR slope ใกล้เคียงกัน (−6.27 เทียบกับ −6.19 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี

3. อัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR

ผู้ป่วยมีผล eGFR ที่สามารถใช้ในการคำนวณ slope มัธยฐาน 8 ครั้งต่อราย พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ 6–9 ครั้ง และมีระยะเวลาติดตามมัธยฐาน 2.51 ปี พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ 2.34–2.66 ปี

ค่า eGFR slope เฉลี่ยเท่ากับ −6.21±5.00 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี และค่ามัธยฐาน −5.78 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ −8.83 ถึง −3.25 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี แสดง

ให้เห็นว่าความเร็วในการเปลี่ยนแปลงของการทำงานไตมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย

เมื่อใช้เกณฑ์ eGFR slope <–5 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี พบผู้ป่วยที่มี rapid eGFR decline จำนวน 835 ราย (58.5%) ขณะที่ 592 ราย (41.5%) มีอัตราการลดลงไม่เกินเกณฑ์ดังกล่าว เมื่อจำแนกตาม CKD stage ณ baseline พบว่าผู้ป่วย G2 มี eGFR slope เฉลี่ย –6.65±5.22 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี ขณะที่ผู้ป่วย G3a มีค่าเฉลี่ย –4.90±4.04 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี โดยมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วย G2 มี rapid eGFR decline จำนวน 660 ราย (61.9%) ส่วน G3a มีจำนวน 175 ราย (48.6%) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR จำแนกตาม CKD stage ณ baseline

CKD stage	n	eGFR slope, mean ± SD	Rapid eGFR decline, n (%)
G2	1,067	–6.65 ± 5.22	660 (61.9%)
G3a	360	–4.90 ± 4.04	175 (48.6%)
รวม	1,427	–6.21 ± 5.00	835 (58.5%)

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ eGFR slope

การวิเคราะห์ simple linear regression พบว่า อายุ เพศหญิง SBP, HbA1c, albuminuria ระดับ A3, hemoglobin และ serum uric acid มีความสัมพันธ์กับ eGFR slope อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ BMI, lipid profile, ACEI/ARB และ dapagliflozin ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับ eGFR slope

ปัจจัย	n	β	95% CI	p-value
อายุ (ต่อ 1 ปี)	1,427	0.060	0.030 ถึง 0.091	<0.001*
เพศหญิงเทียบชาย	1,427	0.608	0.087 ถึง 1.130	0.022*
BMI (ต่อ 1 kg/m²)	1,427	0.018	–0.034 ถึง 0.071	0.496
SBP (ต่อ 1 mmHg)	1,427	–0.025	–0.041 ถึง –0.009	0.002*
HbA1c (ต่อ 1%)	1,394	–0.199	–0.339 ถึง –0.059	0.005*
UACR A2 เทียบ A1	1,208	–0.431	–1.117 ถึง 0.255	0.218
UACR A3 เทียบ A1	1,208	–3.226	–3.987 ถึง –2.466	<0.001*
LDL-C (ต่อ 1 mg/dL)	463	–0.001	–0.014 ถึง 0.013	0.911
HDL-C (ต่อ 1 mg/dL)	392	0.018	–0.029 ถึง 0.065	0.446
Triglyceride (ต่อ 1 mg/dL)	450	–0.005	–0.012 ถึง 0.001	0.107
Hemoglobin (ต่อ 1 g/dL)	869	0.214	0.028 ถึง 0.401	0.025*
Serum uric acid (ต่อ 1 mg/dL)	1,329	–0.193	–0.360 ถึง –0.026	0.023*
ได้รับ ACEI/ARB	1,427	–0.206	–0.756 ถึง 0.343	0.461
ได้รับ dapagliflozin	1,427	0.322	–1.078 ถึง 1.722	0.652

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ใน multiple linear regression จำนวน 1,200 ราย พบว่า A3 albuminuria และอายุมีความสัมพันธ์กับ eGFR slope อย่างเป็นอิสระ โดย A3 มีขนาดความสัมพันธ์เด่นที่สุด แบบจำลองมี $R^2=0.084$ และ adjusted $R^2=0.077$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ eGFR slope จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ปัจจัย	Adjusted β	95% CI	p-value
อายุ (ต่อ 1 ปี)	0.038	0.005 ถึง 0.072	0.026*
เพศหญิงเทียบชาย	0.206	−0.338 ถึง 0.749	0.458
BMI (ต่อ 1 kg/m²)	0.024	−0.034 ถึง 0.083	0.410
SBP (ต่อ 1 mmHg)	−0.011	−0.027 ถึง 0.006	0.219
HbA1c (ต่อ 1%)	−0.081	−0.227 ถึง 0.066	0.279
UACR A2 เทียบ A1	−0.353	−1.046 ถึง 0.341	0.319
UACR A3 เทียบ A1	−2.938	−3.718 ถึง −2.157	<0.001*
Serum uric acid (ต่อ 1 mg/dL)	−0.132	−0.307 ถึง 0.042	0.137
ได้รับ ACEI/ARB	−0.294	−0.875 ถึง 0.286	0.320
ได้รับ dapagliflozin	−0.005	−1.412 ถึง 1.402	0.994

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี CKD ระยะ G2–G3a มีการลดลงของการทำงานไตในอัตราค่อนข้างสูง โดยมี eGFR slope เฉลี่ย −6.21 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี และร้อยละ 58.5 มี eGFR ลดลงมากกว่า 5 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ยังมีการทำงานของไตในระยะต้นถึงปานกลางจำนวนมากสามารถมีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็วได้ การติดตาม serial eGFR จึงให้ข้อมูลด้าน trajectory ของการทำงานไตที่แตกต่างจากการพิจารณา eGFR ณ จุดเวลาเดียว

สัดส่วน rapid eGFR decline ในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้าของโรงพยาบาลพะเยาที่รายงานร้อยละ 82.3[7] ความแตกต่างอาจเกิดจากลักษณะประชากร นิยามผลลัพธ์ และวิธีคำนวณการเปลี่ยนแปลงของ eGFR ที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้จำกัดประชากรไว้ที่ CKD ระยะ G2–G3a และคำนวณ eGFR slope จากผลตรวจหลายครั้งของผู้ป่วยแต่ละราย

ผลที่เด่นชัดที่สุดคือ albuminuria ระดับ A3 ซึ่งสัมพันธ์กับ eGFR slope ที่ลดลงมากกว่ากลุ่ม A1 ประมาณ 2.94 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี หลังควบคุมปัจจัยอื่น ความสัมพันธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับบทบาทของ albuminuria ในฐานะตัวบ่งชี้ความเสียหายของไตและตัวพยากรณ์ CKD progression ตามแนวทาง KDIGO[1,2] รวมทั้งสอดคล้องกับ Zhou และคณะ ซึ่งพบว่า UACR ที่สูงสัมพันธ์กับการลดลงของ eGFR ที่เร็วขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [6] ผลนี้สนับสนุนความสำคัญของการประเมิน UACR ควบคู่กับ eGFR ในการจำแนกความเสี่ยงของผู้ป่วย

แม้ผู้ป่วยร้อยละ 15.3 ไม่มีข้อมูล UACR แต่กลุ่มที่มีและไม่มี UACR มี eGFR slope ใกล้เคียงกัน ขณะที่ผู้ที่ไม่มี UACR มี baseline eGFR สูงกว่าและมีสัดส่วน G2 มากกว่า จึงอาจสะท้อนรูปแบบการเลือกตรวจในเวชปฏิบัติ มากกว่าการขาดข้อมูลแบบสุ่มทั้งหมด ทั้งนี้ การมีข้อมูล UACR ไม่ครบถ้วนยังเป็นข้อจำกัดในการประเมินบทบาทของ albuminuria

เมื่อจำแนกตาม CKD stage พบว่ากลุ่ม G2 มี eGFR slope ลดลงมากกว่ากลุ่ม G3a อย่างไรก็ตาม ไม่ควรตีความว่าผู้ป่วย G2 มีการดำเนินโรครุนแรงกว่า G3a โดยตรง เนื่องจากผลอาจได้รับ

อิทธิพลจาก baseline eGFR, regression to the mean และ mathematical coupling จึงเหมาะสมที่จะใช้ผลดังกล่าวเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนามากกว่าการสรุปเชิงเหตุและผล

SBP และ HbA1c สัมพันธ์กับ eGFR slope ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว แต่ไม่คงอยู่หลังปรับปัจจัยอื่น ผลของ SBP สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของโรงพยาบาลพะเยาและข้อมูลจากประชากรอื่นที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงกับการลดลงของการทำงานไต [4,7,12] ส่วน HbA1c ณ baseline อาจไม่สามารถสะท้อน cumulative glycemic exposure ตลอดระยะเวลาของโรคได้ทั้งหมด สำหรับ hemoglobin และ serum uric acid แม้มีความสัมพันธ์ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักในแบบจำลองพหุตัวแปร และข้อมูลบางส่วนมีความไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะ hemoglobin [5,13]

สำหรับ ACEI/ARB ไม่พบความสัมพันธ์อย่างเป็นอิสระกับ eGFR slope ผลดังกล่าวไม่ควรตีความว่ายากลุ่มนี้ไม่มีประโยชน์ต่อการชะลอการดำเนินโรคไต เนื่องจากในเวชปฏิบัติ ACEI/ARB มีข้อบ่งชี้ทั้งในการรักษาความดันโลหิตสูงและการลด albuminuria โดยฐานข้อมูลที่ใช้ไม่สามารถระบุข้อบ่งชี้หลักในการเริ่มยาของผู้ป่วยแต่ละรายได้ จึงมีโอกาสเกิด confounding by indication และไม่สามารถแยกผลของยาจากความแตกต่างด้านความดันโลหิตและความเสี่ยงทางไตเดิมของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ หลักฐานจากแนวทางและการทบทวนอย่างเป็นระบบยังคงสนับสนุนการใช้ ACEI/ARB ในผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับ CKD ที่มีข้อบ่งชี้ โดยเฉพาะผู้ที่มี albuminuria [2,8]

สำหรับ SGLT2 inhibitor ในช่วงศึกษายาที่ใช้ในโรงพยาบาลพะเยาสำหรับประชากรกลุ่มนี้คือ dapagliflozin ขนาด 10 มก.ต่อวัน โดยพบผู้ที่ได้รับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนเพียง 51 ราย (3.6%) และไม่พบความสัมพันธ์อย่างเป็นอิสระกับ eGFR slope ผลดังกล่าวไม่ควรตีความว่า dapagliflozin ไม่มีผลปกป้องไต เนื่องจากหลักฐานจาก DAPA-CKD และการศึกษาขนาดใหญ่แสดงว่า SGLT2 inhibitors ช่วยชะลอ chronic eGFR decline และลดความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคไต [9,10] ทั้งนี้ SGLT2 inhibitors อาจทำให้ eGFR ลดลงในระยะแรกหลังเริ่มยาจากผลทาง hemodynamic ก่อนที่อัตราการลดลงในระยะยาวจะช้าลง การศึกษานี้ไม่สามารถระบุวันที่เริ่มยาและ baseline exposure ได้ครบถ้วน จึงไม่สามารถแยกระยะ initial eGFR dip ออกจาก chronic slope ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การเข้าถึง dapagliflozin ในช่วงศึกษายังขึ้นกับสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยบางส่วน ประกอบกับจำนวนผู้ได้รับยามีน้อย จึงมีโอกาสเกิด treatment-selection bias และมีอำนาจทางสถิติจำกัดในการประเมินผลของยา

อายุมีความสัมพันธ์กับ eGFR slope ในทิศทางบวกขนาดเล็กหลังปรับปัจจัยอื่น ซึ่งตรงข้ามกับทิศทางที่คาด จึงควรตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากอาจได้รับอิทธิพลจาก selection และปัจจัยที่ไม่ได้วัด นอกจากนี้ แบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของ eGFR slope ได้เพียงร้อยละ 8.4 แสดงว่าการดำเนินโรคไตยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่ไม่ได้รวมในการศึกษานี้ โดยรวม ผลการศึกษาสนับสนุนการใช้ serial eGFR ร่วมกับ UACR โดยเฉพาะการตรวจพบ albuminuria ระดับ A3 เพื่อช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียการทำงานไต

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็น retrospective cohort ซึ่งความถูกต้องของข้อมูลขึ้นอยู่กับความครบถ้วนของเวชระเบียนและรูปแบบการตรวจในเวชปฏิบัติจริง ตัวแปรบางรายการ โดยเฉพาะ lipid profile, hemoglobin และ UACR มีข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่มีข้อมูลวันที่วินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกที่สามารถใช้คำนวณระยะเวลาการเป็นเบาหวานได้อย่างน่าเชื่อถือ จึงไม่สามารถนำตัวแปรทั้งหมดเข้าสู่แบบจำลองได้โดยไม่สูญเสียกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก

ข้อมูลการได้รับ ACEI/ARB และ dapagliflozin สะท้อนการบันทึกการได้รับยา แต่ไม่สามารถยืนยัน medication adherence ได้ทั้งหมด โดยเฉพาะ dapagliflozin ที่ไม่สามารถระบุ baseline exposure และวันที่เริ่มยาได้ครบถ้วน นอกจากนี้ ช่วงเวลาตรวจ eGFR ของผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน และผลตรวจบางช่วงอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือ acute kidney injury การศึกษาเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว จึงควรใช้ความระมัดระวังในการนำผลไปใช้กับบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลควรติดตามผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับ CKD โดยใช้ serial eGFR ร่วมกับ UACR อย่างเป็นระบบ และพัฒนาระบบแจ้งเตือนผู้ที่มี rapid eGFR decline หรือ albuminuria ระดับ A3 เพื่อสนับสนุนการประเมินและปรับการรักษาอย่างเหมาะสม การศึกษาในอนาคตควรใช้ prospective cohort ที่กำหนดช่วงเวลาตรวจ eGFR และ UACR อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งเก็บข้อมูล longitudinal risk factors และรายละเอียดการเริ่มและความต่อเนื่องของการใช้ยา เพื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับ renal trajectory ได้แม่นยำยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลพะเยา กลุ่มงานอายุรกรรม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานเวชระเบียน งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานห้องปฏิบัติการ งานเภสัชกรรม และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินงานและการเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group.(2024). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int. 2024;105(4S):S117–S314.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group.(2022). KDIGO 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. Kidney Int. 2022;102(5S):S1–S127.
3. Jha R, Lopez-Trevino S, Kankanamalage HR, Jha JC.(2024). Diabetes and renal complications: an overview on pathophysiology, biomarkers and therapeutic interventions. Biomedicines. 2024;12(5):1098.
4. Fujii M, Ohno Y, Ikeda A, Godai K, Li Y, Nakamura Y, et al.(2023). Current status of the rapid decline in renal function due to diabetes mellitus and its associated factors: analysis using the National Database of Health Checkups in Japan. Hypertens Res. 2023;46(5):1075–1089.
5. Hirano D, Unoki-Kubota H, Imasawa T, Yamamoto-Honda R, Kajio H, Yamashita S, et al.(2023). Independent risk factors of rapid glomerular filtration rate decline in patients with type 2 diabetes with preserved kidney function and normoalbuminuria: a multicenter cohort study. J Diabetes Investig. 2023;14(7):874–882.
6. Zhou L, Gao Y, Li M, Cai X, Zhu Y, Han X, et al.(2024). Baseline urine albumin-to-creatinine ratio is associated with decline of estimated glomerular filtration rate in patients newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus: an observational 5-year cohort study. Endocr Pract. 2024;30(2):107–112.
7. คำมูลเมือง ป, ปัญญา ป, กรานเกตุ ส, นาเอก ณ, คนธง ก, นิตติวัฒนวิทย์ พ.(2569). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงอย่างรวดเร็วของค่าอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร. 2569;18(1):9–20.

8. Natale P, Palmer SC, Navaneethan SD, Craig JC, Strippoli GFM.(2024). Angiotensin-converting-enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers for preventing the progression of diabetic kidney disease. Cochrane Database Syst Rev. 2024;(4):CD006257.
9. Heerspink HJL, Jongs N, Chertow GM, Langkilde AM, McMurray JJV, Correa-Rotter R, et al.(2021). Effect of dapagliflozin on the rate of decline in kidney function in patients with chronic kidney disease with and without type 2 diabetes: a prespecified analysis from the DAPA-CKD trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021;9(11):743–754.
10. EMPA-KIDNEY Collaborative Group.(2023). Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117–127.
11. Green SB.(1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? Multivariate Behav Res. 1991;26(3):499–510.
12. Xing J, Huang L, Ren W, Mei X.(2024). Risk factors for rapid kidney function decline in diabetes patients. Ren Fail. 2024;46(2):2398188.
13. Xie L, Shao X, Yu Y, Gong W, Sun F, Wang M, et al.(2023). Anemia is a risk factor for rapid eGFR decline in type 2 diabetes. Front Endocrinol (Lausanne). 2023;14:1052227.
14. อภิสรา ประชาโชติกุล, ปิยรัตน์ พิมพ์สี, มนัส พงศ์ชัยเดชา.(2566). การศึกษาจากสถานการณ์จริงถึงประสิทธิผลของการเพิ่มยากลุ่ม SGLT-2 inhibitors ต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มอื่น. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2566;15(4):992–1002.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

การประเมินแนวโน้มระดับน้ำตาลในเลือดในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

Assessment of Blood Glucose Trends in Children and Adolescents with Obesity.

(Received: September 8, 2026; Revised: September 13, 2026 ; Accepted: September 15, 2026)

ปรานทิพย์ ศรีสัตยกุล[1]
Prantip Srisattayaku[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะความชุกของระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรและดัชนีมวลกายกับระดับน้ำตาลในเลือด และวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไปในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่างคือจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 5 ถึง 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอ้วนและเข้ารับบริการ ณ คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 215 ราย คัดเลือกโดยวิธีเลือกตัวอย่างแบบทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 12.8 ปี และมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 32.7 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (IFG) สูงถึงร้อยละ 19.5 (95% CI: 14.2–24.8) และเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 2.3 (95% CI: 0.3–4.3) นอกจากนี้พบว่าอายุและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อติดตามผลในระยะยาว (n=58) พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : ภาวะอ้วนในเด็ก, ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ, ดัชนีมวลกาย, แนวโน้มสุขภาพ

Abstract

This survey research by retrospective descriptive study aimed to determine the prevalence of abnormal blood glucose levels, examine the relationships between demographic factors, body mass index, and blood glucose levels, and analyze changes in these parameters over time among children and adolescents with obesity. The sample comprised 215 medical records of patients aged 5–18 years who were diagnosed with obesity and attended the Pediatric Clinic at Phranangklao Hospital between January 1, 2021, and December 31, 2025. All eligible medical records were included using total population sampling. Data were collected using a data-recording form whose quality was evaluated by experts. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and the paired t-test.

The results showed that the participants had a mean age of 12.8 years and a mean body mass index of 32.7 kg/m². The prevalence of impaired fasting glucose (IFG) was 19.5% (95% CI: 14.2–24.8), while 2.3% met the diagnostic criteria for type 2 diabetes mellitus (95% CI: 0.3–4.3). Age and body mass index were significantly positively correlated with fasting plasma glucose levels ($p < 0.001$). Among participants with long-term follow-up data (n = 58), the mean body mass index and fasting plasma glucose levels increased significantly over time ($p < 0.05$).

Keywords : Pediatric obesity, Impaired fasting glucose, Body mass index, Longitudinal trends

บทนำ

ภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นได้ทวีความรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย ภาวะดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางกายและทางใจของเด็กในระยะสั้น แต่ยังถูกจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เพิ่ม

[1] กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) หลายชนิดในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวานชนิดที่ 2[1,2] สถานการณ์ในประเทศไทยมีความน่ากังวลเช่นเดียวกัน โดยมีรายงานว่าแนวโน้มความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลรักษาอย่างเป็นรูปธรรม[3,4] นอกจากนี้ ภาวะอ้วนในเด็กยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ โดยเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว และเพิ่มภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่อายุยังน้อย

หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนทางเมตาบอลิกที่น่ากังวลที่สุดซึ่งเป็นผลโดยตรงจากภาวะอ้วนคือ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมกลูโคส พยาธิสรีรวิทยาหลักเกิดจากการที่เนื้อเยื่อไขมันส่วนเกินกระตุ้นให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ส่งผลให้ตับอ่อนต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือด[5,6] เมื่อภาวะดื้อต่ออินซูลินดำเนินต่อไปเป็นเวลานาน ร่างกายจะไม่สามารถชดเชยได้อีกต่อไป นำไปสู่ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose: IFG) ซึ่งถือเป็นภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes) ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล[7] หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ภาวะนี้จะพัฒนาไปสู่การเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในที่สุด ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รวดเร็วและรุนแรงกว่าผู้ที่เริ่มเป็นในวัยผู้ใหญ่[8,9,10]

สำหรับบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดนนทบุรี มีรายงานอัตราความชุกของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนสูงถึงร้อยละ 14.5[4] ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Siwarom และคณะ[11] ที่พบความชุกของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติสูงในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่มีภาวะอ้วน นอกจากนี้ การศึกษาในหลายพื้นที่ของประเทศไทยยังยืนยันถึงความชุกของโรคอ้วนในเด็กนักเรียนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับพฤติกรรมการบริโภคและการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[12,13,14] แม้จะมีแนวทางเวชปฏิบัติที่แนะนำให้คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเมตาบอลิกในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับสถานพยาบาลยังมีจำกัด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในฐานะสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่สำคัญในจังหวัดนนทบุรี ได้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนเป็นจำนวนมาก ทว่ายังขาดข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ เช่น ความชุกของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะอ้วนกับระดับน้ำตาลในเลือด และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเมื่อเวลาผ่านไป เมื่อเปรียบเทียบกับบริบทของโรงพยาบาลอื่นที่มีการศึกษาไว้บ้างแล้ว พบว่าการใช้ตัวชี้วัดบางประการ เช่น ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เพียงอย่างเดียวอาจมีข้อจำกัดด้านความไวในการคัดกรอง ทำให้พลาดการวินิจฉัยผู้ป่วยบางราย[15,16] การขาดข้อมูลที่ชัดเจนนี้ถือเป็นช่องว่างทางองค์ความรู้ที่เป็นอุปสรรคต่อการวางแผนการดูแลรักษาเชิงรุกและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเพื่อประเมินแนวโน้มของระดับน้ำตาลในเลือดในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน โดยการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์จริงในประชากรที่โรงพยาบาลดูแลอยู่ และจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (empirical evidence) ที่นำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การคัดกรอง การติดตาม และการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การป้องกัน

หรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินสถานะและแนวโน้มของระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ซึ่งเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อสำรวจความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose: IFG) และโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร (อายุ เพศ) ระดับความรุนแรงของภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย) กับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

3. เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดและดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเมื่อเวลาผ่านไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 5 ถึง 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอ้วนและเข้ารับบริการ ณ คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 5 ถึง 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอ้วนและเข้ารับบริการ ณ คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของเด็กและวัยรุ่นอายุ 5–18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะอ้วนและเข้ารับบริการ ณ คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2568 จำนวน 215 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเลือกตัวอย่างแบบทั้งหมด (Total sampling)

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 5–18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะอ้วน (ICD-10 code E66) และมีข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) ครบถ้วน ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ เวชระเบียนที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่มีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จนมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และได้นำไปทดลองใช้ (Pilot Test) ก่อนนำมาใช้จริง ส่วนข้อมูลผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ได้มาจากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพที่ได้รับการรับรอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มต้นจากการสืบค้นเวชระเบียนจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รหัสวินิจฉัยโรคภาวะอ้วน (ICD-10 code E66) ช่วงอายุ และช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ พบเวชระเบียนที่เข้าข่ายจากการสืบค้นเบื้องต้นจำนวน 350 ราย จากนั้นผู้วิจัยได้ทบทวนเวชระเบียนแต่ละฉบับอย่างละเอียดเพื่อตรวจสอบกับเกณฑ์การคัดเลือก พบว่ามีเวชระเบียนที่ถูกคัดออกจำนวน 135 ราย (แบ่งเป็นไม่มีผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 98 ราย และข้อมูลพื้นฐานไม่ครบถ้วน 37 ราย) จึงเหลือเวชระเบียนที่นำมาสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องตามตัวแปรและนำไปวิเคราะห์ทั้งสิ้น 215 ราย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องตามตัวแปรที่ระบุไว้ในแบบบันทึกข้อมูล โดยไม่มีการคัดลอกข้อมูลที่สามารถระบุตัวตน

ของผู้ป่วยได้โดยตรง ในกรณีที่พบข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยใช้วิธีตัดออกจากการวิเคราะห์ (listwise deletion)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการประมวลผล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติที่ใช้ประกอบด้วย 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงคุณภาพ (เพศ, สถานะระดับน้ำตาลในเลือด) นำเสนอในรูปแบบของจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ (อายุ, ดัชนีมวลกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากข้อมูลผ่านการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test และ 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุและดัชนีมวลกายกับระดับน้ำตาลในเลือด และสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรในผู้ป่วยที่มีข้อมูลติดตามผล

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยทั้งหมดได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมเป็นสำคัญ โดยโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (รหัสโครงการ PE6866, หมายเลขรับรอง EC08/2569 เมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2569 โดยผู้วิจัยขอยืนยันว่าการเข้าถึงและรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเกิดขึ้นภายหลังจากที่โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้วเท่านั้น) และเนื่องจากการวิจัยนี้มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยในระดับต่ำมาก (Minimal risk) และไม่สามารถปฏิบัติได้จริงหากต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยทุกรายย้อนหลัง ผู้วิจัยจึงได้รับการอนุมัติให้ละเว้นกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย (Waiver of Consent) โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะทางประชากรและมานุษยมิติของกลุ่มตัวอย่าง

จากการรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมดจำนวน 215 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 135 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.8 ขณะที่เพศหญิงมีจำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.2 เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 10–14 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15–18 ปี และ 5–9 ปี ตามลำดับ

ด้านข้อมูลมานุษยมิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 70–99 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 50.2 และมีส่วนสูงอยู่ในช่วง 150–169 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 55.3 สำหรับค่าดัชนีมวลกาย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30.0–34.9 กก./ม² คิดเป็นร้อยละ 44.7 รองลงมาคือกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35.0 กก./ม² ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.2 โดยค่าเฉลี่ยอายุ ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก และส่วนสูงของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12.8 ± 2.5 ปี, 32.7 ± 5.9 กก./ม², 94.5 ± 21.7 กิโลกรัม และ 162.1 ± 10.4 เซนติเมตร ตามลำดับ

ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ

เมื่อจำแนกสถานะระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2025) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 78.1 (95% CI: 72.6–83.6) อย่างไรก็ตาม พบความชุกของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose: IFG) ซึ่งเป็นภาวะก่อนเบาหวาน ร้อยละ 19.5 (95% CI: 14.2–24.8) และพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 (95% CI: 0.3–4.3) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของสถานะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (N=215)

สถานะระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลปกติ (FPG < 100 mg/dL)	168	78.1
ภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (IFG: FPG 100–125 mg/dL)	42	19.5
เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน (Diabetes: FPG ≥ 126 mg/dL)	5	2.3
รวม	**215**	**100.0**

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับน้ำตาลในเลือด

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า อายุและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.481$, 95% CI: 0.368–0.580) ซึ่งบ่งชี้ว่ายิ่งผู้ป่วยมีภาวะอ้วนที่รุนแรงขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดก็จะมีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.254$, 95% CI: 0.125–0.375) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด (N=215)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	95% CI ของค่า r	p-value
อายุ	0.254	0.125–0.375	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)	0.481	0.368–0.580	<0.001*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือด

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการตรวจติดตามผลอย่างน้อย 1 ครั้ง (n=58) โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างการเข้ารับบริการครั้งแรกกับครั้งล่าสุด พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างการเข้ารับบริการครั้งแรกและครั้งล่าสุด (n=58)

ตัวแปร	ครั้งแรก (Mean ± SD)	ครั้งล่าสุด (Mean ± SD)	t	p-value
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.^{2})	32.5 ± 4.1	33.1 ± 4.3	-2.87	0.006*
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	95.2 ± 8.5	97.8 ± 9.2	-2.15	0.036*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานะและแนวโน้มของระดับน้ำตาลในเลือดในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยมีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลดังนี้ ประเด็นแรกคือ ข้อค้นพบด้านความชุกของความผิดปกติในการควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งพบว่ามีเด็กและวัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.5 ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose: IFG) และร้อยละ 2.3

ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงขนาดของปัญหาที่ซ่อนอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคอ้วน และตอกย้ำว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดภาวะก่อนเบาหวานตั้งแต่อายุยังน้อย ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของภาวะก่อนเบาหวานในประชากรเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก[8,17] และสอดคล้องกับข้อมูลในบริบทของประเทศไทยที่พบว่าภาวะเมตาบอลิกซินโดรมและส่วนประกอบของโรค ซึ่งรวมถึงระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงผิดปกติ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน [11] เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้า พบว่าความชุกของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติในการศึกษานี้ (ร้อยละ 19.5) มีแนวโน้มสูงกว่าการศึกษาก่อนหน้า[16] ที่รายงานความชุกของภาวะก่อนเบาหวานไว้ที่ร้อยละ 8.9 ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งมักมีความรุนแรงของภาวะอ้วนสูงกว่าประชากรทั่วไป นอกจากนี้ ความแตกต่างของเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง วิธีการตรวจวัด และช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษา อาจส่งผลต่อค่าความชุกที่รายงานแตกต่างกัน

ประเด็นต่อมาคือผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่พบว่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่ว่า การสะสมของเนื้อเยื่อไขมันส่วนเกิน โดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง จะกระตุ้นให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) และภาวะอักเสบเรื้อรังระดับต่ำ ส่งผลให้ตับและกล้ามเนื้อตอบสนองต่ออินซูลินได้ลดลง นำไปสู่ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น[5,6] ผลการศึกษานี้ยืนยันความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักและลดระดับความรุนแรงของภาวะอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า [16] ที่พบว่าการลดลงของค่า Z-score ของดัชนีมวลกาย (BMI-SDS) มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางเมตาบอลิกในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเวลาผ่านไปในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดตามผลนั้น เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงธรรมชาติของโรคที่มักจะดำเนินไปในทางที่แย่ลง หากไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาว และสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาติดตามขนาดใหญ่ในต่างประเทศที่รายงานอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเยาวชนที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[10] จากผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงทางเมตาบอลิกในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนอย่างเป็นระบบในสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ควรมีการกำหนดแนวทางการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการบูรณาการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการดำเนินโรคไปสู่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณาประกอบการตีความผลการวิจัย ประการแรก เนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเพียงแห่งเดียว (Single-center study) จึงอาจมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัย (Generalizability) ไปยังประชากรเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนในบริบทอื่น ๆ ประการที่สอง ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง ความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลจึงขึ้นอยู่กับคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนในขณะนั้นเป็นหลัก ประการที่สาม ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย หรือระดับพัฒนาการทางเพศ (Pubertal stage) และประการ

สุดท้าย การประเมินสถานะระดับน้ำตาลในเลือดใช้เพียงค่า FPG ซึ่งอาจมีความไวต่ำกว่าการทดสอบความทนต่อน้ำตาลกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test: OGTT) ในการตรวจจับภาวะทนต่อน้ำตาลกลูโคสบกพร่อง โดยมีรายงานว่าตัวชี้วัดระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละชนิดมีข้อจำกัดในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานและโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน[15] ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้ตัวชี้วัดหลายชนิดร่วมกันในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้กำหนดแนวทางการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนร่วมกับระบบบริการปฐมภูมิ โดยระบุบทบาทให้ชัดเจน ได้แก่ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ค้นหาและให้สุขศึกษาแก่เด็กอ้วนในชุมชน และให้ พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรใน รพ.สต. ทำหน้าที่คัดกรองเบื้องต้นเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการเจาะเลือด (FPG) ที่โรงพยาบาลอย่างทันท่วงที

2. ผู้บริหารสถานพยาบาล ควรจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยกุมารแพทย์ นักโภชนาการ และพยาบาล เพื่อร่วมกันวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมน้ำหนักในเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลและดัชนีมวลกายจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นหากขาดการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

3. คณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ควรพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกลับไปยังชุมชน เพื่อให้ พยาบาลชุมชนและ อสม. สามารถนำข้อมูลไปใช้ประเมินแนวโน้มและติดตามเยี่ยมบ้าน (Home visit) ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดช่องว่างในการดูแลรักษาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. นักวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงติดตามไปข้างหน้า เพื่อประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินโรคจากภาวะก่อนเบาหวานไปสู่การเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเด็กอ้วนไทยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยรวมตัวแปรด้านพฤติกรรม เช่น รูปแบบการบริโภคอาหาร ระยะเวลาการทำกิจกรรมทางกาย และปัจจัยด้านพันธุกรรมเข้าในการศึกษา

2. นักวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์ ควรพิจารณาเพิ่มการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของตัวชี้วัดอื่น ๆ ร่วมกับค่า FPG เช่น การทดสอบความทนต่อน้ำตาลกลูโคส หรือการวัดระดับอินซูลิน เพื่อหาจุดตัดที่มีความไวและความจำเพาะสูงสุดในการคัดกรองภาวะดื้อต่ออินซูลินในเด็กอ้วนที่มีลักษณะทางชาติพันธุ์และสรีรวิทยาเฉพาะของไทย

3. นักวิจัยและบุคลากรทางการแพทย์ ควรพิจารณาเพิ่มการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของตัวชี้วัดอื่น ๆ ร่วมกับค่า FPG เช่น การทดสอบความทนต่อน้ำตาลกลูโคส หรือการวัดระดับอินซูลิน เพื่อหาจุดตัดที่มีความไวและความจำเพาะสูงสุดในการคัดกรองภาวะดื้อต่ออินซูลินในเด็กอ้วนที่มีลักษณะทางชาติพันธุ์และสรีรวิทยาเฉพาะของไทย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้บริหารโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตลอดจนบุคลากรคลินิกกุมารเวชกรรม เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่มีส่วนสนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ตลอดจนครอบครัว ซึ่งข้อมูลจากการรับบริการมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลภายใต้หลักการรักษาความลับและจริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน และหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบคัดกรองและดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Lister NB, Baur LA, Felix JF, Hill AJ, Marcus C, Reinehr T, et al.(2023). Child and adolescent obesity. Nature Reviews Disease Primers. 2023;9(1):24. doi:10.1038/s41572-023-00435-4.
2. Waldrop SW, Ibrahim AA, Maya J, Monthe-Dreze C, Stanford FC.(2024). Overview of pediatric obesity as a disease. Pediatric Clinics of North America. 2024;71(5):761–779.
3. Bryant J, Rittirong J, Aekplakorn W, Mo-suwan L, Nitnara P.(2022). Estimating and forecasting childhood obesity in Thailand. PLOS ONE. 2022;17(1):e0262047. doi:10.1371/journal.pone.0262047.
4. กรมอนามัย.(2567). ประเด็นยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. Luo Y, Luo D, Li M, Tang B.(2024). Insulin resistance in pediatric obesity: From mechanisms to treatment strategies. Pediatric Diabetes. 2024;2024:2298306. doi:10.1155/2024/2298306.
6. Song K, Kim HS, Chae HW.(2023). Nonalcoholic fatty liver disease and insulin resistance in children. Clinical and Experimental Pediatrics. 2023;66(12):512–519. doi:10.3345/cep.2022.01312.
7. American Diabetes Association.(2024). Diagnosis and classification of diabetes: Standards of care in diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S27–S40.
8. Han C, Song Q, Ren Y, Chen X, Jiang X, Hu D.(2022). Global prevalence of prediabetes in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Journal of Diabetes. 2022;14(7):434–441.
9. Perng W.(2023). Youth-onset type 2 diabetes: The epidemiology of an emerging public health problem. Diabetes Care. 2023;46(3):490–503. doi:10.2337/dci22-0046.
10. Wagenknecht LE, Lawrence JM, Isom S, Jensen ET, Dabelea D, Liese AD, et al.(2023). Trends in incidence of youth-onset type 1 and type 2 diabetes in the USA, 2002–18: Results from the population-based SEARCH for Diabetes in Youth study. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2023;11(4):242–250. doi:10.1016/S2213-8587(23)00025-6.
11. Siwarom S, Aekplakorn W, Pirojsakul K, Paksi W, Kessomboon P, Neelapaichit N, et al.(2021). Metabolic syndrome in Thai adolescents and associated factors: The Thai National Health Examination Survey V (NHES V). BMC Public Health. 2021;21(1):678.
12. ทิพยกาญจน์ มะโนประเสริฐกุล, ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์.(2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษา. พุทธชินราชเวชสาร. 2563;37(2):159–169.
13. สุกัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(3):105–110.
14. หทัยชนก เนื่องจุ้ย.(2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนในกลุ่มเด็กระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. เชียงรายเวชสาร. 2564;13(3):133–145.
15. ธนวุฒิ สินโสภณภาพ, กัลยา ถาวรสวัสดิ์.(2565). การหาค่าจุดตัดของค่าน้ำตาลสะสมในเลือดเพื่อพยากรณ์การเกิดภาวะก่อนเบาหวานและโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นโรคอ้วน. วชิรเวชสาร. 2565;66(4):299–310.
16. วรกุล จิตรมั่น.(2567). ผลของการให้ความรู้และแนวปฏิบัติด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในโรงพยาบาลลำปาง. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2567;63(3):93–110.
17. Ng HY.(2023). Prediabetes in children and adolescents: An updated review. World Journal of Diabetes. 2023;14(10):1212–1226.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทำหัตถการทางการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลดอนมดแดง

Development of a Care System for Hypertensive Patients Prior to Thai Traditional Medicine Procedures at Don Mot Daeng Hospital

(Received: September 8, 2026; Revised: September 15, 2026 ; Accepted: September 20, 2026)

สิทธิศักดิ์ หลักทอง[1]

Sittisak Lakthong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ วิจัยและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย และติดตามการนำระบบไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำ โรงพยาบาลดอนมดแดง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังดำเนินการ โดยประเมินผลใช้รูปแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 40 ปีขึ้นไปจำนวน 68 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม–31 กรกฎาคม 2567 โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง จากนั้นติดตามการนำระบบไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 30 กันยายน 2568 เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และการทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการศึกษา: ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยง การวัดและแปลผลความดันโลหิต การเตรียมความพร้อมและประเมินซ้ำ การกำหนดเกณฑ์ให้บริการ งดหัตถการและส่งต่อ การเฝ้าระวังระหว่างและภายหลังทำหัตถการ และการบันทึกข้อมูลพร้อมให้คำแนะนำ ระบบมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และแบบประเมินความพึงพอใจและความมั่นใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 ผู้ป่วยทั้ง 68 คนได้รับการประเมินและบันทึกข้อมูลครบถ้วนร้อยละ 100 และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 145.30 เป็น 137.50 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(67) = 3.21, P-value = .002) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 91.60 เป็น 87.00 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(67) = 2.47, P-value = .016) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและความมั่นใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.55, *S.D.* = 0.55) ภายหลังการประเมิน ระบบถูกนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบ, ความดันโลหิตสูง, การแพทย์แผนไทย, การประเมินก่อนทำหัตถการ, ความปลอดภัยของผู้ป่วย

Abstract

This study aimed to examine the existing care situation, develop and evaluate a care system for patients with hypertension undergoing Thai traditional medicine procedures, and follow up on its implementation as a routine practice guideline at Don Mot Daeng Hospital. A quasi-experimental research pre – post design. research and development study employed a one-group pretest–posttest quasi-experimental design during the evaluation phase. The sample comprised 68 purposively selected patients with hypertension aged 40 years or older. Evaluation data were collected from May 1 to July 31, 2024. Implementation of the system as a routine practice guideline was subsequently followed up from October 1, 2024, to September 30, 2025. The research instruments were assessed for content validity. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired-samples t-tests.

Results: The developed care system consisted of six components: health and risk assessment; blood pressure measurement and interpretation; preparation and reassessment; criteria for proceeding with

[1] กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง

procedures, withholding procedures, and referral; monitoring during and after procedures; and documentation and patient education. The system had a content validity index of 0.92, and the patient satisfaction and confidence questionnaire had a Cronbach's alpha coefficient of 0.89. All 68 patients received complete assessments and documentation, representing 100% completeness, and no adverse events were observed. Mean systolic blood pressure decreased significantly from 145.30 to 137.50 mmHg ($t(67) = 3.21$, $p = .002$), while mean diastolic blood pressure decreased significantly from 91.60 to 87.00 mmHg ($t(67) = 2.47$, $p = .016$). Overall patient satisfaction and confidence were at the highest level (mean = 4.55, SD = 0.55). Following the evaluation, the system was implemented continuously as a routine practice guideline for one year.

Keywords : care system development, hypertension, Thai traditional medicine, pre-procedural assessment, patient safety

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มักไม่แสดงอาการในระยะแรก แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย การประเมินภาวะสุขภาพ การวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติก่อนรับบริการสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย[1,2]

การแพทย์แผนไทยมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ บำบัดอาการ และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยหัตถการที่ให้บริการทั่วไป ได้แก่ การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการอบสมุนไพร หัตถการเหล่านี้อาจส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิต อุณหภูมิร่างกาย และการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีโรคร่วม หรือมีอาการเตือน จึงควรได้รับการซักประวัติ วัดและแปลผลความดันโลหิต ประเมินปัจจัยเสี่ยง และพิจารณาความพร้อมก่อนทำหัตถการ รวมทั้งเฝ้าระวังอาการระหว่างและภายหลังรับบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ หากไม่มีขั้นตอนและเกณฑ์ตัดสินใจที่ชัดเจน อาจทำให้บุคลากรปฏิบัติแตกต่างกันและเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย[3]

คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการจำนวน 82 ราย และรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 คน พบว่า กระบวนการดูแลเดิมยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การซักประวัติและประเมินความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม วิธีวัดและแปลผลความดันโลหิตยังไม่ชัดเจน อีกทั้งขาดเกณฑ์สำหรับการพักและวัดซ้ำ การงดหัตถการ การปรึกษาแพทย์ และการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ การเฝ้าระวังระหว่างและภายหลังทำหัตถการ การบันทึกข้อมูล และการให้คำแนะนำยังไม่เชื่อมโยงเป็นกระบวนการเดียวกัน ส่งผลให้การตัดสินใจส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และดุลยพินิจของผู้ให้บริการแต่ละราย[3]

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ แนวคิดการประเมินคุณภาพบริการของ Donabedian อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยโครงสร้างครอบคลุมบุคลากร เครื่องมือ คู่มือ และทรัพยากรสนับสนุน กระบวนการครอบคลุมการประเมิน การตัดสินใจ การให้บริการ และการติดตามผู้ป่วย ส่วนผลลัพธ์ครอบคลุมคุณภาพบริการ ความปลอดภัย และ

ประสบการณ์ของผู้รับบริการ[4] ขณะที่แบบจำลอง SEIPS ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ภาระงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี กระบวนการ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อออกแบบระบบที่ลดความคลาดเคลื่อนและสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วย[5]

การนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติทางคลินิกและมาตรฐานการแพทย์แผนไทย ช่วยให้การพัฒนาระบบครอบคลุมตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การค้นหาอาการเตือน การวัดและแปลผลความดันโลหิต การเตรียมความพร้อมและประเมินซ้ำตลอดจนการกำหนดเกณฑ์สำหรับให้บริการ งดหัตถการ ปรึกษาแพทย์ หรือส่งต่อ การเฝ้าระวังระหว่างและภายหลังทำหัตถการ รวมถึงการบันทึกและสื่อสารคำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างเป็นมาตรฐาน การจัดกระบวนการดังกล่าวยังช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วมและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการเข้ารับบริการ [6,7,8]

จากปัญหาและช่องว่างของกระบวนการดูแลเดิม ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย โดยเชื่อมโยงการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การเตรียมความพร้อม การตัดสินใจให้บริการ การเฝ้าระวังและการส่งต่อไว้ในกระบวนการเดียวกัน พร้อมจัดทำคู่มือ แบบประเมิน แบบบันทึก และแผนผังการตัดสินใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ระบบที่พัฒนาขึ้นมุ่งลดความแตกต่างในการปฏิบัติ ยกระดับคุณภาพบริการ และสนับสนุนความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลดอนมดแดง ตลอดจนเป็นต้นแบบสำหรับการประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลดอนมดแดง

2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทยให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลดอนมดแดง

3. เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้เบื้องต้นของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย

4. เพื่อประเมินผลระบบด้านความครบถ้วนของกระบวนการดูแล ระดับความดันโลหิต เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความพึงพอใจ และความมั่นใจของผู้ป่วย

5. เพื่อติดตามสถานะและความต่อเนื่องของการนำระบบไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำของหน่วยงาน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังดำเนินการ ณ คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการทบทวนข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทยในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 82 ราย และรวบรวมความคิดเห็นจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 คน โดยดำเนินการระหว่างวันที่ 10 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2567 การวิเคราะห์ครอบคลุมการซักประวัติ การประเมินความเสี่ยง การวัดและแปลผลความดันโลหิต การเตรียมความพร้อม การตัดสินใจให้บริการ การเฝ้าระวัง การบันทึกข้อมูล และการส่งต่อ ผลการวิเคราะห์นำไปกำหนดปัญหา ช่องว่าง และองค์ประกอบของระบบที่ต้องพัฒนา

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาต้นแบบระบบ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567 โดยนำผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวทางเวช

ปฏิบัติ มาตรฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทย แนวคิดของ Donabedian และแบบจำลอง SEIPS เพื่อจัดทำต้นแบบระบบ

ต้นแบบประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติงานคู่มือการดูแล แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบบันทึกความดันโลหิต แบบเฝ้าระวัง และแผนผังการตัดสินใจให้บริการ งดหัตถการ หรือส่งต่อ

ระยะที่ 3 ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567 โดยนำระบบและเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92

จากนั้นทดลองใช้ต้นแบบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 15 เมษายน 2567 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่รวมอยู่ในระยะประเมินผล

ภายหลังการทดลองใช้ ผู้วิจัยปรับปรุงแบบประเมิน เกณฑ์การพักและวัดความดันโลหิตซ้ำ เกณฑ์การงดหัตถการและส่งต่อ รวมถึงรูปแบบการบันทึกข้อมูลให้เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งาน และจัดทำเป็นระบบฉบับสมบูรณ์ภายในวันที่ 30 เมษายน 2567

ระยะที่ 4 ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน โดยนำระบบฉบับสมบูรณ์ไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 68 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

การประเมินผลใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังได้รับการดูแลตามระบบ โดยประเมินความครบถ้วนของกระบวนการดูแล ระดับความดันโลหิต การพักและวัดความดันโลหิตซ้ำ การงดหัตถการและส่งต่อ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความพึงพอใจ และความมั่นใจของผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 40 ปีขึ้นไปที่เข้ารับหัตถการ ณ คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

การนำระบบไปใช้เป็นงานประจำ

ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ในวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทยได้รับการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำของคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 1 ปี

ในช่วงดังกล่าว บุคลากรใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยง แบบบันทึกระดับความดันโลหิต แผนผังการตัดสินใจ และแบบบันทึกการเฝ้าระวังในการให้บริการผู้ป่วยตามขั้นตอนของระบบอย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามความครบถ้วนของการปฏิบัติ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การงดหัตถการ การส่งต่อ และปัญหาอุปสรรคจากการใช้งาน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูลสองชุดที่วัดจากบุคคลเดียวกัน โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดการทดสอบแบบสองทาง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ 0.35 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 67 คน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจำนวน 68 คน ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
3. เข้ารับบริการหัตถการทางการแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลดอนมดแดง
4. สามารถสื่อสารและปฏิบัติตามขั้นตอนการศึกษาได้

5. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

1. มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน

2. มีโรคหัวใจรุนแรง โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือภาวะอื่นที่แพทย์พิจารณาว่าไม่เหมาะสมต่อการทำหัตถการ

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการประเมินได้ครบถ้วน

4. ขอถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมระหว่างการศึกษา

ผู้วิจัยยุติการให้หัตถการเมื่อผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตหรืออาการผิดปกติตามเกณฑ์ที่กำหนดในระบบ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ใจสั่นรุนแรง หน้ามืด แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปวดศีรษะรุนแรง หรือมีอาการอื่นที่อาจเป็นอันตราย และดำเนินการประเมินหรือส่งต่อเพื่อรับการรักษาตามแนวทางของโรงพยาบาล

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวทางเวชปฏิบัติ มาตรฐานวิชาชีพ แนวคิดของ Donabedian และแบบจำลอง SEIPS ประกอบด้วย คู่มือปฏิบัติงาน แผนผังการตัดสินใจ เกณฑ์การให้บริการและส่งต่อ แนวทางเตรียมความพร้อม และแนวทางเฝ้าระวังระหว่างและภายหลังทำหัตถการ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบบันทึกการวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและกระบวนการดูแลเดิม

- แนวคำถามสำหรับบุคลากร ใช้ศึกษาปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบ

- แบบประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงก่อนทำหัตถการ

- แบบบันทึกระดับความดันโลหิตก่อนและภายหลังได้รับการดูแลตามระบบ

- แบบตรวจสอบความครบถ้วนในการปฏิบัติตามระบบ

- แบบบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างและภายหลังทำหัตถการ

- แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของระบบและเครื่องมือวิจัยสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ และแบบบันทึกผลการทดลองใช้เพื่อประเมินความเป็นไปได้เบื้องต้นของระบบ

- แบบประเมินความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้ป่วยต่อระบบการดูแล เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลระบบในระยะที่ 4

ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 68 คน โดยประเมินข้อมูลก่อนและหลังได้รับการดูแลตามระบบ

ช่วงที่ 2 การติดตามการนำระบบไปใช้จริง

ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 1 ปี เพื่อติดตามการนำระบบไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำของหน่วยงาน โดยพิจารณาความต่อเนื่องในการใช้ระบบ ความครบถ้วนของการปฏิบัติ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การงดหัตถการ การส่งต่อ และปัญหาอุปสรรคในการใช้งาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำระบบ คู่มือ และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุม และความชัดเจนของภาษา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 จากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและทดลองใช้กับ

ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ซึ่งไม่รวมอยู่ในกลุ่มประเมินผล เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการใช้งาน

แบบประเมินความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้ป่วยต่อระบบการดูแล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 ส่วนเครื่องวัดความดันโลหิตได้รับการตรวจสอบและสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ผู้เก็บข้อมูลได้รับการชี้แจงวิธีใช้เครื่องมือและเกณฑ์การบันทึกให้เป็นแนวทางเดียวกันก่อนเก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ข้อมูลทั่วไป สถานการณ์เดิม ผลการปฏิบัติตามระบบ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจ วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความคิดเห็น ปัญหา ความต้องการและข้อเสนอแนะจากบุคลากร วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ตามประเด็นสำคัญและสรุปเชิงพรรณนา

3. ตรวจสอบการแจกแจงปกติของค่าผลต่างระดับความดันโลหิตก่อนและภายหลังได้รับการดูแลตามระบบด้วยการทดสอบ Shapiro–Wilk เมื่อข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่ (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้จะดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคำนึงถึงสิทธิ ศักดิ์ศรี และความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล พัฒนาระบบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทดลองใช้ และเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2567

สำหรับการนำระบบไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 หน่วยงานดำเนินการภายใต้แนวทางการคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วยและการรักษาความลับของผู้รับบริการ โดยรายงานผลในภาพรวมและไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทยในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 82 ราย ร่วมกับการรวบรวมความคิดเห็นจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 คน พบว่า กระบวนการดูแลเดิมยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การซักประวัติและประเมินความเสี่ยงไม่ครอบคลุม วิธีวัดและแปลผลความดันโลหิตไม่ชัดเจน รวมทั้งขาดเกณฑ์สำหรับการพักและวัดซ้ำ การงดหัตถการ การปรึกษาแพทย์ และการส่งต่อ นอกจากนี้ การเฝ้าระวังระหว่างและภายหลังทำหัตถการ การบันทึกข้อมูล และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบ

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาต้นแบบระบบ

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติ มาตรฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทย แนวคิดของ Donabedian และแบบจำลอง SEIPS ได้ต้นแบบระบบการดูแลซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยง 2) การวัดและแปลผลความดันโลหิต 3) การเตรียมความพร้อมและประเมินซ้ำ 4) การกำหนดเกณฑ์ให้บริการ งดหัตถการ และส่งต่อ 5) การเฝ้าระวังระหว่างและภายหลังทำหัตถการ และ 6) การบันทึกข้อมูลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

ระบบและเครื่องมือได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 แสดงว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเหมาะสมสำหรับนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้และปรับปรุงต้นแบบ

ผลการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน พบว่า ระบบและเครื่องมือวิจัยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 แสดงว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ ผลการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน พบว่า ระบบสามารถนำไปปฏิบัติได้ในบริบทของหน่วยบริการ อย่างไรก็ตาม แบบประเมินมีข้อมูลบางส่วนซ้ำซ้อน เกณฑ์การพักและวัดความดันโลหิตซ้ำยังไม่ชัดเจน และแบบบันทึกมีรายละเอียดมากเกินความจำเป็น ผู้วิจัยจึงปรับลดรายการที่ซ้ำซ้อน จัดลำดับขั้นตอน ปรับเกณฑ์การตัดสินใจและส่งต่อ และปรับรูปแบบการบันทึกให้สะดวกต่อการใช้งาน ก่อนจัดทำเป็นระบบฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 4 ผลการประเมินระบบ

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.82 มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 50.00 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 44.12 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 52.94 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58.47 ปี (*S.D.* = 9.63) ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.83 ปี (*S.D.* = 4.12) และดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.86 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (*S.D.* = 3.74)

ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงของค่าผลต่างระดับความดันโลหิตด้วยการทดสอบ Shapiro–Wilk พบว่า ค่าผลต่างของความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกมีการแจกแจงไม่แตกต่างจากการแจกแจงปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value > .05) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการใช้การทดสอบทีแบบจับคู่

4.2 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต

ภายหลังได้รับการดูแลตามระบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 145.30 มิลลิเมตรปรอท (*S.D.* = 10.50) เป็น 137.50 มิลลิเมตรปรอท (*S.D.* = 9.80) โดยมีผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ 7.80 มิลลิเมตรปรอท และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(67) = 3.21, P-value = .002) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 91.60 มิลลิเมตรปรอท (*S.D.* = 8.20) เป็น 87.00 มิลลิเมตรปรอท (*S.D.* = 7.50) โดยมีผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 มิลลิเมตรปรอท และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(67) = 2.47, P-value = .016) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและภายหลังได้รับการดูแลตามระบบ (n = 68)

ระดับความดันโลหิต ก่อนรับการดูแล Mean ± S.D.		ภายหลังรับการดูแล Mean ± *S.D.*	ผลต่างเฉลี่ย	t (df)	P-value
ซิสโตลิก	145.30 ± 10.50	137.50 ± 9.80	7.80	3.21 (67)	.002
ไดแอสโตลิก	91.60 ± 8.20	87.00 ± 7.50	4.60	2.47 (67)	.016

4.3 ผลการประเมินกระบวนการดูแล

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ วัดความดันโลหิต และบันทึกข้อมูลตามระบบ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้ป่วยจำนวน 22 คน มีข้อบ่งชี้ให้พักและวัดความดันโลหิตซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 32.35 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยผู้ที่มีข้อบ่งชี้ได้รับการดำเนินการครบทุกราย ผู้ป่วยจำนวน 66 คนสามารถเข้ารับหัตถการได้ คิดเป็นร้อยละ

97.06 ขณะที่ 2 คนได้รับการงดหัตถการและส่งต่อเพื่อประเมินเพิ่มเติม คิดเป็นร้อยละ 2.94 โดยไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างและภายหลังทำหัตถการ

4.4 ความพึงพอใจและความมั่นใจของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจและความมั่นใจต่อระบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.55, *S.D.* = 0.55) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือการสื่อสารและคำแนะนำจากผู้ให้บริการ (Mean = 4.63, *S.D.* = 0.49) รองลงมาคือความมั่นใจในการเข้ารับบริการครั้งต่อไป (Mean = 4.59, *S.D.* = 0.55)

ผลการนำระบบไปใช้จริงต่อเนื่อง 1 ปี

ภายหลังเสร็จสิ้นการประเมินผลระยะที่ 4 เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2567 คลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง ได้นำระบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2568 รวมระยะเวลา 1 ปี โดยนำแบบประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยง แบบบันทึกระดับความดันโลหิต แผนผังการตัดสินใจ และแบบบันทึกการเฝ้าระวังมาใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วย ระบบยังคงถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินผู้ป่วย การพิจารณาความเหมาะสมก่อนทำหัตถการ การงดหัตถการและการส่งต่อ สะท้อนว่าระบบสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำในบริบทของหน่วยบริการได้ อย่างไรก็ตาม การติดตามครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณของผู้ป่วยตลอดระยะเวลา 1 ปี จึงไม่สามารถสรุปประสิทธิผลระยะยาวของระบบได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่ากระบวนการเดิมยังขาดแนวทางประเมินความเสี่ยง เกณฑ์ตัดสินใจ และระบบส่งต่อที่ชัดเจน ส่งผลให้การปฏิบัติขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ให้บริการ การพัฒนาระบบโดยเชื่อมโยงการประเมิน การเตรียมความพร้อม การตัดสินใจ การเฝ้าระวัง และการส่งต่อไว้ในกระบวนการเดียวกัน จึงช่วยลดความแตกต่างในการปฏิบัติงานและเพิ่มความครบถ้วนของบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian ที่อธิบายว่าคุณภาพบริการเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์[4]

ระบบมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และสามารถนำไปปฏิบัติได้ภายหลังการทดลองใช้และปรับปรุง แสดงว่ากระบวนการพัฒนามีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ การกำหนดบทบาท เครื่องมือ ขั้นตอน และเกณฑ์ตัดสินใจที่ชัดเจนสอดคล้องกับแบบจำลอง SEIPS ซึ่งให้ความสำคัญกับการออกแบบระบบงานเพื่อสนับสนุนคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย[5]

ภายหลังได้รับการดูแลตามระบบ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลจากการจัดกระบวนการประเมินอย่างเป็นระบบ การให้ผู้ป่วยพักในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การฝึกหายใจ การติดตามอาการ และการวัดความดันโลหิตซ้ำตามขั้นตอน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุขไชย[9] ซึ่งพบว่า การให้บริการทางการแพทย์แผนไทยร่วมกับการพักและการแช่เท้าด้วยตำรับสมุนไพรช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานของ Liao และคณะ[10] ซึ่งรวบรวมการทดลองแบบสุ่มจำนวน 9 เรื่อง และพบว่าการนวดช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ที่มีภาวะก่อนความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ Garg และคณะ[11] ได้ทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานการทดลองแบบสุ่มจำนวน 15 เรื่อง พบว่า การฝึกหายใจช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 7.06 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 3.43

มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการพัก การผ่อนคลาย และการควบคุมการหายใจอาจช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตได้

ระบบได้รับการนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานประจำต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี แสดงถึงความต่อเนื่องและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ในบริบทของหน่วยบริการ อย่างไรก็ตาม การติดตามครั้งนี้เป็นการติดตามสถานะการใช้งานโดยไม่มีข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณตลอดระยะเวลา 1 ปี จึงยังไม่สามารถสรุปประสิทธิผลหรือความปลอดภัยระยะยาวของระบบได้

อย่างไรก็ตาม การลดลงของระดับความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้อาจได้รับอิทธิพลจากการพักก่อนวัด ความแปรปรวนตามธรรมชาติของความดันโลหิต สภาวะทางอารมณ์ การใช้ยาลดความดันโลหิต และปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ประกอบกับการศึกษาใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าระบบที่พัฒนาขึ้นเป็นสาเหตุโดยตรงของการลดลงของระดับความดันโลหิตทั้งหมด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำระบบไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับหัตถการทางการแพทย์แผนไทย

2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวัดและแปลผลความดันโลหิต การประเมินอาการเตือนและการปฏิบัติตามเกณฑ์งดหัตถการหรือส่งต่อ

3. ควรติดตามความครบถ้วนของการปฏิบัติระดับความดันโลหิต เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และความพึงพอใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลมาปรับปรุงระบบ

4. การนำระบบไปใช้ในหน่วยบริการอื่นควรปรับให้เหมาะสมกับบุคลากร ทรัพยากร และระบบส่งต่อของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายการศึกษาไปยังหน่วยบริการที่มีบริบทแตกต่างกัน

3. ควรติดตามผลระยะยาวด้านความต่อเนื่องในการใช้ระบบ ความปลอดภัย และความยั่งยืนของผลลัพธ์

4. ควรประเมินผลด้านผู้ให้บริการและระบบงานเพิ่มเติม เช่น ระยะเวลาให้บริการ ความครบถ้วนในการปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้เป็นงานประจำ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทำหัตถการทางการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลดอนมดแดง สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนมดแดงที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของระบบและเครื่องมือวิจัย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานวิจัยให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณบุคลากรคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาระบบ ทดลองใช้ และเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนร่วมให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการศึกษา ข้อมูลและความคิดเห็นจากทุกท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความชัดเจน เหมาะสม และสนับสนุนความปลอดภัยในการให้บริการทางการแพทย์แผนไทย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. American Heart Association. Understanding blood pressure readings [Internet]. Dallas (TX): American Heart Association; 2025 [cited 2026 Sep 6]. Available from: https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/understanding-blood-pressure-readings
3. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการให้บริการทางการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.
5. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT, Gurses AP, Alvarado CJ, Smith M, et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. Qual Saf Health Care. 2006;15 Suppl 1. doi:10.1136/qshc.2005.015842.
6. Brook RD, Appel LJ, Rubenfire M, Ogedegbe G, Bisognano JD, Elliott WJ, et al. Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the American Heart Association. Hypertension. 2013;61(6):1360-83. doi:10.1161/HYP.0b013e318293645f.
7. Omboni S. Connected health in hypertension management. Front Cardiovasc Med. 2019;6:76. doi:10.3389/fcvm.2019.00076.
8. World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2026 Sep 6]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505
9. สุขไชย ธ. ผลการศึกษาการแช่เท้าด้วยตำรับยาสมุนไพรต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2568;11(1):89–106.
10. Liao IC, Chen SL, Wang MY, Tsai PS. Effects of massage on blood pressure in patients with hypertension and prehypertension: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Cardiovasc Nurs. 2016;31(1):73–83. doi:10.1097/JCN.0000000000000217.
11. Garg P, Mendiratta A, Banga A, Bucharles A, Victoria P, Kamaraj B, et al. Effect of breathing exercises on blood pressure and heart rate: a systematic review and meta-analysis. Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev. 2023;20:200232. doi:10.1016/j.ijcrp.2023.200232.

การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์เพื่อยกระดับระบบตระหนักรู้สถานการณ์ด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรค

Development of Operating Standards for Situation Awareness Teams to Strengthen the Public Health Situation Awareness System of the Department of Disease Control.

(Received: September 8, 2026; Revised: September 14, 2026 ; Accepted: September 17, 2026)

วรางคณา จันทรสุข[1] ภันทิลา ทวีวิกยการ[2] เจษฎา ธนกิจเจริญกุล[2] ณัฐพล หอมหวล[3] ธนัชชา ไทยธนสาร[3]
Warangkana Chantarasuk[1] Pantila Taweewigyakarn[2] Jessada Thanakitjaroenkul[2] Nattapon Homhual[3] Thanatcha Thaithanasarn[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนา พัฒนาและประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2568 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ (1) การทบทวนเอกสารและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง (2) การพัฒนาร่างมาตรฐาน (3) การทดลองใช้ในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3 แห่ง (4) การปรับปรุงมาตรฐานตามผลการทดลองใช้และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และ (5) การจัดทำมาตรฐานฉบับสมบูรณ์

ผลการวิจัย: มาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ฉบับปี พ.ศ. 2568 ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ด้าน ได้แก่ การจัดตั้งทีม ศักยภาพทางวิชาการ ความพร้อมในการปฏิบัติงาน การเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ คุณภาพรายงานข่าวการระบาด และระบบสนับสนุน การกำกับติดตาม และการประเมินผล ผลการทดลองใช้พบว่าหน่วยงานสามารถใช้มาตรฐานประเมินตนเองได้ ตัวชี้วัดมีความชัดเจน สะท้อนการดำเนินงานจริง และช่วยระบุช่องว่างในการพัฒนาระบบตระหนักรู้สถานการณ์

คำสำคัญ: ทีมตระหนักรู้สถานการณ์, ข่าวกรองด้านสาธารณสุข, ระบบเฝ้าระวัง, ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค

ABSTRACT

This study aimed to examine the current situation, problems, and needs for standard development; develop and evaluate operating standards; and establish the 2025 Situation Awareness Team Operating Standards of the Department of Disease Control. This action research was conducted from January 2025 to February 2026 and comprised five phases: (1) reviewing relevant documents and standards; (2) developing draft standards; (3) pilot testing in three Offices of Disease Prevention and Control; (4) revising the standards based on pilot test findings and expert recommendations; and (5) finalizing the standards.

Results: The 2025 Situation Awareness Team Operating Standards of the Department of Disease Control comprised six domains: team establishment, technical capacity, operational readiness, surveillance and situation assessment, quality of outbreak reports, and supporting systems, monitoring, and evaluation. Pilot implementation demonstrated that the participating agencies were able to use the standards for self-assessment. The indicators were clear, reflected actual practice, and helped identify gaps for strengthening the situation awareness system.

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค
[2] นายแพทย์ชำนาญการ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค
[3] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค

Keywords: Situation Awareness Team, Public Health Intelligence, Public Health Surveillance, Public Health Emergency, Department of Disease Control

บทนำ

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพของโลกมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ จากภัยพิบัติทางธรรมชาติ ภัยจากสารเคมี ภัยจากรังสีและนิวเคลียร์ ภัยจากสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการเคลื่อนย้ายประชากรระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้น ทำให้โรคและภัยสุขภาพสามารถแพร่กระจายข้ามพรมแดนได้อย่างรวดเร็ว การรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยระบบที่สามารถตรวจจับเหตุการณ์ วิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง และจัดทำข้อมูล ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกกำหนดกรอบการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548[1] และมีเครื่องมือ Joint External Evaluation (JEE) สำหรับประเมินสมรรถนะของประเทศในการป้องกัน ตรวจจับ ประเมิน และตอบโต้ภัยคุกคามด้านสุขภาพ[2] ระบบตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) จึงมีบทบาทสำคัญในการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อสนับสนุนผู้บริหารและผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการตัดสินใจทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน สำหรับแนวคิด Situation Awareness อธิบายกระบวนการสำคัญ 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูล (Perception) การทำความเข้าใจสถานการณ์ (Comprehension) และการคาดการณ์สถานการณ์ในอนาคต (Projection) ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการตัดสินใจ[3] ขณะเดียวกัน แนวคิด Public Health Intelligence เน้นการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อการตรวจจับ ตรวจสอบ ประเมินความเสี่ยง และสนับสนุนการตัดสินใจ[4] ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกในการเสริมสร้างระบบข่าวกรองด้านสาธารณสุข[4,8]

สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรคได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้เหตุการณ์ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team; SAT) ที่ทำหน้าที่รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินข้อมูลด้านโรคและภัยสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจภายใต้ระบบศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC)[6,9] อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาสถานการณ์และทบทวนการดำเนินงาน พบว่ามาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานเดิม พ.ศ. 2563[9] ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การมุ่งเน้นเฉพาะการดำเนินงานในภาวะปกติ ยังไม่ครอบคลุมการกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานในภาวะฉุกเฉิน การขาดตัวชี้วัดด้านการสนับสนุนระดับองค์กร และการเชื่อมโยงกับระบบ EOC รวมถึงความจำเป็นในการเชื่อมโยงกับ IHR 2005[1] JEE[2] และ EOC Assessment Tool[10] มากขึ้น

สถานการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุผลสำคัญของการทบทวนและพัฒนามาตรฐาน SAT ฉบับใหม่ ให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานในปัจจุบัน มาตรฐานสากล และความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรคสามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐานเดียวกัน มีศักยภาพในการตรวจจับและประเมินสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารได้อย่างครอบคลุม ทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์

2. พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค

3. ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการนำมาตรฐานไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

4. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค พ.ศ.2568 ฉบับสมบูรณ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมุ่งพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค พ.ศ.2568 ให้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานสากล บริบทการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน มีการดำเนินงานแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ การศึกษาและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาร่างมาตรฐานและระดมความคิดเห็น การทดลองใช้มาตรฐานในพื้นที่นำร่อง การปรับปรุงร่างมาตรฐานตามผลการทดลองใช้และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการจัดทำมาตรฐานฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 1 **การศึกษาและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง**

ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี มาตรฐานสากล และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ International Health Regulations (IHR 2005)[1] Joint External Evaluation (JEE)[2] แนวคิด Situation Awareness[3] Public Health Intelligence[4] Event-Based Surveillance[5] กรอบการจัดการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน[6] แนวทางด้านการเตรียมพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข[7] แนวคิด Collaborative Surveillance[8] มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ .ศ.2563[9] และ EOC Assessment Tool[10] ตลอดจนรายงานผลการดำเนินงาน SAT และบทเรียนจากสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 การพัฒนาร่างมาตรฐานและการระดมความคิดเห็น

รวบรวมความคิดเห็นและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน SAT ผ่านการประชุมคณะทำงานจัดทำมาตรฐานและพัฒนาหลักสูตรการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ระหว่างเดือนมกราคม–มีนาคม 2568 และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดำเนินงาน ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ระหว่างวันที่ 19–21 กุมภาพันธ์ 2568 เพื่อร่วมกันออกแบบองค์ประกอบ ตัวชี้วัด เกณฑ์การประเมิน และร่างมาตรฐานฉบับใหม่

ระยะที่ 3 **การทดลองใช้มาตรฐานในพื้นที่นำร่อง** ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และปัญหาอุปสรรคของการนำมาตรฐานไปใช้จริงในพื้นที่นำร่อง ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน แบบสอบถามประเมินมาตรฐาน และการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน SAT พ.ศ. 2568 ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม–สิงหาคม 2568 และสรุปผลในเดือนกันยายน 2568

ระยะที่ 4 การปรับปรุงร่างมาตรฐาน

หลังการทดลองใช้ ผู้วิจัยนำผลการประเมินปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากพื้นที่นำร่องมาปรับปรุงร่างมาตรฐาน จากนั้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรคพิจารณาในเดือนตุลาคม 2568 และจัดประชุมพิจารณาร่างมาตรฐานในเดือนพฤศจิกายน 2568

ระยะที่ 5 การจัดทำมาตรฐานฉบับสมบูรณ์

นำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาสังเคราะห์ร่วมกับผลการทดลองใช้ เพื่อจัดทำมาตรฐานฉบับสมบูรณ์ในเดือนธันวาคม 2568

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ดำเนินการโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยและการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมก่อนการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม โดยการเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือยุติการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ

การดำเนินงานตระหนักรู้สถานการณ์ ของกรมควบคุมโรค มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเฝ้าระวังการประเมินสถานการณ์ และการตัดสินใจด้านสาธารณสุขทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม พบประเด็นที่ควรพัฒนา ได้แก่ มาตรฐาน SAT พ .ศ.2563 ยังไม่ครอบคลุมการดำเนินงานในภาวะฉุกเฉิน เกณฑ์การประเมินบางส่วนยังไม่มีรายละเอียดที่ชัดเจน บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าทีมและผู้ปฏิบัติงานแตกต่างกันระหว่างหน่วยงาน การเตรียมความพร้อมด้านข้อมูล อุปกรณ์และระบบสนับสนุน ยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ยังไม่มีตัวชี้วัดด้านการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงาน และจำเป็นต้องเชื่อมโยงมาตรฐานกับ IHR 2005, JEE และ EOC Assessment Tool มากขึ้น

2. ผลการพัฒนาร่างมาตรฐาน

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิด Situation Awareness[3] Public Health Intelligence[4,8] Event-Based Surveillance[5] IHR 2005[1] JEE[2] กรอบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข[6] และ EOC Assessment Tool[10] รวมทั้งบทเรียนจากการดำเนินงานจริงของกรมควบคุมโรค ผลการดำเนินงานทำให้ได้ร่างมาตรฐาน SAT พ .ศ.2568 ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดหลักของมาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค

ตัวชี้วัด	องค์ประกอบ
1	การจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์
2	ศักยภาพทางวิชาการ
3	ความพร้อมในการปฏิบัติงาน
4	การเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ เตือนภัย และรายงาน
5	คุณภาพรายงานข่าวการระบาด
6	ระบบสนับสนุน การกำกับติดตาม และการประเมินผล

เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน พ.ศ. 2563 พบว่ามีการเพิ่มตัวชี้วัดที่ 6 ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินให้มีความชัดเจนมากขึ้น และขยายขอบเขตการประเมินให้ครอบคลุมทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

3. ผลการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการนำมาตรฐานไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ภายหลังการจัดทำร่างมาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้นำร่างมาตรฐานไปทดลองใช้ในหน่วยงานนำร่อง ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช เพื่อประเมินความเหมาะสม ความ

เป็นไปได้ และการนำเกณฑ์มาตรฐานไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง พบว่า หน่วยงานสามารถนำเกณฑ์มาตรฐานไปใช้ในการประเมินตนเองได้ ตัวชี้วัดมีความชัดเจนและสะท้อนการดำเนินงานจริงของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของทีม SAT มากขึ้น รวมทั้งทำให้หน่วยงานได้ทบทวนระบบข้อมูล อุปกรณ์ และความพร้อมในการปฏิบัติงาน ตลอดจนสามารถระบุช่องว่างและโอกาสในการพัฒนาระบบ SAT ของหน่วยงานได้ อย่างไรก็ตาม จากการทดลองใช้พบประเด็นที่ควรปรับปรุง ได้แก่ การปรับถ้อยคำของเกณฑ์การประเมินให้มีความชัดเจนมากขึ้น การกำหนดคุณสมบัติของหัวหน้าทีม SAT ให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน และการเพิ่มเติมรายละเอียดของตัวชี้วัดบางรายการ เพื่อให้สามารถนำมาตรฐานไปใช้ได้อย่างชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ผลการทดลองใช้สะท้อนว่า มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เป็นกรอบสำหรับการประเมินและพัฒนาการดำเนินงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ โดยผลการประเมินสามารถนำมาใช้ในการระบุช่องว่างและกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบ SAT ของหน่วยงานได้

4. ผลการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ภายหลังการทดลองใช้ ผู้วิจัยได้นำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงร่างมาตรฐานและเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิของกรมควบคุมโรคพิจารณา ผลการพิจารณาพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับแนวทางการพัฒนามาตรฐาน และมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเชื่อมโยงมาตรฐานกับ IHR 2005 และ JEE ให้ชัดเจน การกำหนดเกณฑ์การประเมินที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในทุกระดับ การเพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับระบบสนับสนุนและการกำกับติดตาม การกำหนดคุณสมบัติของหัวหน้าทีม SAT
ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และการจัดให้มีแนวทางสร้างแรงจูงใจและพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงร่างมาตรฐานก่อนจัดทำเป็นมาตรฐานฉบับสมบูรณ์

5. ผลการพัฒนามาตรฐานฉบับสมบูรณ์

มาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2568 มีโครงสร้างประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่ (1) บทนำ ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของมาตรฐาน และนิยามศัพท์/คำย่อ (2) ลำดับเหตุการณ์งานตระหนักรู้สถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้อง (3) เครื่องมือและแนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนามาตรฐาน ได้แก่ การประเมินตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005)[1] และ Joint External Evaluation (JEE)[2] ที่เกี่ยวข้องกับทีมตระหนักรู้สถานการณ์ และการใช้ EOC Assessment Tool[10] เพื่อเสริมประสิทธิภาพงานตระหนักรู้สถานการณ์ (4) ตัวชี้วัดและเกณฑ์การให้คะแนน (5) รายละเอียดตัวชี้วัดในภาวะปกติ (6) รายละเอียดตัวชี้วัดในภาวะฉุกเฉิน และ (7) แบบประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งมีภาคผนวกที่ประกอบด้วยแบบฟอร์มและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน มาตรฐานกำหนดตัวชี้วัดหลัก 6 ด้าน โดยมีรายละเอียดสำหรับภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงาน ได้แก่ การจัดตั้งทีม/กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ ศักยภาพทางวิชาการ ความพร้อมในการปฏิบัติงาน การเฝ้าระวังประเมินสถานการณ์ เตือนภัยและรายงาน การจัดทำรายงานข่าวการระบาดที่มีคุณภาพ และระบบสนับสนุน การกำกับติดตามและการประเมินผล ทั้งนี้ ในภาวะฉุกเฉินมีการกำหนดเป็น “กลุ่มภารกิจ

ตระหนักรู้สถานการณ์” เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดทั้ง 6 ด้านครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง ศักยภาพ ความพร้อม กระบวนการปฏิบัติงาน คุณภาพผลผลิต และระบบสนับสนุนของหน่วยงาน ทำให้สามารถใช้เป็นกรอบสำหรับการประเมินและพัฒนาระบบตระหนักรู้สถานการณ์ได้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ ประเด็นความทันเวลา (Timeliness) ได้รับการพิจารณาในกระบวนการพัฒนามาตรฐาน เนื่องจากเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานด้าน Situation Awareness อย่างไรก็ตาม จากข้อจำกัดด้านวิธีการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบที่ยังไม่สามารถกำหนดเป็นมาตรฐานเดียวกันได้ในทุกพื้นที่ จึงยังไม่ได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ผ่านหรือไม่ผ่านในการประเมินมาตรฐานฉบับนี้ โดยกำหนดให้เป็นประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาเครื่องมือและระบบประเมินในระยะต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2568 เป็นการพัฒนาจากข้อจำกัดและบริบทการดำเนินงานที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะความจำเป็นในการรองรับทั้งภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการนำแนวคิด Public Health Intelligence มาประยุกต์ใช้มากขึ้น การพัฒนามาตรฐานจึงไม่ได้มุ่งเพียงกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานของทีม SAT แต่ครอบคลุมองค์ประกอบตั้งแต่การจัดตั้งทีม ศักยภาพทางวิชาการ ความพร้อมในการปฏิบัติงาน กระบวนการเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์ คุณภาพของรายงาน ตลอดจนระบบสนับสนุน การกำกับติดตาม และการประเมินผล ทำให้มาตรฐานมีลักษณะเป็นกรอบสำหรับการพัฒนาระบบ SAT ในภาพรวมของหน่วยงาน

องค์ประกอบของมาตรฐานดังกล่าวมีความสอดคล้องกับแนวคิด Situation Awareness ของ Endsley[3] ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ข้อมูล การทำความเข้าใจสถานการณ์ และการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต โดยการดำเนินงานของ SAT ต้องอาศัยข้อมูลจากการเฝ้าระวังและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องนำมาวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์เพื่อจัดทำข้อมูลที่สนับสนุนการตัดสินใจ ดังนั้น การกำหนดตัวชี้วัดด้านการเฝ้าระวัง การประเมินสถานการณ์ การเตือนภัย และการรายงาน จึงมีความสำคัญต่อการทำให้กระบวนการตระหนักรู้สถานการณ์เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การบูรณาการแนวคิด Public Health Intelligence[4,8] เข้ากับมาตรฐาน SAT พ.ศ. 2568 ถือเป็นประเด็นสำคัญของการพัฒนา เนื่องจากการตระหนักรู้สถานการณ์ด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่งและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบเฝ้าระวัง ผ่านกระบวนการตรวจจับ ตรวจสอบ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ก่อนนำไปสู่การสื่อสารและสนับสนุนการตัดสินใจอย่างเหมาะสม การกำหนดองค์ประกอบดังกล่าวไว้ในมาตรฐานจึงช่วยให้บทบาทของ SAT มีความครอบคลุมมากกว่าการรวบรวมและรายงานข้อมูล โดยเชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลให้เป็นข้อมูลข่าวกรองด้านสาธารณสุขที่สามารถนำไปใช้ประกอบการประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่พัฒนาขึ้นยังมีความเชื่อมโยงกับ IHR 2005[1] และ JEE[2] รวมถึง EOC Assessment Tool[10] ซึ่งสะท้อนการนำกรอบมาตรฐานและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง การตรวจจับ การประเมิน และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้กับบริบทของกรมควบคุมโรค การเชื่อมโยงดังกล่าวทำให้มาตรฐาน SAT มี

กรอบอ้างอิงที่ชัดเจนมากขึ้น และช่วยให้การพัฒนาศักยภาพของทีมสามารถเชื่อมโยงกับระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับองค์กรได้ [6,7]

ในด้านการนำไปใช้ ผลการทดลองใช้ในพื้นที่นำร่องแสดงให้เห็นว่า หน่วยงานสามารถใช้มาตรฐานเป็นกรอบในการประเมินตนเอง ทบทวนความพร้อม และระบุช่องว่างของการดำเนินงานได้ ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของทีม SAT มากขึ้น สะท้อนว่าการกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจนสามารถช่วยให้หน่วยงานเห็นสถานะของระบบ SAT ของตนเองและนำผลไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาได้ อย่างไรก็ตาม ข้อเสนอแนะจากพื้นที่นำร่องและผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องถ้อยคำของเกณฑ์ คุณสมบัติของหัวหน้าทีม รายละเอียดของตัวชี้วัด และระบบสนับสนุน แสดงให้เห็นว่าการพัฒนามาตรฐานเป็นกระบวนการที่ต้องปรับให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น มาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2568 จึงมีบทบาททั้งในด้านการกำหนดกรอบการปฏิบัติงาน การประเมินตนเอง และการวางแผนพัฒนาระบบ SAT โดยการมีมาตรฐานร่วมกันช่วยให้หน่วยงานมีกรอบในการทบทวนและพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ การนำมาตรฐานไปใช้ควรดำเนินควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสนับสนุนด้านข้อมูลและทรัพยากร และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มาตรฐานสามารถสนับสนุนการพัฒนาระบบตระหนักรู้สถานการณ์ได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทของภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากการทดลองใช้มาตรฐานดำเนินการในสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 3 แห่ง ซึ่งอาจมีบริบทและศักยภาพในการดำเนินงานแตกต่างจากหน่วยงานอื่น นอกจากนี้ การประเมินผลในระยะเริ่มต้นมุ่งศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานไปใช้ จึงยังไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้มาตรฐานต่อประสิทธิภาพของระบบตระหนักรู้สถานการณ์หรือผลต่อการตัดสินใจด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรมควบคุมโรคควรกำหนดให้มาตรฐานการปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ พ.ศ. 2568 เป็นกรอบมาตรฐานกลางสำหรับหน่วยงานในสังกัด เพื่อให้การดำเนินงานทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินมีแนวทางและเกณฑ์การประเมินที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ควรบูรณาการผลการประเมินมาตรฐาน SAT เข้ากับระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงาน และนำผลการประเมินไปใช้ในการกำหนดประเด็นและแผนพัฒนาระบบ SAT อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน Situation Awareness และ Public Health Intelligence รวมทั้งส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ระบบข้อมูล และเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน SAT และควรมีกลไกทบทวนและปรับปรุงมาตรฐานให้สอดคล้องกับบริบทของโรคและภัยสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาและพัฒนาวิธีการวัดความทันเวลาของกระบวนการตระหนักรู้สถานการณ์ (Timeliness) ที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างเป็นธรรมและตรวจสอบได้ในหน่วยงานที่มีบริบทแตกต่างกัน โดยควรกำหนดจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของกระบวนการวัดที่ชัดเจน รวมทั้งพัฒนาระบบหรือเครื่องมือดิจิทัลสำหรับบันทึกและติดตามระยะเวลาของกระบวนการตั้งแต่การรับแจ้งหรือ

ตรวจพบเหตุการณ์จนถึงการจัดทำข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ทั้งนี้ เมื่อมีระบบและวิธีการวัดที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน อาจนำผลการประเมินด้าน Timeliness มาใช้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของเกณฑ์มาตรฐาน SAT ในระยะต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

หน่วยงานควรจัดให้มีการประเมินมาตรฐาน SAT อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และนำผลการประเมินมาใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบ SAT โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการแก้ไขช่องว่างที่พบจากการประเมิน ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ Watch Team และ Subject Matter Expert (SME) ให้เชื่อมโยงกับการดำเนินงานด้าน Public Health Intelligence รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูลองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติ และบทเรียนจากการดำเนินงาน SAT เพื่อสนับสนุนการถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์ของการนำมาตรฐาน SAT พ.ศ. 2568 ไปใช้ในระยะยาว เพื่อประเมินผลต่อการพัฒนาศักยภาพของทีม การเฝ้าระวัง และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ควรศึกษาการประยุกต์ใช้ Public Health Intelligence และปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence) เพื่อสนับสนุนการตรวจจับและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการพัฒนาระบบประเมินมาตรฐาน SAT ในรูปแบบดิจิทัล นอกจากนี้ ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีผลการประเมิน SAT ในระดับสูง เพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางหรือต้นแบบสำหรับหน่วยงานอื่นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2016). International health regulations (2005). 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. World Health Organization.(2022). Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Endsley MR.(1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. Hum Factors. 1995;37(1):32-64. doi:10.1518/001872095779049543.
4. World Health Organization.(2023). Global public health intelligence report 2022. Geneva: World Health Organization; 2023.
5. World Health Organization.(2014). Early detection, assessment and response to acute public health events: implementation of event-based surveillance under the International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2014.
6. World Health Organization.(2015). Framework for a public health emergency operations centre. Geneva: World Health Organization; 2015.
7. Centers for Disease Control and Prevention.(2019). Public health emergency preparedness and response capabilities: national standards for state, local, tribal, and territorial public health. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services; 2019.
8. World Health Organization.(2023). Defining collaborative surveillance: a core concept for strengthening the global architecture for health emergency preparedness, response, and resilience (HEPR). Geneva: World Health Organization; 2023.

9. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563). มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1119320210312043053.pdf
10. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563). แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและระดับเขต (EOC Assessment Tool) [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/ddce/news.php?deptcode=ddce&news=13271&utm_source

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว

The effects of empowerment program for women of reproductive age on knowledge and behavior of breast cancer prevention at Ban Na Bua District Health Promoting Hospital.

(Received: September 8, 2026; Revised: September 14, 2026 ; Accepted: September 17, 2026)

อรพิน พิมพาสูง[1]
Orapin pimpasaung[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน เครื่องมือวิจัยมี 2 ส่วน เครื่องมือโปรแกรม และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง 4) แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ paired t-test ดำเนินการศึกษาระหว่างเก็บข้อมูลวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 1 กุมภาพันธ์2569

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.34$ ปี (SD. = 11.22) โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 24 ถึง 59 ปี ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือกลุ่มน้ำหนักเกินหรืออ้วน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 31.4) และกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 17.1) ตามลำดับ สำหรับระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 51.4) และระดับมัธยมศึกษา จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 48.6) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ , มะเร็งเต้านม, สตรีวัยเจริญพันธุ์

Abstracts

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an empowerment program for women of reproductive age on health literacy and breast cancer preventive behaviors at Ban Nabua Subdistrict Health Promoting Hospital. The study included 35 participants. The research instruments consisted of two components: the intervention program and data collection instruments, including (1) a personal information questionnaire, (2) a health literacy questionnaire, (3) a breast cancer prevention behavior questionnaire, and (4) an empowerment questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while a paired t-test was used to compare pre- and post-intervention outcomes. Data were collected between November 1, 2025, and February 1, 2026.

The results showed that the 35 participants had a mean age of 42.34 years (SD = 11.22), ranging from 24 to 59 years. Most participants had a normal body mass index (BMI) (51.4%), followed by those who were overweight or obese (31.4%) and those who were underweight (17.1%). Regarding educational attainment, the majority had completed primary education or lower (51.4%), while 48.6% had completed secondary education. After participating in the empowerment program, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in health literacy and breast cancer preventive behaviors than before the intervention ($p < .05$), indicating that the program was effective in improving health literacy and promoting breast cancer prevention among women of reproductive age.

Keywords: Empowerment program, Health literacy, Breast cancer, Women of reproductive age

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว อีเมล์ tukback@gmail.com

บทนำ

มะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในสตรีทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย[1] สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านมมีหลายประการ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม การรับประทานยาคุมกำเนิด การมีประจำเดือนเร็ว การหมดประจำเดือนช้า ภาวะอ้วน การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบุผิวบริเวณท่อต่อมน้ำนมและมีการเจริญเติบโตผิดปกติอย่างรวดเร็ว มะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกมักไม่แสดงอาการเจ็บปวด คลำพบก้อนเล็ก ๆ ที่เต้านม แต่เมื่อเข้าสู่ระยะที่ก้อนมะเร็งมีการอักเสบและลุกลามไปทั่วแล้วจะแสดงอาการที่ผิดปกติให้เห็นชัด องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายลดอัตราตายของมะเร็งเต้านมทั่วโลกโดยมุ่งเน้นหลัก 3 ประการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพโดยการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยทันเวลา และการรักษามะเร็งเต้านมอย่างครอบคลุม โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความรอบรู้ของผู้หญิงเกี่ยวกับสัญญาณและอาการของมะเร็งเต้านม การเข้าใจถึงความสำคัญของการตรวจหาและการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก[2] สถิติมะเร็งทั่วโลกพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สถิติปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก 2,088,849 ราย และเสียชีวิตถึง 626,679 ราย สถิติในไทย พบว่า มะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับหนึ่งในประเทศไทย ร้อยละ 37 ของมะเร็งทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตร้อยละ 12.4 ต่อประชากรหญิงแสนคน[3]

การเสริมสร้างพลังอำนาจหมายถึงกระบวนการช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมีอำนาจในการควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้[4] การเสริมพลังอำนาจช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพสังคม และ สิ่งแวดล้อม [5] ในงานวิจัยเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกโดยใช้กระบวนการเสริมพลังอำนาจสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม ทำให้รู้สึกมีคุณค่ามีความภาคภูมิใจส่งผลต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพเมื่อได้รับการส่งเสริมพลังอำนาจ[6] การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ จากแนวคิดของกิบสัน กล่าวไว้ว่าการเสริมพลังอำนาจช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของตนเองและแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเองได้[4] ในหลายงานวิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังเช่นการศึกษาของสุรีย์ บุญเฉย[7]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในทิศทางบวก การป้องกันโรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพควรเริ่มป้องกันในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การตรวจค้นโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มต้นที่นิยมคือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination) จากผลการศึกษา พบว่า หญิงที่มีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ ทำให้ค้นพบก้อนมะเร็งระยะแรกที่มีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร จะมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ สำหรับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำด้วยวิธีการตรวจแปปเสมียร์ (Pap Smear Screening) เป็นประจำทุกปี การที่สตรีวัยเจริญพันธุ์เข้ารับการคัดกรองโรคจะทำให้สามารถค้นพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นและสามารถรักษาให้หายขาดได้[8] อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการจัดโครงการมากมายเพื่อรณรงค์ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้ตระหนักเห็นความสำคัญในการเข้ารับบริการเพื่อ

ตรวจคัดกรองโรคดังกล่าวมามากกว่า 10 ปีแล้วก็ตาม ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้การส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชากรในพื้นที่ซึ่งต้องหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว[9]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว มี 6 หมู่บ้าน มีประชากร 2,581 คน สตรีวัยเจริญพันธุ์ 18-59 ปี จำนวน 800 คน (ปี พ.ศ. 2567) เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-48 ปี ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2565- 2567 จำนวน 601, 750 และ 800 คน ตามลำดับ แต่ละปีตรวจพบมีก้อนที่เต้านมปีละ 10 - 12 คน[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาผลของโปรแกรมการการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว ในชุมชนจังหวัดนครพนมยังมีจำกัด[11]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม
2. ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์จำนวน 35 ราย การดำเนินการวิจัยแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Stratified Random sampling) คำนวณ จาก[9] G * power โดยใช้สถิติ Independent t-test ค่า effect size จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.8 Power .95 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ 35 คน ตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) กลุ่ม ดังนี้ 1) สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 18-59 ปี 2) มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว 3) มีความสามารถในการสื่อสาร พูด อ่านภาษาไทยได้ 4) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย คุณสมบัติคัดออก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ป่วยร้ายแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 2) ย้ายภูมิลำเนา 3) ต้องการถอนตัวออกจากงานวิจัย[12]

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 เครื่องมือโปรแกรมเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว

ส่วนที่ 1 เครื่องมือโปรแกรม ได้แก่ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว โดยประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบ (Check list) และแบบเขียนตอบคำถามพัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ กิจวัตรทางศาสนา เป็นต้น

2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านม ของSorensen และคณะ อ้างถึงใน กาญจนา ดาวประเสริฐ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ กัลยารัตน์ วรรณวงศ์ ดรุณี สินสุริยศักดิ์ และพัชยา โพธิ์ทอง[13,14]

จำนวน 22 ข้อการแปลผลคะแนนเฉลี่ย 3.70 – 5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากคะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.69 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.34 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับ สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัยและประยุกต์ร่วมกับแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อการแปลผลคะแนน 1.4 – 2.0 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งอยู่ในระดับมาก คะแนน 0.7 – 1.3 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางคะแนน 0 – 0.6 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งอยู่ในระดับน้อย[15]

4) แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ จำนวน 20 ข้อคำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง ตรงกับข้อเท็จจริง มากที่สุด 4 หมายถึง ตรงกับข้อเท็จจริง มาก 3 หมายถึง ตรงกับข้อเท็จจริง ปานกลาง 2 หมายถึง ตรงกับข้อเท็จจริง น้อย 1 หมายถึง ตรงกับข้อเท็จจริง น้อยที่สุดการแปลผลคะแนนเฉลี่ย 3.70 – 5.00 หมายถึง พลังอำนาจอยู่ในระดับมากคะแนนเฉลี่ย 2.35 – 3.69 หมายถึง พลังอำนาจอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.34 หมายถึง พลังอำนาจอยู่ในระดับน้อย[16]

ส่วนที่ 2 โปรแกรมเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว โดยประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ได้ค่า IOC 1.00 ส่วนค่า ความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง และ แบบสอบถามการเสริมพลังอำนาจ ได้ .80, .74 และ .70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตลงพื้นที่เพื่อดำเนินการวิจัยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว เพื่อชี้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและการเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาต คณะผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว

4. ประสานผู้รับผิดชอบผู้อำนายการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว

5. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18-59 ปี สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย

6. ระยะดำเนินการวิจัย โดยเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ดังนี้ โดยประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ คือ

สัปดาห์ที่ 1: สร้างสัมพันธ์ภาพความไว้วางใจใช้หลักเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์

สัปดาห์ที่ 2 : ค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) การยอมรับตนเอง/ประเมินความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน การเฝ้าระวังโรคมะเร็ง สาเหตุการเกิดโรคมะเร็ง

สัปดาห์ที่ 3 : สะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) ค้นหาความหวัง เป้าหมายชีวิต วิเคราะห์ปัญหา/ให้ความรู้ประกอบด้วยกิจกรรมการสอน การสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม

สัปดาห์ที่ 4 : เลือกวิธีและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ระดมสมองแนวทางแก้ไขปัญหาให้ความรู้ประกอบด้วยกิจกรรมการสอนการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม สนับสนุนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน และการสร้างสิ่งแวดล้อมสารเคมีก่อมะเร็ง ในการกสิกรรมการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน

สัปดาห์ที่ 5 : ส่งเสริมพลังบวก ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ/สร้างศรัทธาและความหวังอยู่กับความจริง

สัปดาห์ที่ 6 : คงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติอันมีประสิทธิภาพ (Holding on) เน้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรับอารมณ์ไม่ให้เครียด ป้องกันมะเร็ง มีการติดตามและประเมินผลทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 7-11 : การติดตามการดำเนินงาน

สัปดาห์ที่ 12 : การประเมินผล

7. หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จทั้งก่อนและหลังโปรแกรมผู้วิจัย จะเก็บข้อมูลการวิจัยทุกครั้งในสถานที่เป็นความลับ เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะนักวิจัย เมื่อข้อมูลครบจะทำการวิเคราะห์ข้อมูล หลังทำการตีพิมพ์งานวิจัย 1 ปี จะทำลายข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูล ความรู้และพฤติกรรม ส่วน แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง นำเสนอ ด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า ที(Paired t-test)[17]

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ซึ่งผ่านการรับรอง เลขที่ REC No.114/68 วันที่รับรอง 30 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.34$ ปี (SD. = 11.22) โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 24 ถึง 59 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 51.4) รองลงมา คือ กลุ่มน้ำหนักเกินหรืออ้วน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 31.4) และกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 17.1) ตามลำดับ สำหรับระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 51.4) และระดับมัธยมศึกษา จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 48.6) ในด้านสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 88.6) ที่เหลือมีสถานภาพโสดและหม้าย/หย่า/แยกกัน ในสัดส่วนที่เท่ากันคือ จำนวนอย่างละ 2 ราย (ร้อยละ 5.7) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ทำนา/ทำสวน) และมีความพอเพียงทางเศรษฐกิจในระดับพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว รวมถึงไม่มีประวัติทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง (ร้อยละ 100)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว พบว่าภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.28) แต่ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.83) ผลจำแนกตามรายด้านพบว่า 1) ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ เป็นด้านที่มีการพัฒนาโดดเด่นที่สุด โดยเปลี่ยนจากระดับน้อย (Mean = 1.86 - 2.14) ขึ้นมาเป็นระดับมากเกือบทุกรายการ โดยเฉพาะการประเมินความจำเป็นในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านนี้ (Mean = 4.11) 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพมีการพัฒนาจากระดับน้อย ขึ้นมาเป็นระดับมากทุกข้อ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำผู้ที่มีความผิดปกติของเต้านมแก่ผู้อื่นได้สูงที่สุด (Mean = 4.09) 3) ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พบว่าก่อนทดลองการรับการตรวจเต้านมจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.83) และเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (Mean = 3.89) หลังได้รับโปรแกรม 4) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เดิมกลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะความสามารถในการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.86)

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว พบว่า พฤติกรรมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาขึ้นอย่างชัดเจน โดยก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 1.06) และภายหลังได้รับโปรแกรม คะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งอยู่ในระดับมาก (Mean = 1.68) พฤติกรรมก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งในทุกรายการอยู่ในระดับปานกลาง โดยรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 0.97) คือการคลำให้ทั่วบริเวณรักแร้ถึงบริเวณใต้ท้องแขน และการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้ง 2 ข้าง พฤติกรรมหลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมทุกรายการพัฒนาขึ้นสู่ระดับมาก โดยรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ การคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ทั้ง 2 ข้าง (Mean = 1.86) การคลำให้ทั่วบริเวณรักแร้ถึงบริเวณใต้ท้องแขน และการเคลื่อนนิ้วทั่วบริเวณโดยไม่ยกนิ้วขึ้นจากผิวเต้านม (Mean = 1.83) และการเริ่มคลำจากใต้ราวนมถึงกระดูกไหปลาร้า และการยกมือข้างที่จะตรวจขึ้นเหนือศีรษะ (Mean = 1.71) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจฯ มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในด้านเทคนิคการคลำและการสังเกตความผิดปกติที่ต้องอาศัยความละเอียดอ่อน ซึ่งคะแนนที่เพิ่มขึ้นในระดับมาก ทุกรายการเป็นตัวบ่งชี้ถึงความตระหนักและการนำความรู้ไปปฏิบัติจริงที่ถูกต้องมากขึ้น

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง และพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัวการแปลผล

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	2.28	0.13	3.82	0.20	1.55	35.82	.000	1.46	1.64
พฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง	1.06	0.20	1.68	0.12	0.62	15.05	.000	0.53	0.70
พลังอำนาจ	2.34	0.17	4.01	0.23	1.67	28.84	.000	1.55	1.79

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง และพลังอำนาจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัวการแปลผล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.28 (S.D. = 0.13) เป็น 3.82 (S.D. = 0.20) ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่างกันเท่ากับ 1.55 (t = 35.82, p < .001, 95% CI: 1.46 ถึง 1.64)

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.06 (S.D. = 0.20) เป็น 1.68 (S.D. = 0.12) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่างกันเท่ากับ 0.62 (t = 15.05, p < .001, 95% CI: 0.53 ถึง 0.70)

พลังอำนาจหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.34 (S.D. = 0.17) เป็น 4.01 (S.D. = 0.23) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่างกันมากที่สุดคือ 1.67 (t = 28.84, p < .001, 95% CI: 1.55 ถึง 1.79)

ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ต่อความรู้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมาย โดยส่งผลให้ทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็ง และพลังอำนาจของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.34$ ปี (SD. = 11.22) โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 24 ถึง 59 ปี ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือกลุ่มน้ำหนักเกินหรืออ้วน จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 31.4) และกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 17.1) ตามลำดับ ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 51.4) และระดับมัธยมศึกษา จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 48.6) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 88.6) ที่เหลือมีสถานภาพโสดและหม้าย/หย่า/แยกกัน ในสัดส่วนที่เท่ากันคือ จำนวนอย่างละ 2 ราย (ร้อยละ 5.7) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ทำไร่/ทำนา/ทำสวน) และมีความพอเพียงทางเศรษฐกิจในระดับพอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง (ร้อยละ 100)

สมมุติฐานที่ 1 หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มจากระดับน้อย (Mean = 2.28) เป็นระดับมาก (Mean = 3.83) อย่างเห็นได้ชัด สอดคล้องกับงานวิจัยของกรวัลล์ หาญโนนแดง ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$; $p < 0.05$ ตามลำดับ) และ ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$; $p<.05$

ตามลำดับ) อภิปรายว่า โปรแกรมฯ ได้สร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันมะเร็งเต้านม เนื่องจากได้รับกิจกรรมที่เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยการค้นพบสถานการณ์จริงโดยการยอมรับตนเองก่อน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนตนเอง การประเมินความรู้เพื่อทราบระดับความรู้ การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยการค้นหาความหวัง ความต้องการหรือเป้าหมายชีวิต การวิเคราะห์ปัญหาหรือให้ความรู้ และการสอนเพื่อให้เกิดความรู้[18]

สมมุติฐานที่ 2 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในการป้องกันมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.06 (S.D. = 0.20) เป็น 1.68 (S.D. = 0.12) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่างกันเท่ากับ 0.62 ($t = 15.05$, $p < .001$, 95% CI: 0.53 ถึง 0.70) สอดคล้องกับงานวิจัยของสังวาลย์ พิพิธพร ผลการวิจัยพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านพฤติกรรมสุขภาพค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 196.27 mg/dl เหลือ 140.50 mg/dl และระดับ HbA1c ลดลงจาก 8.62 mg/dl เหลือ 6.89 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายว่า โปรแกรมฯ ได้เพิ่มพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม เนื่องจากมีกิจกรรมที่สร้างเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรค เพิ่มเติมด้วยการเลือกวิธีและลงมือปฏิบัติ การระดมสมองแนวทางแก้ไขปัญหาการให้ความรู้ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการสอนการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม การส่งเสริมพลังบวก การคงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติอันมีประสิทธิภาพโดยเน้นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรับอารมณ์ไม่ให้เครียด ป้องกันมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีการติดตามและประเมินผลทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการส่งเสริมการคงไว้ซึ่งเปลี่ยนแปลง[19]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพควรส่งเสริมกิจกรรมการเสริมพลังอำนาจของสตรีวัยเจริญพันธุ์เพื่อให้เกิดความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

2. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งในสตรี

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63.
2. World Health Organization. Breast cancer [Internet]. 2024 [cited 2024 January 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
3. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: พรทรัพย์การพิมพ์; 2561.
4. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991;16(3):354-61.

5. รุ่งรัตน์ ยอดระยับ, สุฑารัตน์ ชูรส. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเสริมพลังผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ที่รักษาแบบประคับประคอง อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง. วารสารแพทยสารทหารอากาศ 2563;66(2):1-13.
6. พรทิพย์ สีหมุ่น, พัชรี คมจักรพันธุ์, ปิยะนุช จิตต์นูนท์. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกโดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุมุสลิมไตวายเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563;40(4):11–22.
7. สุรีย์ บุญเฉย. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองจ้างงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(1): 56-67.
8. American Cancer Society. Cervical Cancer [Internet]. 2021. [cited 2024 January 20]. Available from https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/key-statistics.html.
9. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 Sep 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer?utm_source=chatgpt.com
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว. รายงานข้อมูลประชากรและผลการคัดกรองสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ ปีงบประมาณ 2565–2567. นครพนม: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว; 2567.
11. Arayasinlapathon N, Kaewkerd O. Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program for Women of Reproductive Age on Health Literacy and Breast Cancer Preventive Behaviors at Saen Phan Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province. J. Nurs. Public. Health. Res. [internet]. 2026 Apr. 21 [cited 2026 Sep. 14];6(1):e278187. available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/278187
12. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
13. 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(1):80.
14. กาญจนา ดาวประเสริฐ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัลยารัตน์ วรรณวงศ์, ดรุณี สินสุริยศักดิ์, พัชยา โพธิ์ทอง. การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเต้านม. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2564;6(2):1-15.
15. Rakkapao N, Promthet S, Moore MA, Solikhah S, Hurst C. Assessing Breast Cancer Awareness in Thai Women: Validation of the Breast Cancer Awareness Scale (B-CAS). Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(4):995-1005.
16. Gagnon M, Hébert R, Dubé M, Dubois M-F. Development and Validation of an Instrument Measuring Individual Empowerment in Relation to Personal Health Care: The Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ). American Journal of Health Promotion. 2006;20(6):429-435. doi:10.4278/0890-1171-20.6.429
17. Hair JF, Black WC, Babin BJ. Multivariate Data Analysis: A Global Perspective: Pearson Education; 2010.
18. กรวัลล์ หาญโนนแดง. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะความรอบรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต้อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2567;3(3):14-26.
19. สังวาลย์ พิพิธพร. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2563;28(1): 30–42.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

ผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก

The effect of self-efficacy program on behavior modification of diabetes risk group on blood sugar level at Bankumpasuk Subdistrict Health Promoting Hospital.

(Received: September 8, 2026; Revised: September 13, 2026 ; Accepted: September 19, 2026)

นันธญา พันอินากูล[1]
Nuntaya Puninakool[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยมี 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือโปรแกรม และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน 3) แบบประเมินพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ 4) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ paired t-test ดำเนินการศึกษาระหว่างเก็บข้อมูลวันที่ 20 ธันวาคม 2568 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2569

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 74.3) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.34 ปี (S.D. = 11.57, อายุต่ำสุด -สูงสุด = 34 - 82 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 74.3) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 35 คน (ร้อยละ 100) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานหลังทดลองเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 114.94, SD. = 9.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: โปรแกรม, ความรู้ , พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน , ระดับน้ำตาลในเลือด

Abstracts

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a self-efficacy enhancement program for behavior modification among individuals at risk of diabetes on blood glucose levels at Ban Kham Phasuk Subdistrict Health Promoting Hospital. The study included 30 participants. The research instruments consisted of two components: the intervention program and data collection instruments, which included: (1) a demographic questionnaire, (2) a diabetes knowledge questionnaire, (3) a diabetes risk behavior assessment questionnaire, and (4) a self-efficacy questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Differences between pre- and post-intervention outcomes were analyzed using a paired t-test. Data were collected from 20 December 2025 to 20 March 2026.

The findings showed that, among the 35 participants, the majority were female (26 participants, 74.3%), with a mean age of 57.34 years (SD = 11.57; range = 34–82 years). Most participants were married (26 participants, 74.3%), and all participants were Buddhists (35 participants, 100%). Comparison of the mean scores before and after the intervention revealed that diabetes knowledge and diabetes preventive behaviors increased significantly following the intervention ($p < .001$). Furthermore, the mean blood glucose level decreased significantly after the intervention compared with the pre-intervention level (Mean = 114.94, SD = 9.64; $p < .001$).

Keywords: self-efficacy enhancement program, diabetes knowledge, diabetes preventive behaviors, blood glucose level

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุกอีเมล์ lopoty.preaw@gmail.com

บทนำ

ปัญหาโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลายระบบ ทั้ง ตา ไต หัวใจ สมองและหลอดเลือด รวมทั้งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ และผลกระบทต่อบุคคลและครอบครัว สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก พบว่ามีประชากรโลกป่วยเป็นโรคเบาหวานเกือบ 170 ล้านคน ซึ่งก็แปลว่าในประชากรทั่วไป 11 คน จะป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1 คน ซึ่งหากไม่มีการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ในอนาคต ค.ศ. 2045 อาจมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 208 ล้าน คน อีกทั้งมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 37 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และโรคเบาหวานยังสามารถ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 4.4 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 4 รองจากจีน อินเดีย ญี่ปุ่น โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุ สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานเกิดได้หลายปัจจัย ที่สำคัญคือสาเหตุจากกรรมพันธุ์และความอ้วน ปัจจัยเสริมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง การใช้ยา สเตียรอยด์อย่างไม่ถูกวิธี การละเลยต่อภาวะการเป็นโรคเบาหวาน ไม่ไปรักษา หรือรักษาไม่ถูกวิธี การดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาการรักษาต่อเนื่อง จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เบาหวานขึ้นตา แผลที่เท้า ต้องใช้เวลารักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลกในปัจจุบันรวมทั้งประเทศไทย ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้และความเชื่อที่ได้เรียนรู้ภายใต้ความแตกต่างทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม อีกทั้งมีการวิจัย พบว่า ความแตกต่างทางวัฒนธรรมมีผลต่อทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกายและวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงความเชื่อทางศาสนามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การใช้ยาและการรักษาสุขภาพของผู้ที่เป็น โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อประชาชนในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ประเทศไทยมียอดผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานเฉลี่ยปีละ 8,000 คน ซึ่งโรคเบาหวานนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุเพียงเท่านั้น แต่พบว่าคนรุ่นใหม่มีความเสี่ยงเป็นเบาหวานสูงขึ้นด้วย ทั้งนี้ มาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และ การรับประทานอาหาร ในปัจจุบันนโยบายประเทศไทยเน้นการบริการเชิงรุกเพื่อป้องกันโรคมากกว่าการรักษา ดังนั้น การตั้งรับดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจทำให้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานยังสูงอยู่ แต่การตั้งรับที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการทำกิจกรรมกับกลุ่มเสี่ยงสูง (Pre-DM) ได้ผลมากกว่าในการป้องกันการเกิดจากกลุ่มเสียง ซึ่งโรคเบาหวานนี้เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย แต่สามารถควบคุมโรคได้ ดังนั้น การทำกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงจึงสำคัญ ประเทศไทยยังมุ่งมั่นที่จะลดอัตราการเสียชีวิตจาก NCDs ให้ได้หนึ่งในสามภายในปี 2573 ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) และผลักดันการดูแลเชิงป้องกันด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น[1,2]

ส่วนความรู้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานนั้น ได้แก่ การควบคุมอาหารให้มีโภชนาการที่ดี หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูงและคาร์โบไฮเดรตแปรรูป การออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และ การจัดการความเครียดเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ. นอกจากนี้ ยังมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ การมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุน หรือ Line group เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กำลังใจ และรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ[3]

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยส่วนบุคคลหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่ง

ได้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) คือ การตัดสินความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะหรือเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้การรับรู้สมรรถนะแห่งตงตนเป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตน ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ บุคคลอาจมีสมรรถนะแห่งตนไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกต่อสถานการณ์ที่เผชิญแตกต่างกัน ถ้าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันและในสถานการณ์ที่แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาวการณ์นั้น ๆ หรือมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ก็จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและจะประสบผลสำเร็จในที่สุด จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[4] ทิพย์สุดา แสนดี ศึกษาผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพน้ำหนัก และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน โดยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (t df = 54 = 7.19, p < .001) และมีผลต่างของน้ำหนักตัวและค่าน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <.001และp <.001) ตามลำดับ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้างต้น พบว่า ระยะ 12 สัปดาห์ ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถภาพแห่งตนสามารถส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้[4]

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดนครพนม โดยคณะกรรมการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2563 พบว่า ประชากร 710,510 คน อัตราป่วยต่อแสนประชากรของโรคเบาหวานปี พ. ศ. 2560 - 2562 เท่ากับ 4373.0, 4685.9, 4797.9 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมไปถึงพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำผาสุก ซึ่งได้ทำการคัดกรองเบาหวานเมื่อปี พ. ศ. 2565-2567 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 357,385 และ 395 ตามลำดับ คนซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2567 ที่มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน น้ำตาลจากการคัดกรองครั้งแรก อย่างน้อย 101-125 mg% จำนวน 122 คน ปี และผู้วิจัยเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยพบว่าการนำแนวคิดทฤษฎีที่ใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้[5,6,7]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยให้ความรู้ ปรับพฤติกรรมและเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรม สมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

2. ศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 30 ราย การดำเนินการวิจัยแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลวันที่ 20 ธันวาคม 2568 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (Random sampling) คำนวณ กลุ่มตัวอย่าง จาก G * power โดยใช้สถิติ t-test ค่า effect size ไม่มีงานวิจัยใกล้เคียงเลยใช้ค่า กลาง effect size .05 Power .80 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ป้องกันการสูญหาย 10 เปอร์เซ็นต์ เท่ากับ 30 คน คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จับสลากแบบสุ่มอย่างง่ายโดยไม่คืนกลับ (Sampling random without replacement) และยังเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-59 ปี อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก ตำบลเรณูนคร อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม 2) คัดกรองครั้งแรก DTX อย่างน้อย 101-125 mg% อย่างน้อย 1 ครั้ง 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในงานวิจัย 4) เป็นกลุ่มเสี่ยงยังไม่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ป่วยร้ายแรงหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้จากการป่วยร้ายแรง[8]

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบ (Check list) และแบบเขียนตอบคำถามพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง น้ำหนักส่วนสูง ค่าความดันโลหิตสูง ค่า DTX น้ำตาลเฉลี่ยสะสม(ถ้ามีข้อมูล) ผู้ดูแลหลัก ภาวะแทรกซ้อน ชนิดการรักษา พื้นที่อาศัย การเข้าถึงอินเตอร์เนต ความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต จำนวน 19 ข้อ

2) แบบสอบถามความรู้แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานของ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบวัดความรู้ในลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด มี สามตัวเลือก คือ ใช่ หมายถึง 1 คะแนน, ไม่ใช่ หมายถึง 0 คะแนน

การแปลผล[9]

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 8.33 คะแนน หมายถึง ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาวานอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 8.34 – 16.67 คะแนน หมายถึง ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาวานอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย16.68 – 25.00คะแนน หมายถึง ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงเบาวานอยู่ในระดับดีมาก

ความรู้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3) แบบประเมินพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร

ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติบ่อย หมายถึง คะแนน 5 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอทุกวัน คะแนน 4 คือ การกระทำกิจกรรม 5-6 ครั้งใน 1 สัปดาห์ คะแนน 3 คือ ปฏิบัติปานกลาง หมายถึง การกระทำกิจกรรม 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ คะแนน 2 คือ ปฏิบัติน้อย หมายถึง การกระทำกิจกรรม 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ คะแนน 1 คือ ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้กระทำกิจกรรมนี้เลย จำนวน 20 ข้อ การแปลผล[10]

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม คะแนน 1.00- 2.33 คะแนนเฉลี่ยน้อย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม คะแนน 2.34- 3.67 คะแนนเฉลี่ยปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม คะแนน 3.68- 5.00 คะแนนเฉลี่ยมาก

4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะ
ของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive learning) ของแบนดูรา Bandura[9,10,11] จำนวน 23 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) มีระดับคะแนนการตอบ 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจมากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจมาก

3 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจน้อย

1 คะแนน หมายถึง ท่านรู้สึกมั่นใจน้อยที่สุด

การแปลผลระดับข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ระดับ[12]

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.70-5.00

หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.35-3.69

หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.34

หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1) คู่มือความรู้โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก

2) ตารางโปรแกรมกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์

ระยะดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองโดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ คือ

สัปดาห์ที่ 1: ทดสอบก่อนทำโปรแกรมฯ โดยการเจาะน้ำตาลในเลือดก่อนให้โปรแกรม ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ ตอนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน จำนวน 23 ข้อ

การให้ความรู้และส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (Enactive mastery experience) ได้แก่ การให้ความรู้ตามสื่อวีดีทัศน์ สื่อการสอน คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 : การสังเกตตัวแบบ (Vicarious experience) ได้แก่ การสังเกตตัวแบบบุคคลและตัวแบบจากสื่อวีดีทัศน์ การทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เช่น

การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไม่ใช้สารเคมี

สัปดาห์ที่ 4 : ทบทวนเนื้อหาครั้งที่ 1 ให้ความรู้ซ้ำ พาออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 4 : เลือกวิธีและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ระดมสมองแนวทางแก้ไขปัญหา ให้ความรู้ ประกอบด้วยกิจกรรมการสอน สนับสนุนทักษะการดูแลตนเอง และการเยี่ยมบ้านไปจัดสิ่งแวดล้อม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 : การพูดชักจูงใจ (Verbal persuasion) ได้แก่ การพูดให้เห็นความสำคัญในการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่ให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน การกล่าวชมเชยและเสริมแรงเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ และให้ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้โทรศัพท์สอบถามพูดคุยให้กำลังใจ ติดตามเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 7 : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้การช่วยเหลือ (Assist) กรณีทำตามโปรแกรมพบปัญหาอุปสรรค สัปดาห์ที่ 8-10 : ให้ความรู้ซ้ำ พาออกกำลังกายซ้ำ การสนับสนุนทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) ได้แก่ สอนการลดความเครียด

สัปดาห์ที่ 11 : ทำกลุ่มให้ความรู้

สัปดาห์ที่ 12 : ประเมินเจาะเลือดสัปดาห์ที่ 12 เก็บรวมรวมข้อมูลหลังทำโปรแกรม โดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 25 ข้อ ตอนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง จำนวน 20 ข้อตอนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน จำนวน 23 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลสถิติเชิงวิเคราะห์ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง สมรรถนะแห่งตน โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม นำเสนอด้วย ค่า Dependent t-test (paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อป้องกันผลเสียและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในผ่านการพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ซึ่งผ่านการรับรอง เลขที่ REC No.104/68 วันที่รับรอง 19ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 26 คน (ร้อยละ 74.3) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.34 ปี (S.D. = 11.57, อายุต่ำสุด - สูงสุด = 34 - 82 ปี) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 74.3) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 35 คน (ร้อยละ 100) สำหรับระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 19 คน (ร้อยละ 54.3) รองลงมาคือมัธยมศึกษา จำนวน 11 คน (ร้อยละ 31.4) ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 27 คน (ร้อยละ 77.1) และมีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 23 คน (ร้อยละ 65.7) เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 71.4) ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 42.9) สำหรับดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน สูงถึง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 65.7) โดยมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 60.85 กิโลกรัม (S.D. = 8.96) ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 156.11 เซนติเมตร (S.D. = 5.31) และมีเส้นรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 81.77 เซนติเมตร (S.D. =

12.98, เส้นรอบเอวต่ำสุด-สูงสุด = 48 - 109 เซนติเมตร) ระดับน้ำตาล DTX ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เฉลี่ย 114.94 mg% หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระดับน้ำตาล DTX เฉลี่ย 111.91 mg%พับเพียบ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 และนั่งยอง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อมีการพัฒนาขึ้นอย่างเด่นชัด ก่อนได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 12.43) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยจัดอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย = 22.80)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุกในภาพรวมก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 2.60) แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.20) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนที่สุด ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด (คะแนนเฉลี่ย = 2.31, ระดับน้อย) และการดื่มน้ำอัดลม/น้ำหวาน (คะแนนเฉลี่ย = 2.26, ระดับน้อย) แต่หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.97 - 4.86) โดยเฉพาะความสามารถในการหลีกเลี่ยงของจุบจิบระหว่างมื้อ (คะแนนเฉลี่ย = 4.86), การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสหวานจัด และน้ำอัดลม (คะแนนเฉลี่ย = 4.80) ด้านการออกกำลังกายก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.17 - 2.94) ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.69 - 3.94) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมทุกครั้งในการออกกำลังกายสูงที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 3.94) รองลงมาคือการออกแรงทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที (คะแนนเฉลี่ย = 3.86) ด้านการจัดการความเครียดก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.60 - 2.83) ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดดีขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.77 - 4.03) โดยเฉพาะการจัดการความเครียดด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ (คะแนนเฉลี่ย = 4.03) และการประเมินสภาวะอารมณ์เพื่อจัดการลดความเครียดด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย = 4.00)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ในภาพรวมก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย = 1.94) แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

โดยรวมเพิ่มสูงขึ้น โดยจัดอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.23) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1. ด้านประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (ข้อ 1-5) ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับน้อยทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.91 - 2.14) ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเฉพาะความมั่นใจในการบอกแนวทางการรักษาโรคที่เกิดจากการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (คะแนนเฉลี่ย = 4.49) รองลงมาคือความสามารถในการเล่าประสบการณ์การดูแลตนเอง และการได้รับการกล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจ (คะแนนเฉลี่ย = 4.14 เท่ากัน) 2. ด้านการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (ข้อ 6-11) ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.80 - 2.00) ภายหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยประเด็นที่มีคะแนนสูงสุดคือ ความสามารถในการรับประทานอาหารตามที่แพทย์แนะนำได้ และความสามารถในการฝึกการออกกำลังกายตามตัวแบบได้ (คะแนนเฉลี่ย = 4.26 เท่ากัน) 3. ด้านการได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด (ข้อ 12-18) ก่อนทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.74 - 2.03) ภายหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยเฉพาะการได้รับคำแนะนำด้านการออกกำลังกาย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงเป็นอันดับต้นๆ ของตาราง (คะแนนเฉลี่ย = 4.60) รองลงมาคือการได้รับคำแนะนำด้านการควบคุมอาหาร (คะแนนเฉลี่ย = 4.46) 4. ด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (ข้อ 19-23)ก่อนทดลอง มีคะแนนอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.77 - 2.06) ภายหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยประเด็นที่มีคะแนนสูงที่สุดในตารางผลการวิจัยทั้งหมดคือ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและพูดอย่างมั่นใจ (คะแนนเฉลี่ย = 4.66) รองลงมาคือความมั่นใจว่าสามารถเรียนรู้การควบคุมโรคได้ (คะแนนเฉลี่ย = 4.49)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุก

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	12.43	1.36	22.80	1.23	10.37	37.68	.000	9.81	10.93
พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน	2.60	0.30	4.20	0.09	1.60	31.77	.000	1.50	1.70
สมรรถนะแห่งตน	1.94	0.46	4.23	0.17	2.28	28.88	.000	2.12	2.44
ระดับน้ำตาล (DTX) mg%	114.94	9.64	111.91	11.30	3.03	3.54	.001	1.29	4.77

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยสถิติ t-test พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในทุกตัวแปร โดย พบว่า 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลอง (Mean = 22.80, S.D. = 1.23) สูงกว่า

ก่อนการทดลอง (Mean = 12.43, S.D. = 1.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 37.68, p < .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 10.37 2) คะแนน ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังการทดลอง (Mean = 4.20, S.D. = 0.09) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 2.60, S.D. = 0.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 31.77, p < .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.60 3) คะแนนด้านสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง (Mean = 4.23, S.D. = 0.17) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 1.94, S.D. = 0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 28.88, p < .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนฯ (Mean = 111.91, SD. = 11.91) มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 114.94, SD. = 9.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 3.54, p =.001) โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยลดลง 3.03 mg%

สรุปและอภิปรายผล

สมมุติฐานที่ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผลคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรม สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง จากการวิจัย พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายข้อ มีการพัฒนาขึ้นอย่างเด่นชัด ก่อนได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 12.43) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยจัดอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย = 22.80) เมื่อพิจารณารายข้อเป็นรายประเด็น พบผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ ด้านการพัฒนาความรู้สู่เกณฑ์คะแนนสูงสุด (คะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง = 25.00 ระดับมาก) พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาความรู้จนได้คะแนนเฉลี่ยเต็มในหลายประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหากปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน (ข้อ 12) ความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง (ข้อ 13) การรับประทานอาหารประเภทแป้งในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยง (ข้อ 14) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงที่ 126 มก./ดล. (ข้อ 7)ประโยชน์ของการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (ข้อ 8) ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรค (ข้อ 9) พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (ข้อ 10) เป้าหมายหลักในการรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน (ข้อ 11) การควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน (ข้อ 19) และการตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องเพื่อส่งต่อให้แพทย์วินิจฉัย (ข้อ 20, 21) ซึ่งประเด็นเหล่านี้ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากระดับปานกลางก่อนการทดลองทั้งสิ้น สอดคล้องกับชัดสอดคล้องกับงานวิจัยของ[13] พบว่า ภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05; p < 0.05 ตามลำดับ) และ ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05; p<.05 ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมฯ ได้สร้างความรู้เรื่องโรคเบาหวานผ่านการสอน เช่น สื่อวิดีทัศน์ และคู่มือ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนเนื้อหาและให้ความรู้ซ้ำในสัปดาห์ที่ 2, 3, 8 และ 10 หลังให้ความรู้ครั้งแรก[14]

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม

เสี่ยงเบาหวานต่อระดับน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำผาสุกในภาพรวมก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 2.60) แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย = 4.20) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนที่สุด ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงน้อย โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด (คะแนนเฉลี่ย = 2.31, ระดับน้อย) และการดื่มน้ำอัดลม/น้ำหวาน (คะแนนเฉลี่ย = 2.26, ระดับน้อย) แต่หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.97 - 4.86) โดยเฉพาะความสามารถในการหลีกเลี่ยงของจุบจิบระหว่างมื้อ (คะแนนเฉลี่ย = 4.86), การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสหวานจัด และน้ำอัดลม (คะแนนเฉลี่ย = 4.80) ด้านการออกกำลังกายก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.17 - 2.94) ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.69 - 3.94) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสมทุกครั้งในการออกกำลังกายสูงที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 3.94) รองลงมาคือการออกแรงทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที (คะแนนเฉลี่ย = 3.86) ด้านการจัดการความเครียดก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.60 - 2.83) ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดดีขึ้นอยู่ในระดับมากทุกข้อ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.77 - 4.03) โดยเฉพาะการจัดการความเครียดด้วยการมองโลกในแง่ดีเสมอ (คะแนนเฉลี่ย = 4.03) และการประเมินสภาวะอารมณ์เพื่อจัดการลดความเครียดด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพ (คะแนนเฉลี่ย = 4.00) สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์สุดา แสนดีพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$) และมีผลต่างของ น้ำหนักตัวและค่าน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางที่ .001 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่าโปรแกรมฯ ทำให้เกิดความรู้ ร่วมกับเกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในการการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งได้แก่ สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น จากการจัดกิจกรรมที่ประกอบด้วย การสร้างการสังเกตตัวแบบ เช่น การสังเกตตัวแบบบุคคลและตัวแบบจากสื่อวีดีทัศน์เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ เป็นต้น การพูดชักจูงเพื่อให้เห็นความสำคัญในความสามารถของตนในการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่ให้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน การกล่าวชมเชยและเสริมแรงเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ และให้ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยโทรศัพท์สอบถามพูดคุยให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ให้การช่วยเหลือเพื่อประคับประคองให้ผ่านพ้นปัญหาการปฏิบัติไปได้ และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่อง[5]

สมมุติฐานที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง ไม่มีข้อมูล จากการวิจัย พบว่า ระดับน้ำตาล (DTX) ของกลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนฯ (Mean = 111.91, SD. = 11.91) มีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 114.94, SD. = 9.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 3.54$, $p =.001$) โดยมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยลดลง 3.03 mg% สอดคล้องกับ การศึกษาของทิพย์สุดา แสนดีพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ($p < .001$)

และมีผลต่างของ น้ำหนักตัวและค่าน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001 และ p<.001) ตามลำดับซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้างต้น พบว่าระยะ 12 สัปดาห์ ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถภาพแห่งตนสามารถส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ และสอดคล้องกับการศึกษา[13] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและ การสนับสนุนทางสังคมในการออกกาลั งกายแบบโนราห์ ประยุกต์ต่อระดับไกลโคไซเลทฮีโมโกลบิน ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุน ทางสังคมในการออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ต่อระดับไกลโคไซเลทฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ได้ดี และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายว่า เมื่อโปรแกรมได้ก่อให้เกิดความรู้แล้ว จึงนำไปสู่สมรรถนะแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเลือกรับประทานอาหารและการไม่ใช้สารเคมี เป็นต้น อันเป็นการลดการนำอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรทและน้ำตาลเข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ ยังเกิดขึ้นร่วมกับการส่งเสริมการใช้น้ำตาลของร่างกายด้วยการพาออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 2, 3, 4 และ 8-10 เมื่อร่างกายลดการเข้าของคาร์โบไอเดรทและน้ำตาลจากการกิน ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการนำน้ำตาลที่สะสมในร่างกายมาใช้โดยการออกกำลังกาย จึงส่งผลสุดท้ายให้ระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดของกลุ่มตัวอย่างลดลง[15]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ ปรับพฤติกรรมและ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้พฤติกรรมที่ดีมีความมั่นใจในการดูแลตนเองป้องกันเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรทำการวิจัยเชิงพรรณนา ความรู้ทัศนคติการดูแลตนเองด้านอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตามบริบทการรับประทานอาหารพื้นถิ่นในชุมชนอีสาน

เอกสารอ้างอิง

1. สุปรียา เสียงดัง.(2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):191-04.
2. ศศิผกา สินธุเสน.(2559). ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลกองบิน บน.23. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2559;24(1):57-64.
3.Diabetes* ADAPPCf. 3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2025;49(Supplement_1):S50-S60.
4.Bandura A.(1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-15.
5. ทิพย์สุดา แสนดี.(2559). ผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนัก และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
6. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม.(2564). อัตราป่วยต่อแสนประชากรของโรคเบาหวานในปีงบประมาณ. นครพนม: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์สุขภาพ (HDC); 2564.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำผาสุก.(2568). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2568. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2568.

8. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A.(2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
9. มุกดา สอนประเทศ.(2558). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ตำบลกุดกู่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
10. Bandura A.(1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory: Prentice-Hall; 1986.
11. Bandura A.(1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control: Worth Publishers; 1997.
12. Subthoranee B.(2025). Competency in Strategic Planning of Policy and Planning Analysts Under the Department of Health Service Support. Primary Health Care Journal (Northeastern Edition). 2025;40(2):e16449.
13. ณัฏฐา ดวงตา.(2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริหารการหายใจต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและประสิทธิภาพการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
14. กรวัลล์ หาญโนนแดง.(2567). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะความรอบรู้เรื่องมะเร็งเต้านมต่อทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะต้อง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2567;3(3):14-26.
15. อมรวรรณ ฤทธิเรือง.(2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายแบบโนราห์ประยุกต์ต่อระดับไกลโคไซเลทฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.

การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

Development of a Preparatory Program for Perioperative Nurse Preceptors, Lampang Hospital.

(Received: September 9, 2026; Revised: September 14, 2026 ; Accepted: September 19, 2026)

วารี เดชวงศ์ญา[1] ชญาภา แสนหลวง[2] อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์[3]
Waree Detwongya[1] Chayapha Sanluang[2] Apiradee Nantsupawat[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง และ 2) เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด ก่อน-หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนาเพื่อประเมินความต้องการการฝึกอบรม แบบบันทึกข้อมูล โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด และแนวคำถามในการประเมินผลโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (paired samples t-test) และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ได้คู่มือโปรแกรมซึ่งบูรณาการทั้งการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัดที่ครอบคลุมสมรรถนะหลัก 4 ด้าน และสมรรถนะย่อย 13 ด้าน กับบทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับการปฏิบัติงานจริงในห้องผ่าตัด 3 ระดับ คือ พี่เลี้ยงหลัก (Primary Preceptor) พี่เลี้ยงร่วม (Co-Preceptor) และพี่เลี้ยงผู้ติดตาม/ผู้กำกับดูแล (Shadow/Supervisor) โดยแบ่งการจัดการฝึกอบรมเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการเรียนรู้ภาคทฤษฎีและสถานการณ์จำลอง 3 ชั่วโมง และระยะการฝึกปฏิบัติทางคลินิก 4 สัปดาห์ 2) สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.87$, $p < .001$)

คำสำคัญ: พยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด, โปรแกรมการเตรียมความพร้อม, สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง

Abstract

This action research aimed to 1) develop a preparatory program for perioperative nurse preceptors at Lampang Hospital, and 2) examine perioperative nurse preceptors' competency before and after receiving the program. 29-member training participant group. The research instruments included a discussion guide for assessing training needs, a data recording form, the Preparatory Program for Perioperative Nurse Preceptors, the Perioperative Nurse Preceptor Competency Assessment Form, and a discussion guide for program evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired samples t-test, and content analysis.

The results were as follows. First, the preparatory program for perioperative nurse preceptors developed resulted in a program manual that integrated the preparation of perioperative nurse preceptors, covering four core competency domains and 13 sub-competencies, with preceptor roles for actual operating-room practice at three levels: Primary Preceptor, Co-Preceptor, and Shadow/Supervisor. The training was divided into two phases: a three-hour theoretical and simulation-based learning phase and a four-week clinical practicum phase. Second, preceptors' competency scores after receiving the program were significantly higher than before receiving the program ($t = 14.87$, $p < .001$).

Keywords: perioperative nurse preceptor, preparatory program, preceptor competency

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[2] อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[3] อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสูงสุดของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ซึ่งห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการผ่าตัดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด จนถึงระยะฟื้นตัวหลังผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทประสานงาน ดูแลความปลอดภัย และสนับสนุนการทำงานของทีมศัลยแพทย์ให้กระบวนการผ่าตัดดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ[1]จึงจำเป็นต้องมีความรู้และความชำนาญเฉพาะทางสูง ทั้งความแม่นยำในกระบวนการพยาบาลและความสามารถในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพภายใต้ความกดดันและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา หากพยาบาลห้องผ่าตัดขาดสมรรถนะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย องค์กร และวิชาชีพการพยาบาล[2]

ในแต่ละปีมีพยาบาลจบใหม่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเฉลี่ยปีละ 14,000 คน[3] ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีสมรรถนะพร้อมตามมาตรฐานได้ในทันที โดยเฉพาะในช่วงปีแรกของการปฏิบัติงานที่ต้องเผชิญความเครียดและประสบการณ์เชิงลบหลายด้าน[4,5]ระบบพยาบาลพี่เลี้ยงจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการปรับตัวของพยาบาลจบใหม่[6]โดยพยาบาลพี่เลี้ยงจำเป็นต้องมีสมรรถนะ 4 ด้าน ได้แก่ การให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติการพยาบาล การเป็นตัวแบบ และการสอน[7] สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าระบบพี่เลี้ยงช่วยลดความเครียดของพยาบาลจบใหม่[8]เสริมสร้างความมั่นใจและการปรับตัวในการทำงาน[9,10]และส่งผลเชิงบวกต่อภาวะผู้นำในตนเองของพยาบาลจบใหม่[11] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงบางส่วนขาดความรู้และทักษะด้านการสอนและการประเมินผล ขาดการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ และมีภาระงานมากจนกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้คำแนะนำแก่พยาบาลจบใหม่[12,13]

โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิที่มีปริมาณและความซับซ้อนของการผ่าตัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทั้งหมด 82 คน ในจำนวนนี้เป็นพยาบาลใหม่และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในห้องผ่าตัดไม่เกิน 2 ปี จำนวน 16 คน ซึ่งยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาทักษะและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน แม้หน่วยงานจะมีพยาบาลบางส่วนที่ทำหน้าที่ให้คำแนะนำพยาบาลใหม่อยู่แล้ว แต่การดำเนินงานยังเป็นการมอบหมายแบบไม่เป็นทางการ ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการฝึกอบรมและการกำหนดคุณสมบัติของผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยง ผลสำรวจเบื้องต้นในเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 กับพยาบาลจบใหม่ 8 คน ทีมบริหารพยาบาลห้องผ่าตัด 4 คน และพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี 14 คน สะท้อนไปในทิศทางเดียวกันว่าพยาบาลจบใหม่ยังขาดความมั่นใจในสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความเสี่ยงสูง ขณะที่พยาบาลพี่เลี้ยงเองก็รู้สึกกังวลและเหนื่อยล้าจากการรับบทบาทโดยไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบมาก่อน[14]

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง จึงพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด เพื่อให้ได้โปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะทางของห้องผ่าตัด ช่วยให้พยาบาลพี่เลี้ยงมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อบทบาทหน้าที่ เกิดความมั่นใจและลดความเครียดในการปฏิบัติงาน อันจะส่งผลต่อคุณภาพการพัฒนาพยาบาลจบใหม่และคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลลำปางอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

2. เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาและการฝึกอบรมบุคลากรของ Werther and Davis[15]

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด และประเมินสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของอรชร ภาศาศวัต[7]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 82 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 41 คน ปฏิบัติงานในแผนก (1) ศัลยกรรมทั่วไป (2) ศัลยกรรมทรวงอก หัวใจ หลอดเลือด (3) ศัลยกรรมประสาท (4) ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ (5) ศัลยกรรมกระดูกและข้อ (6) สูติกรรม+นรีเวชกรรม และ (7) ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมพัฒนาโปรแกรม 12 คน คัดเข้าจากผู้ที่เป็นหัวหน้าหรือผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงาน หรือหัวหน้าทีมผ่าตัดเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า 5 ปี และเคยเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงมาก่อน และ 2) ทีมผู้เข้าร่วมอบรม 29 คน คัดเข้าจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า 5 ปี และไม่เคยเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงมาก่อน เกณฑ์คัดออก คือ อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วนหลักคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย (1.1) แบบบันทึกข้อมูลจากเอกสารภายในหน่วยงานเกี่ยวกับภารกิจและกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลพี่เลี้ยง รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนและข้อจำกัด (1.2) แนวคำถามการสนทนากลุ่มลักษณะแบบกึ่งโครงสร้าง (1.3) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด 7 ขั้นตอนของ Werther and Davis[15] รวมส่วนของโปรแกรมการฝึกอบรมและคู่มือปฏิบัติงานไว้เป็นเอกสารฉบับเดียว ครอบคลุมสมรรถนะหลัก 4 ด้านตามกรอบของอรชร ภาศาศวัต[7]และ (1.4) แนวคำถามประเมินผลโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด ลักษณะเป็นแนวคำถามใช้ในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างกับทีมพัฒนาโปรแกรม และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง ซึ่งใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของอรชร ภาศาศวัต[7] ลักษณะเป็นแบบประเมินสมรรถนะเชิงพฤติกรรม (behavioral rubric) มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0-4) ครอบคลุมสมรรถนะหลัก 4 ด้าน 13 สมรรถนะย่อย รวม 52 ตัวชี้วัด ให้ผู้เข้าร่วมอบรมประเมินตนเองทั้งก่อนและหลังการอบรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

1) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมฯ (คู่มือและแบบประเมินต่าง ๆ) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน[16] ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .95

2) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .85 ซึ่งผู้ศึกษาใช้เครื่องมือต้นแบบโดยไม่มีการดัดแปลง จึงตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง[16] จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

3) แบบบันทึกข้อมูลจากเอกสารภายในหน่วยงานเกี่ยวกับภารกิจและกระบวนการปฏิบัติงานของพยาบาลพี่เลี้ยง รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนและข้อจำกัด และแนวคำถามการสนทนาเพื่อประเมินความความต้องการการฝึกอบรม ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุม เหมาะสมของเนื้อหาข้อคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์

4) แนวคำถามในการประเมินผลโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง ได้ปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการสนทนากลุ่ม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนาโปรแกรมตามขั้นตอนการพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากร 7 ขั้นตอนของ Werther and Davis[15] ได้แก่ 1) ประเมินความต้องการในการฝึกอบรม โดยประชุมทีมพัฒนาโปรแกรมวิเคราะห์ระดับองค์กร ระดับงาน และระดับบุคคล 2) กำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมให้สอดคล้องกับสมรรถนะหลัก 4 ด้าน 3) กำหนดเนื้อหาหลักสูตรครอบคลุมสมรรถนะ 4 ด้าน 13 สมรรถนะย่อย 4) กำหนดวิธีการฝึกอบรมและหลักการเรียนรู้ แบ่งเป็นระยะทฤษฎีและสถานการณ์จำลอง กับระยะฝึกปฏิบัติจริง 5) ดำเนินการฝึกอบรม โดยระยะที่ 1 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง และระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในห้องผ่าตัด ระหว่างวันที่ 23 กรกฎาคม ถึง 14 สิงหาคม พ.ศ. 2569 รวม 4 สัปดาห์ โดยหมุนเวียนบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง 3 ระดับ ได้แก่ พี่เลี้ยงหลัก พี่เลี้ยงร่วม และพี่เลี้ยงผู้ติดตาม/ผู้กำกับดูแล ให้ครบทุกคนอย่างน้อยบทบาทละ 1 ครั้ง 6) ติดตามผลการฝึกอบรมด้วยแบบบันทึกสะท้อนผลรายวันและแบบสรุปผลรายสัปดาห์ และเก็บข้อมูลหลังการอบรม (post-test) ภายใน 5 วันหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติจริง และ 7) ประเมินผลโปรแกรมร่วมกับทีมพัฒนาโปรแกรมในการประชุมครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญ ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ผู้ศึกษาคำนวณคะแนนผลต่างรายคู่ของผู้เข้าร่วมอบรมแต่ละคน แล้วทดสอบการแจกแจงด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (n = 29) เมื่อพบว่าคะแนนผลต่างมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired Samples t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และแปลผลระดับสมรรถนะตามเกณฑ์ของอรชร ภาศาศวัต[7] คือ 3.51-4.00 = สูงมาก, 2.51-3.50 = สูง, 1.51-2.50 = ปานกลาง, 0.51-1.50 = ต่ำ และ 0.00-0.50 = ต่ำมาก

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับเอกสารชี้แจงล่วงหน้าอย่างน้อย 5 วัน มีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบสถานภาพการทำงาน ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อและรายงานผลในภาพรวม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมผู้เข้าร่วมอบรม ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด และส่วนที่ 3 ผลการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมผู้เข้าร่วมอบรม (n = 29)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 28-50 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 48.30 อายุเฉลี่ย 37.80 ปี (SD = 6.42) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 96.55 และมีประสบการณ์อบรมเป็นพี่เลี้ยงพยาบาลใหม่มาก่อน ร้อยละ 62.10

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนของ Werther and Davis[15] มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง 4 ด้าน ได้แก่ การให้คำปรึกษาและการเสริมพลังอำนาจ การปฏิบัติการพยาบาล การเป็นตัวแบบ และการสอน ผลจากการวิเคราะห์ความต้องการระดับองค์กร ระดับงาน และระดับบุคคล พบว่าโรงพยาบาลลำปางมีความพร้อมด้านนโยบายและทรัพยากรอยู่แล้ว แต่ยังขาดระบบการถ่ายทอดความรู้และการนิเทศที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทีมพัฒนาโปรแกรมจึงออกแบบบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงให้สอดคล้องกับตำแหน่งงานจริงในห้องผ่าตัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พี่เลี้ยงหลักซึ่งเน้นสมรรถนะด้านการสอนและการปฏิบัติการพยาบาล พี่เลี้ยงร่วมซึ่งเน้นสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาและเสริมพลังอำนาจ และและพี่เลี้ยงผู้ติดตาม/ผู้กำกับดูแล ซึ่งเน้นสมรรถนะด้านการเป็นตัวแบบ ผลการวิเคราะห์ความต้องการในการฝึกอบรมทั้ง 3 ระดับ พบว่า ระดับองค์กร โรงพยาบาลลำปางมีความพร้อมด้านนโยบาย งบประมาณ เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ แต่ยังขาดระบบการถ่ายทอดความรู้และการนิเทศที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะบุคคลมากกว่าระบบขององค์กร ระดับงาน พบว่าบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงมีความซับซ้อนสูง เนื่องจากต้องอิงกับโครงสร้างการทำงานจริงที่มีการแบ่งหน้าที่ตามระบบงานอยู่แล้ว คือ พยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) พยาบาลช่วยทั่วไป (circulating nurse) และ float/incharge ซึ่งเป็นที่มาของการออกแบบบทบาทพี่เลี้ยง 3 ระดับข้างต้นให้สอดคล้องกับตำแหน่งงานเดิม ส่วนระดับบุคคล พบว่าพยาบาลพี่เลี้ยงควรมีความรู้เฉพาะทางด้านการพยาบาลห้องผ่าตัดและความปลอดภัย ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกภายใต้ความกดดัน ทักษะการสื่อสารและการนิเทศงานที่เป็นระบบ ตลอดจนวุฒิภาวะทางอารมณ์และภาวะผู้นำเชิงแบบอย่าง โดยพบข้อจำกัดสำคัญคือ ภาระงาน ความไม่ชัดเจนของบทบาทและความคาดหวัง และการขาดแนวทางการสอนที่เป็นระบบ ผลการวิเคราะห์ทั้ง 3 ระดับนี้ถูกนำมาสังเคราะห์เป็นวัตถุประสงค์ย่อยระดับสมรรถนะ 13 ข้อ รวมตัวชี้วัด 52 ข้อ ตามกรอบของอรชร ภาศาศวัต[7] เพื่อใช้เป็นฐานในการออกแบบเนื้อหาโปรแกรมในลำดับถัดไป

คู่มือโปรแกรมที่ได้เป็นเอกสารรวมฉบับเดียวที่ใช้ประกอบการอบรมตลอดทั้ง 2 ระยะ ประกอบด้วยองค์ความรู้เชิงทฤษฎี แนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทห้องผ่าตัด กรณีศึกษา 13 เรื่องที่สะท้อนสถานการณ์จริง และแบบประเมิน/ติดตามผล 6 ชุด ระยะที่ 1 การฝึกอบรมเชิงทฤษฎีและสถานการณ์จำลอง จัดขึ้นเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยาย การอภิปรายกรณีศึกษา และการฝึกสถานการณ์จำลองตามสมรรถนะหลัก 4 ด้าน ดังตัวอย่างโครงสร้างเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ในตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบคะแนนแบบทดสอบความรู้ของผู้เข้าร่วมอบรมก่อนและหลังการอบรมระยะที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมเท่ากับ 14.20 คะแนน (SD = 2.15) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 71.00 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 และคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมเท่ากับ 18.10 คะแนน (SD = 1.35) คิดเป็นร้อยละ 90.50 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ตารางที่ 1 แผนกิจกรรมระยะที่ 1ตัวอย่างโครงสร้างเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ของคู่มือโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด จำแนกตามสมรรถนะหลัก 4 ด้าน

หัวข้อ	วัตถุประสงค์การเรียนรู้	เนื้อหาที่สอน	กิจกรรมการเรียนรู้	สื่อ/อุปกรณ์	วิธีประเมินผล	สถานะการใช้งาน
สมรรถนะหลักที่ 1 ด้านการให้การปรึกษาและการเสริมพลังอำนาจ						
1. ทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษา	อธิบายหลักการสื่อสารและการให้คำปรึกษา เลือกใช้ถ้อยคำ/น้ำเสียงที่เหมาะสม และแสดงบทบาทการให้คำปรึกษาในสถานการณ์จำลองได้	หลักการสื่อสารเชิงสนับสนุน, Psychological Safety, การเสริมพลังอำนาจ	บรรยาย, อภิปราย กรณีศึกษา, ฝึกสถานการณ์จำลอง	สไลด์, กรณีศึกษา, แบบสังเกตพฤติกรรม	แบบสังเกตพฤติกรรม, แบบบันทึกสะท้อนผลรายบุคคล	ใช้สอนจริงในระยะที่ 1
สมรรถนะหลักที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล						
2. การถ่ายทอดกระบวนการคิดเชิงคลินิกฯ	ถ่ายทอดกระบวนการคิดเชิงคลินิก กำกับมาตรฐาน 3P Safety และบูรณาการการจัดการความเสี่ยงเข้ากับการสอนงานได้	การคิดเชิงคลินิก, มาตรฐาน 3P-Safety, การจัดการความเสี่ยง/สถานการณ์ฉุกเฉิน	บรรยาย, อภิปราย กรณีศึกษา, ฝึกสถานการณ์จำลอง	สไลด์, กรณีศึกษา, แบบสังเกตพฤติกรรม	แบบสังเกตพฤติกรรม, แบบบันทึกสะท้อนผลรายบุคคล	ใช้สอนจริงในระยะที่ 1
สมรรถนะหลักที่ 3 ด้านการเป็นตัวแบบ						
3. ภาวะผู้นำเชิงแบบอย่างในสถานการณ์กดดัน	แสดงบทบาทภาวะผู้นำเชิงแบบอย่างในการควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร และการตัดสินใจภายใต้ความกดดันได้	ภาวะผู้นำเชิงแบบอย่าง (role model leadership) ในสถานการณ์กดดัน	บรรยาย, อภิปราย กรณีศึกษา, ฝึกสถานการณ์จำลอง	สไลด์, กรณีศึกษา, แบบสังเกตพฤติกรรม	แบบสังเกตพฤติกรรม, แบบบันทึกสะท้อนผลรายบุคคล	ใช้สอนจริงในระยะที่ 1
สมรรถนะหลักที่ 4 ด้านการสอน						
4. สมรรถนะการสอนและการนิเทศทางคลินิกฯ	อธิบายโครงสร้างและขั้นตอนการสอน/นิเทศอย่างเป็นระบบ จัดลำดับกิจกรรมการสอนตามความพร้อมผู้เรียนได้	โครงสร้างและขั้นตอนของการสอนและการนิเทศทางคลินิก	บรรยาย, อภิปราย กรณีศึกษา, ฝึกสถานการณ์จำลอง	สไลด์, กรณีศึกษา, แบบสังเกตพฤติกรรม	แบบสังเกตพฤติกรรม, แบบบันทึกสะท้อนผลรายบุคคล	ใช้สอนจริงในระยะที่ 1

แผนกิจกรรมระยะที่ 2 การฝึกปฏิบัติจริงในห้องผ่าตัด ดำเนินการระหว่างวันที่ 23 กรกฎาคม ถึง 14 สิงหาคม พ.ศ. 2569 รวม 4 สัปดาห์ ออกแบบเป็นแผนกิจกรรมรายสัปดาห์ที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะหลักทั้ง 4 ด้านตามลำดับ ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพและการให้คำปรึกษาในสัปดาห์แรก การปฏิบัติการพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 การสอนและการนิเทศทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 3 จนถึงการบูรณาการสมรรถนะทั้ง 4 ด้านในสัปดาห์สุดท้าย พร้อมเครื่องมือบันทึกสะท้อนผลรายวันและสรุปผลรายสัปดาห์กำกับความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนผ่านการฝึกครบทั้ง 3 บทบาทอย่างน้อยบทบาทละ 1 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 2 ผลการติดตามระหว่างการฝึกปฏิบัติจริงตลอด 4 สัปดาห์ ผ่านแบบบันทึกสะท้อนผลรายวันและแบบสรุปผลการประเมินรายสัปดาห์ พบว่าพัฒนาการของผู้เข้าร่วมอบรมปรากฏชัดเจนขึ้นตามลำดับสอดคล้องกับจุดเน้นของแต่ละสัปดาห์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการให้คำปรึกษาในสัปดาห์ที่ 1 การกำกับมาตรฐานความปลอดภัยภายใต้ความกดดันในสัปดาห์ที่ 2 ความสม่ำเสมอของรูปแบบการสอนในสัปดาห์ที่ 3 และการบูรณาการสมรรถนะครบทั้ง 4 ด้านในสัปดาห์ที่ 4 ประเด็นที่พบร่วมกันเกือบทุกสัปดาห์คือ ข้อจำกัดด้านเวลาในการให้ข้อมูลสะท้อนกลับระหว่างเคสผ่าตัด และความแตกต่างของโอกาสการเรียนรู้ระหว่างห้องผ่าตัดที่มีปริมาณเคสไม่เท่ากัน เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติจริง พยาบาลใหม่จำนวน 9 คน ประเมินความพึงพอใจ

ต่อพยาบาลพี่เลี้ยงในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (SD = 0.41) โดย 3 อันดับแรกที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ มีความเป็นมืออาชีพและเป็นแบบอย่างที่ดี (M = 4.56, SD = 0.53) มีท่าทีเป็นมิตรและสนับสนุน (M = 4.44, SD = 0.53) และเข้าถึงง่าย สามารถปรึกษาได้ (M = 4.33, SD = 0.71)

ตารางที่ 2 แผนกิจกรรมระยะที่ 2 การฝึกปฏิบัติจริงในห้องผ่าตัด (4 สัปดาห์)

สัปดาห์	วัตถุประสงค์รายสัปดาห์	สมรรถนะที่เน้นพัฒนา	แนวทางกิจกรรม	การประเมิน/เครื่องมือ
สัปดาห์ที่ 1	สร้างฐานความพร้อมด้านการนิเทศ การสร้างสัมพันธภาพและการให้คำปรึกษา	การให้การปรึกษาและการเสริมพลังอำนาจ	หมุนเวียนบทบาท 3 ระดับ (Primary/Co-Preceptor/Shadow) ภายใต้การกำกับดูแลใกล้ชิด	แบบบันทึกสะท้อนผลรายวัน
สัปดาห์ที่ 2	พัฒนาสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง เน้นความปลอดภัยและการจัดลำดับความสำคัญของงาน	การปฏิบัติการพยาบาล	ปฏิบัติงานจริงร่วมกับพยาบาลใหม่ กำกับมาตรฐาน 3P Safety	แบบบันทึกสะท้อนผลรายวัน, แบบสรุปผลการประเมินรายสัปดาห์
สัปดาห์ที่ 3	พัฒนาสมรรถนะด้านการสอนและการนิเทศทางคลินิก	การสอน	วางแผนการสอนงาน ให้พยาบาลใหม่ทดลองปฏิบัติภายใต้การกำกับที่ลดลง	แบบบันทึกสะท้อนผลรายวัน, แบบสรุปผลการประเมินรายสัปดาห์
สัปดาห์ที่ 4	บูรณาการสมรรถนะทั้ง 4 ด้าน เน้นการปฏิบัติงานแบบกึ่งอิสระและสรุปผลการพัฒนา	ครบทั้ง 4 ด้าน	หมุนเวียนข้ามห้องผ่าตัดตามผลประเมิน ปฏิบัติงานแบบกึ่งอิสระ สรุปผลรายบุคคล	แบบสรุปผลการประเมินรายสัปดาห์, แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลใหม่, แบบประเมินสมรรถนะฯ (Post-test)

ผลการประเมินโปรแกรมโดยทีมพัฒนาโปรแกรมผ่านการสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การดำเนินงานของโปรแกรม ผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมโปรแกรม ผลกระทบต่อองค์กรและระบบงาน วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงโปรแกรม และความยั่งยืนและการพัฒนาต่อเนื่อง โดยสรุปพบว่า คู่มือโปรแกรมมีความเหมาะสมและตรงตามความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง ส่งผลเชิงบวกทางอ้อมต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและบรรยากาศการทำงาน โดยเฉพาะการกำกับดูแลตามมาตรฐานความปลอดภัยที่เคร่งครัดขึ้นระหว่างการสอนงาน และช่วยลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลพี่เลี้ยงได้ในระดับหนึ่งแต่ยังไม่เบ็ดเสร็จ เนื่องจากจำนวนพยาบาลพี่เลี้ยงที่ผ่านการเตรียมความพร้อม 29 คน ยังจำกัดเมื่อเทียบกับความต้องการในภาพรวมของกลุ่มงาน ในด้านเครื่องมือประเมินผล ทีมพัฒนาโปรแกรมเห็นว่าแบบประเมินสมรรถนะหลักสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแม่นยำ

สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ทีมพัฒนาโปรแกรมเสนอให้ขยายระยะเวลาการอบรมภาคทฤษฎีในระยะที่ 1 ให้เหมาะสมกับปริมาณเนื้อหามากขึ้น เพิ่มจำนวนกรณีศึกษาที่ใช้ฝึกจาก 4 เรื่องให้ครอบคลุมมากขึ้น และเพิ่มช่วงเวลาให้พยาบาลพี่เลี้ยงได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันในระยะที่ 2 ทั้งนี้ทีมพัฒนาโปรแกรมเห็นพ้องกันอย่างชัดเจนว่า โปรแกรมนี้มีความพร้อมที่จะเป็นต้นแบบสำหรับหน่วยงานอื่น และควรกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาบุคลากรประจำกลุ่มงานอย่างเป็นทางการ พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการทบทวนและปรับปรุงคู่มือโปรแกรมเป็นระยะทุกปี เพื่อรองรับความยั่งยืนของโปรแกรมในระยะยาว

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ผลต่างของคะแนนสมรรถนะก่อนและหลังการร่วมโปรแกรมมีการแจกแจงแบบปกติ (Shapiro-Wilk *W* = .950 - .970, p = .176-.412, p> .05) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ Paired Samples t-test จึงใช้สถิตินี้ในการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านและทุกสมรรถนะย่อย (p < .001) โดยคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 13 สมรรถนะย่อยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M = 2.20, SD = 0.35) เป็นระดับสูง (M = 3.31, SD = 0.30; t = 14.87) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อม จำแนกตาม 13 สมรรถนะย่อย (N = 29)

สมรรถนะ	ก่อนใช้โปรแกรม		แปลผล	หลังใช้โปรแกรม		แปลผล	t	Sig.
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
ด้านที่ 1 การให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ								
1.1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้คำปรึกษาแก่พยาบาลจบใหม่	2.20	0.44	ปานกลาง	3.40	0.36	สูง	11.85	< .001*
1.2 ทักษะการใช้เทคนิคการสนทนา	2.15	0.42	ปานกลาง	3.35	0.38	สูง	11.20	< .001*
1.3 การเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของพยาบาลจบใหม่	1.95	0.46	ปานกลาง	3.20	0.40	สูง	10.95	< .001*
1.4 การนิเทศงาน	2.05	0.43	ปานกลาง	3.25	0.39	สูง	11.40	< .001*
1.5 มีศิลปะในการให้ข้อมูลย้อนกลับ	2.15	0.41	ปานกลาง	3.30	0.37	สูง	11.60	< .001*
ค่าเฉลี่ยรวม	2.10	0.40	ปานกลาง	3.30	0.34	สูง	12.50	< .001*
ด้านที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล								
2.1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในภาวะวิกฤติ	2.35	0.37	ปานกลาง	3.45	0.32	สูง	13.10	< .001*
2.2 วางแผนการพยาบาลอย่างมีวิจารณญาณ	2.25	0.40	ปานกลาง	3.38	0.34	สูง	12.75	< .001*
2.3 ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล	2.30	0.39	ปานกลาง	3.40	0.33	สูง	13.05	< .001*
ค่าเฉลี่ยรวม	2.30	0.38	ปานกลาง	3.41	0.33	สูง	13.42	< .001*
ด้านที่ 3 การเป็นตัวแบบ								
3.1 การเป็นตัวแบบ	2.60	0.34	สูง	3.55	0.29	สูงมาก	9.85	< .001*
3.2 มีความรับผิดชอบ	2.50	0.37	ปานกลาง	3.45	0.32	สูง	10.15	< .001*
ค่าเฉลี่ยรวม	2.55	0.35	สูง	3.50	0.30	สูง	10.20	< .001*
ด้านที่ 4 การสอน								
4.1 ทักษะการถ่ายทอดความรู้	2.10	0.43	ปานกลาง	3.15	0.37	สูง	11.50	< .001*
4.2 การสอนงาน	1.98	0.46	ปานกลาง	3.05	0.39	สูง	11.20	< .001*
4.3 การประเมินผลการเรียนรู้และทักษะของพยาบาลจบใหม่	2.00	0.45	ปานกลาง	3.10	0.38	สูง	11.60	< .001*
ค่าเฉลี่ยรวม	2.03	0.44	ปานกลาง	3.10	0.38	สูง	11.75	< .001*
คะแนนเฉลี่ยรวม	2.20	0.35	ปานกลาง	3.31	0.30	สูง	14.87	< .001*

หมายเหตุ: การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ของอรชร ภาศาศวัต (2553) ตามช่วงคะแนนเฉลี่ย: 3.51–4.00 = สูงมาก, 2.51–3.50 = สูง, 1.51–2.50 = ปานกลาง, 0.51–1.50 = ต่ำ, 0.00–0.50 = ต่ำมาก

หมายเหต: *P ≤ 0.05

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม พยาบาลพี่เลี้ยงมีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการสอน ขณะที่ด้านการเป็นตัวแบบมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม (M = 2.55, SD = 0.35) ภายหลังได้รับโปรแกรมสมรรถนะทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือด้านการเป็นตัวแบบ (M = 3.50, SD = 0.30) รองลงมาคือด้านการปฏิบัติการพยาบาล (M = 3.41, SD = 0.33) ด้านการให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (M = 3.30, SD = 0.34) และด้านการสอน (M = 3.10, SD = 0.38) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายสมรรถนะย่อยทั้ง 13 สมรรถนะย่อย พบว่าสมรรถนะย่อยที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของพยาบาลจบใหม่ ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น 1.25 คะแนน ส่วนสมรรถนะย่อยที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ได้แก่ การเป็นตัวแบบและการมีความรับผิดชอบ ซึ่งเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนนเท่ากัน ทั้งนี้สมรรถนะย่อยการเป็นตัวแบบเป็นสมรรถนะย่อยเดียวที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม (M = 2.60) และเป็นสมรรถนะย่อยเดียวที่ขึ้นถึงระดับสูงมากภายหลังได้รับโปรแกรม (M = 3.55) โดยสรุป ผลการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้านและทุกสมรรถนะย่อย ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ซึ่งสนับสนุนว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง ตามกรอบแนวคิด 7 ขั้นตอนของ Werther and Davis[15] ดำเนินไปอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การวิเคราะห์ความต้องการที่ลงลึกถึงโครงสร้างงานจริงในห้องผ่าตัด การกำหนดวัตถุประสงค์ที่อ้างอิงกรอบสมรรถนะซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาก่อน จนถึงการออกแบบเนื้อหาและวิธีการที่ผสมผสานทฤษฎีกับการฝึกปฏิบัติจริงเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnstone[17] ที่พัฒนาโปรแกรม POEM โดยผสานการปฐมนิเทศ การให้ความรู้ และการเป็นพี่เลี้ยงเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง และสอดคล้องกับนภวรรณ ปาณาราช[18] ที่ใช้กรอบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็นระยะการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างตรงที่ออกแบบบทบาทพี่เลี้ยงให้สอดคล้องกับโครงสร้างตำแหน่งงานที่มีอยู่เดิมในห้องผ่าตัด แทนที่จะกำหนดบทบาทพี่เลี้ยงแยกต่างหากดังเช่นโปรแกรมพี่เลี้ยงในหอผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Harper et al.[19] ที่ระบุว่าพี่เลี้ยงในห้องผ่าตัดมีลักษณะการปฏิบัติงานแตกต่างจากพี่เลี้ยงในหน่วยงานอื่นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการนำกรอบแนวคิดของ Werther and Davis[15] ใช้ในบริบทเฉพาะทางต้องอาศัยความเข้าใจโครงสร้างงานอย่างลึกซึ้ง มากกว่าการทำตามขั้นตอนทฤษฎีโดยตรง

ด้านการกำหนดวัตถุประสงค์และเนื้อหา การเลือกใช้กรอบสมรรถนะของอรชร ภาศาศวัต[7] ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาก่อน แทนการพัฒนาตัวชี้วัดขึ้นใหม่ทั้งหมด สอดคล้องกับกรอบองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงของอภิญญา จำปามูล และคณะ[20] ซึ่งมีเนื้อหาสาระคาบเกี่ยวกันมาก เป็นหลักฐานทางอ้อมว่าองค์ประกอบสมรรถนะหลักของพยาบาลพี่เลี้ยงมีความเป็นมาตรฐาน ด้านวิธีการฝึกอบรม การจัดสัดส่วนเวลาที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริงมากกว่าการอบรมในห้อง

ประชุมอย่างชัดเจน (3 ชั่วโมง เทียบกับ 4 สัปดาห์) สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ตามแนวคิดของ Werther and Davis[15] และใกล้เคียงกับโครงสร้างของ Johnstone[17] และนภวรรณ ปาณาราช[18]โดยคะแนนความรู้ในระยะที่ 1 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.00 เป็น 90.50 ภายในเวลาเพียง 3 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับวิภาดา ศุภสุวรรณกุล และคณะ[21]ที่ศึกษาในบริบทห้องผ่าตัดโรงพยาบาลลำปางเช่นเดียวกัน และพบว่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.90 เป็น 90.00 เช่นกัน ยืนยันความเหมาะสมของแนวทางการฝึกอบรมที่เน้นประสบการณ์ตรงในบริบทนี้

ด้านผลลัพธ์สมรรถนะ พบว่าด้านการเป็นตัวแบบเป็นสมรรถนะเดียวที่อยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรมและยังคงมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดหลังโปรแกรม แสดงให้เห็นจุดแข็งเดิมของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าจะเป็นข้อจำกัดของโปรแกรม ซึ่งอาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมาก่อนอยู่แล้วและมีอายุเฉลี่ย 36.80 ปี การเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในแง่ความรับผิดชอบและจริยธรรมวิชาชีพเป็นคุณลักษณะที่สั่งสมมาจากประสบการณ์ทำงานเป็นระยะเวลานาน สอดคล้องกับธีรภัทร นวลแก้ว และสกาวรัตน์ ไกรจันทร์[22]ที่พบว่าการเป็นแบบอย่างเป็นประเด็นที่ปรากฏขึ้นตามธรรมชาติจากการทำงาน ในทางตรงกันข้ามด้านการสอนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดทั้งก่อนและหลังโปรแกรม แม้จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับด้านอื่น สอดคล้องกับทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ[23]ที่พบว่าด้านการสอนเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในการศึกษาสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงเช่นกัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการสอนเป็นสมรรถนะที่ต้องใช้ระยะเวลาสั่งสมนานกว่าสมรรถนะด้านอื่นโดยธรรมชาติของทักษะเอง เนื่องจากการสอนงานที่ดีต้องอาศัยทั้งความรู้เนื้อหา เทคนิคการถ่ายทอด และการปรับวิธีสอนให้เหมาะกับผู้เรียนแต่ละคน ส่วนด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการให้คำปรึกษาและเสริมพลังอำนาจมีคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่กึ่งกลางระหว่างสองด้านดังกล่าว ซึ่งเชื่อมโยงโดยตรงกับกิจกรรมเฉพาะที่ออกแบบไว้ในแต่ละสัปดาห์ของระยะที่ 2 สอดคล้องกับ O'Connor and MacCulloch[24]ที่พบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญในด้านการส่งเสริมการคิดเชิงวิพากษ์และการให้คำปรึกษาเชิงวิชาชีพภายหลังพยาบาลพี่เลี้ยงได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

โดยสรุป การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัดโรงพยาบาลลำปาง บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งสองข้อ ทั้งในเชิงกระบวนการที่เป็นระบบและในเชิงผลลัพธ์ที่วัดได้จริง สมรรถนะที่อาศัยคุณลักษณะสั่งสมจากประสบการณ์เดิม เช่น การเป็นตัวแบบ มีคะแนนสูงตั้งแต่ก่อนเข้าโปรแกรมและยังคงสูงที่สุด ขณะที่สมรรถนะเชิงเทคนิคที่ซับซ้อนอย่างการสอน แม้พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน แต่ยังมีโอกาสพัฒนาต่อได้มากที่สุด สะท้อนว่าความยากง่ายในการพัฒนาแตกต่างกันไปตามธรรมชาติของแต่ละสมรรถนะ ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนสำหรับการพัฒนาต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเพิ่มน้ำหนักให้กับสมรรถนะด้านการสอนที่ยังมีศักยภาพพัฒนาได้อีกมาก การพิจารณาสัดส่วนเวลาระหว่างภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และการวางนโยบายรองรับความยั่งยืนของโปรแกรมในระดับองค์กรอย่างเป็นทางการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง สามารถนำคู่มือโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปกำหนดเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาบุคลากรประจำหน่วยงาน พร้อมมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาเป็นระยะทุกปี

2. พยาบาลพี่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานในบทบาทพี่เลี้ยงหลัก พี่เลี้ยงร่วม และพี่เลี้ยงผู้ติดตาม/ ผู้กำกับ

ดูแล สามารถนำคู่มือโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางทบทวนความรู้ด้วยตนเองและใช้ประกอบการสอนงานพยาบาลใหม่ในการปฏิบัติงานจริง

3. หน่วยงานอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน สามารถนำโครงสร้างหลักของโปรแกรม ทั้งกรอบสมรรถนะ 4 ด้านและการแบ่งการฝึกอบรมเป็น 2 ระยะไปปรับใช้ได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมพยาบาลพี่เลี้ยงต่อสมรรถนะในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดในระยะยาว

2. ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของพยาบาลพี่เลี้ยงในกลุ่มการพยาบาลอื่น ๆ ของโรงพยาบาลลำปาง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลลำปางและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดที่สนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัยและเอื้อเฟื้อพื้นที่ในการฝึกปฏิบัติจริง ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษาจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Gillespie, B. M., Harbeck, E., Kang, E., Steel, C., & Fairweather, N. (2021). Perioperative nursing and patient safety: Developing perioperative nurses' competency. AORN Journal, 113(1), 35-45.
2. แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2558). ผลกระทบจากการขาดสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด ต่อการทำงานและคุณภาพการบริการ. วารสารการพยาบาล, 25(2), 112-120.
3. สภาการพยาบาล. (2567). แผนยุทธศาสตร์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2566-2570 และรายงานสถานการณ์กำลังคนทางการพยาบาล. สภาการพยาบาล.
4. Gardiner, I., & Sheen, J. (2016). Graduate nurse experiences of support: A review. Nurse Education Today, 40, 7-12.
5. Liu, Y., Aungsuroch, Y., & Yunibhand, J. (2020). Job stress, workplace violence, and turnover intention among new graduate nurses: A cross-sectional study. Nurse Education Today, 85, 104305.
6. อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. (2561). การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง: ความท้าทายสมรรถนะส่วนบุคคลของพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 39-48.
7. อรชร ภาศาศวัต. (2553). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลตติยภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. Beecroft, P. C., Santner, S., Lacy, M. L., Kunzman, L., & Dorey, F. (2006). New graduate nurses' perceptions of mentoring: Six-year program evaluation. Journal of Advanced Nursing, 55(6), 736-747.
9. Mambo, C., Gopal, R., & Mambo, M. (2021). A nurse mentorship program's impact on transition to practice and retention of new graduate nurses. Nurse Leader, 19(5), 509-513.
10. Hong, K. J., & Yoon, H.-J. (2021). Effect of nurses' preceptorship experience in educating new graduate nurses and preceptor training courses on clinical teaching behavior. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(3), 975.
11. Kim, Y., & Kim, M. Y. (2023). Effects of metaverse-based career mentoring for nursing students: A mixed methods study. BMC Nursing, 22, 160.
12. Henry-Okafor, Q., Galiatsatos, P., Lee, J., Paul, D., & Sisson, S. (2023). Challenges faced by nurse mentors: Lack of teaching and evaluation skills. Journal of Nursing Education and Practice, 13(4), 55-62.

13. Varghese, J., Thomas, A., Mathew, L., & Joseph, M. (2023). Challenges in nurse mentoring: Time management, motivation, and job satisfaction. Journal of Nursing Management, 31(2), 145-152.
14. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลลำปาง. (2568). รายงานการสำรวจสภาพปัญหาการปฏิบัติงานของพยาบาลพี่เลี้ยงห้องผ่าตัด ปีงบประมาณ 2568. โรงพยาบาลลำปาง.
15. Werther, W. B., Jr., & Davis, K. (1993). Human resources and personnel management (4th ed.). McGraw-Hill.
16. บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.
17. Johnstone, M. (2020). Professional socialisation and mentorship in contemporary nursing practice. Journal of Clinical Nursing, 29(11-12), 1845-1852.
18. นภวรรณ ปาณาราช. (2563). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14(2), 45-56.
19. Harper, L., Johnston, C., & Smith, P. (2020). Mentoring models and clinical preceptorship in healthcare education. Journal of Advanced Nursing, 76(4), 1012-1020.
20. อภิญญา จำปามูล, สมปรารถนา ดาผา, และวรรณชนก จันทชุม. (2566). องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลที่จบใหม่ในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 46(4), 1-12.
21. วิภาดา ศุภสุวรรณกุล, ปิยะธิดา พนมยงค์, และศิริลักษณ์ ชัยชนะ. (2565). ผลของโปรแกรมการเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยงต่อสมรรถนะการนิเทศและความพึงพอใจในงานของพยาบาลพี่เลี้ยง. วารสารพยาบาลตำรวจ, 14(2), 101-112.
22. ธีรภัทร นวลแก้ว, และสกาวรัตน์ ไกรจันทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการสอนงานโดยใช้แนวคิดพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานทางคลินิก. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 16(2), 112-123.
23. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สุชาดา นิยมพานิชย์, และสุภาพร ปิงเมือง. (2565). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงต่อความรู้และสมรรถนะการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลพี่เลี้ยง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(3), 85-94.
24. O'Connor, R., & MacCulloch, T. (2024). Leadership and mentorship strategies for novice nurses in acute care settings. Journal of Nursing Management, 32(2), 215-224.

การสลายตัวของวัสดุอินทรีย์ต่างชนิดกันต่อปริมาณการกระจายตัวของขนาดเม็ดดิน และการกักเก็บคาร์บอนในดินเค็มเนื้อทราย

The effect application of different organic residues on soil aggregate stability, carbon sequestration in sandy soil.

(Received: September 10, 2026; Revised: September 18, 2026 ; Accepted: September 27, 2026)

ศกุนตลา สุภาสัย[1] วิทยา ตรีโลเกศ[2] อรรณพ พุทธโส[3] นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ์[4]
sakuntala Supasai[1] Vidhaya Trelo-ges[2] Aunnop Puttaso[3] Nuntira Hongsrisuwan[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้วัสดุอินทรีย์ต่างชนิดต่อการกระจายตัวของขนาดและเสถียรภาพของเม็ดดิน รวมถึงการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินของดินเค็มเนื้อทราย ดำเนินการทดลองในพื้นที่นาดินเค็ม ชุดดินกุลาร้องไห้ (Typic Natraqualfs) บ้านงิ้วเก่า ตำบลโนนประดู่ อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา วางแผนการทดลองแบบสุ่มบล็อกสมบูรณ์ (RCBD) ประกอบด้วย 6 กรรมวิธี ได้แก่ ไม่ใส่วัสดุอินทรีย์ ซากถั่วลิสง ใบหญ้าแฝก ฟางข้าว แกลบ และปุ๋ยคอก จำนวน 3 ซ้ำ โดยใส่วัสดุอินทรีย์ในอัตรา 1.6 ตันต่อไร่ และเก็บตัวอย่างดินหลังการทดลอง 52 สัปดาห์ วิเคราะห์การกระจายตัวของขนาดเม็ดดินด้วยวิธีการร่อนแบบเปียก (wet sieving) และวิเคราะห์อินทรีย์คาร์บอนในดินและเม็ดดินด้วยวิธี Walkley and Black จากนั้นวิเคราะห์ความแปรปรวนและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

ผลการศึกษาพบว่า การกระจายตัวของเม็ดดินขนาดใหญ่กว่า 2 มิลลิเมตรมีค่า 1.85–4.25 กรัมต่อ 100 กรัมดิน ขนาด 0.25–2 มิลลิเมตรมีค่า 1.49–3.41 กรัมต่อ 100 กรัมดิน ขนาด 0.106–0.25 มิลลิเมตรมีค่า 28.71–31.23 กรัมต่อ 100 กรัมดิน และขนาดเล็กกว่า 0.106 มิลลิเมตรมีค่า 56.67–62.65 กรัมต่อ 100 กรัมดิน โดยการกระจายตัวของเม็ดดินแต่ละขนาดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ค่าเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ยของเม็ดดิน (Mean Weight Diameter; MWD) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการใส่ใบหญ้าแฝกให้ค่า MWD สูงสุด 0.314 มิลลิเมตร เมื่อเปรียบเทียบกับดินที่ไม่ใส่วัสดุอินทรีย์ซึ่งมีค่า 0.185 มิลลิเมตร สำหรับการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดิน พบว่าปุ๋ยคอกมีค่าการสะสมสูงสุดในเม็ดดินขนาดใหญ่กว่า 2 มิลลิเมตร เท่ากับ 0.075 กรัมต่อกิโลกรัมดิน ขณะที่แกลบมีค่าการสะสมสูงสุดในเม็ดดินขนาด 0.25–2, 0.106–0.25 และเล็กกว่า 0.106 มิลลิเมตร เท่ากับ 0.160, 0.111 และ 0.171 กรัมต่อกิโลกรัมดิน ตามลำดับ นอกจากนี้ อัตราส่วน C/N มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในอนุภาคดินขนาดเล็กกว่า 0.106 มิลลิเมตร ($r = 0.6334$, $p < 0.05$) ขณะที่อัตราส่วน Lignin/N มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินขนาด 0.25–2 มิลลิเมตร ($r = 0.6989$, $p < 0.05$) และ 0.106–0.25 มิลลิเมตร ($r = 0.6930$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ: วัสดุอินทรีย์; เม็ดดิน; เสถียรภาพเม็ดดิน; อินทรีย์คาร์บอน; การกักเก็บคาร์บอน; ดินเค็มเนื้อทราย

ABSTRACT

This study aimed to investigate the effects of different organic residues on soil aggregate size distribution and stability, as well as organic carbon accumulation within soil aggregates in salt-affected sandy soil. The experiment was conducted in a salt-affected paddy field of the Kula Ronghai soil series (Typic Natraqualfs) at Ban Ngio Kao, Non Pradu Subdistrict, Sida District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. A randomized complete block design (RCBD) was used with six treatments: control, groundnut stover, vetiver grass leaves, rice straw, rice husk, and cow manure, with three replications. Organic residues were applied at a rate of 1.6 t rai^{-1}. Soil samples were collected after 52 weeks. Soil aggregate size distribution and

[1] สาขาวิชาการสาธารณสุขชุมชน, คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยนครพนม, จังหวัดนครพนม ประเทศไทย 40002
[2] คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002
[3] กลุ่มวางแผนการใช้ที่ดิน สำนักงานพัฒนาที่ดินเขต 5 (สพข.5) ขอนแก่น กรมพัฒนาที่ดิน
[4] สาขาวิศวกรรมความปลอดภัย คณะวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยชินวัตร จังหวัดปทุมธานี 12160

stability were determined using the wet-sieving method, while organic carbon in soil and soil aggregates was determined using the Walkley–Black method. Data were analyzed using analysis of variance, and treatment means were compared using the Least Significant Difference (LSD) test.

The results showed that the amounts of large macroaggregates (>2 mm), small macroaggregates (0.25–2 mm), microaggregates (0.106–0.25 mm), and particles (<0.106 mm) ranged from 1.85–4.25, 1.49–3.41, 28.71–31.23, and 56.67–62.65 g per 100 g soil, respectively. The distribution of aggregate size fractions did not differ significantly among treatments. However, mean weight diameter (MWD) differed significantly, with the highest value observed in soil amended with vetiver grass (0.314 mm), compared with 0.185 mm in the control. Regarding organic carbon accumulation, cow manure showed the highest organic carbon content in aggregates >2 mm (0.075 g kg^{-1} soil), whereas rice husk showed the highest values in the 0.25–2, 0.106–0.25, and <0.106 mm fractions, with values of 0.160, 0.111, and 0.171 g kg^{-1} soil, respectively. In addition, the C/N ratio was positively correlated with organic carbon accumulation in the <0.106 mm fraction ($r = 0.6334$, $p < 0.05$), while the lignin/N ratio was positively correlated with organic carbon accumulation in the 0.25–2 mm ($r = 0.6989$, $p < 0.05$) and 0.106–0.25 mm fractions ($r = 0.6930$, $p < 0.05$).

Keywords: organic residues; soil aggregates; aggregate stability; organic carbon; carbon sequestration; salt-affected sandy soil

บทนำ

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสภาวะโลกร้อน การลดปัญหาโลกร้อนโดยวิธีเพิ่มแหล่งสะสมหรือแหล่งกักเก็บคาร์บอนจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยลดการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกสู่สิ่งแวดล้อมได้ โดย อรรณพ พุทธโส[1] วัฏจักรคาร์บอนเป็นกระบวนการถ่ายโอนคาร์บอนระหว่างพืช สัตว์ บรรยากาศ ก้อนหิน และมหาสมุทร โดยการหมุนเวียนคาร์บอนในระบบนิเวศน์ เนื่องจากสิ่งมีชีวิตทุกชนิดต้องมีคาร์บอนเป็นองค์ประกอบทางเคมี ซึ่งคาร์บอนไดออกไซด์เป็นวัตถุดิบสำคัญในกระบวนการสังเคราะห์ด้วยแสงของพืช กระบวนการสังเคราะห์ด้วยแสงนี้ พืชจะปลดปล่อยก๊าซออกซิเจนออกมาสู่บรรยากาศทำให้สัตว์ได้ใช้ออกซิเจนนี้ในการหายใจ การนำคาร์บอนไดออกไซด์มาใช้ในกระบวนการสังเคราะห์แสงของพืชจึงเป็นการลดก๊าซเรือนกระจกในชั้นบรรยากาศลงได้ ปัทมา วิตยากร และคณะ[2] ดินเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบนิเวศที่ช่วยหมุนเวียนและเก็บกักคาร์บอนไว้ไม่ให้ขึ้นสู่บรรยากาศในรูปก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์หรือมีเทน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะโลกร้อน ดินสามารถกักเก็บคาร์บอนรูปอินทรีย์ไว้ได้มากมากกว่าพืชพรรณกว่าสองเท่าตัว นอกจากนี้ยังมีศักยภาพที่จะเก็บกักคาร์บอนไว้ได้เพิ่มขึ้นอีก อ้างตาม อรรณพ พุทธโส[1] กลไกการกักเก็บคาร์บอนในดิน แบ่งออกเป็น 3 กลไกหลัก คือ 1) กลไกป้องกันทางกายภาพ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคาร์บอนในดินกับแร่ธาตุของดิน โดยคาร์บอนในดินได้รับการป้องกันไม่ให้จุลินทรีย์ทำหน้าที่ย่อยสลายหรือเอนไซม์เข้าถึงได้[2,3,5,6] กลไกเหล่านี้ป้องกันคาร์บอนในดินไว้ถึงประมาณครึ่งนึงของปริมาณคาร์บอนทั้งหมดในดิน โดยกลไกการป้องกันทางกายภาพเป็นอีกอันหนึ่งที่มีการศึกษาและเป็นกลไกประเภทห่อหุ้มอินทรียวัตถุไว้ ได้แก่ การเกิดเม็ดดิน 2) กลไกการป้องกันทางเคมี เป็นการป้องกันการเข้าย่อยสลายของจุลินทรีย์ในดินผ่านการเชื่อมยึดพันธะทางเคมีระหว่างอินทรียวัตถุในดินกับส่วนของอนุภาค 3) กลไกการป้องกันทางชีวภาพ ได้แก่ แบบจำลองการเกิดเม็ดดินที่แสดงถึง เม็ดดินขนาดใหญ่เกิดจากการรวมตัวกันของเม็ดดินขนาดเล็กกว่า โดยมีราก เส้นใยเชื้อรา สารประกอบที่ไม่คงทน เช่น สารโพลีแซกคาไรด์[1]

ดังนั้นการวางแผนการจัดการวัสดุอินทรีย์ที่เหลือทางภาคการเกษตรอย่างเหมาะสม จะทำให้ช่วยลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการเผาตอซัง หรือเผ่าเพื่อกำจัดวัชพืชหลังการเก็บเกี่ยวได้เป็นอย่างดี หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดการวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรโดยการไถกลบเพื่อให้เกิดกระบวนการย่อยสลาย ส่วนหนึ่งนอกจากจะช่วยปรับปรุงคุณสมบัติเบื้องต้นของดินแล้ว คาร์บอนบางส่วนที่ถูกปลดปล่อยออกมาจากกิจกรรมของจุลินทรีย์ในดินในระหว่างกระบวนการย่อยสลายจะถูกเก็บกักไว้ในดินไม่ปลดปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อม โดยจากการศึกษาของ ปัทมา วิตยากรและคณะ[2] เมื่อพิจารณาถึงการกักเก็บคาร์บอนในดินมักให้ความสนใจในส่วนของอินทรีย์คาร์บอน 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่เปลี่ยนแปลงง่าย ส่วนที่เปลี่ยนแปลงได้เล็กน้อย และส่วนที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก สอดคล้องกับ อรรณพ[1] โดยดินประกอบด้วยคาร์บอนทั้งในรูปอินทรีย์และอนินทรีย์ ความสมดุลระหว่างการใส่สารอินทรีย์หรือวัสดุอินทรีย์ลงสู่ดิน เมื่อมีการใส่สารอินทรีย์สู่ระบบดิน สิ่งมีชีวิตและจุลินทรีย์ที่อาศัยอยู่ในดินจะเข้าย่อยสลาย เกิดเป็นอินทรีย์คาร์บอนทั้งส่วนที่เป็นชิ้น ฮิวมัส และส่วนที่ต้านทานการสลายตัว กิตติมา ศิวอาทิตย์กุล[7] โดยทั่วไปคาร์บอนในดินส่วนใหญ่อยู่ในรูปของสารประกอบฮิวมัสซึ่งเป็นคาร์บอนที่เสถียร เนื่องจากมีโครงสร้างที่ซับซ้อนจึงย่อยสลายยาก และส่วนน้อยที่พบในรูปคาร์บอนอนินทรีย์ เช่น สารประกอบคาร์บอเนต คาร์บอนอินทรีย์ในดินเป็นส่วนที่เกิดการเปลี่ยนรูปได้ง่ายกว่าคาร์บอนในรูปสารอินทรีย์ ทำให้คาร์บอนอินทรีย์ในดินเปรียบเสมือนตัวควบคุมสมดุลการเปลี่ยนแปลงคาร์บอนในดิน ดังนั้น การจัดการคาร์บอนและเพิ่มอินทรีย์คาร์บอนในดินให้เหมาะสมจะช่วยลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการจึงต้องรู้ข้อมูลการกักเก็บและการสูญเสียคาร์บอนในดิน การใส่ปุ๋ยหมักช่วยกักเก็บคาร์บอน ส่วนการไถพรวนดินและการใช้ปุ๋ยเคมีจะทำให้ดินสูญเสียคาร์บอน ดินที่สูญเสียคาร์บอนมากกว่าที่กักเก็บได้ก็คือแหล่งปล่อยก๊าซเรือนกระจกนั่นเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการกักเก็บคาร์บอนในเม็ดดินภายหลังจากการใช้วัสดุอินทรีย์ต่างชนิดกันในดินเค็มเนื้อทราย เพื่อการอนุรักษ์ดินและน้ำ ที่มีผลต่อการจัดการดินปัญหา และการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจากสู่บรรยากาศ

วิธีการศึกษา

พื้นที่ศึกษาและการวางแผนงานทดลอง: ดำเนินการศึกษาในพื้นที่นาดินเค็ม บ้านงิ้วเก่า ตำบลโนนประดู่ อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา โดยวางแผนการทดลองแบบลุ่มบล็อกสมบูรณ์ (RCBD) แปลงทดลองขนาด 3 x 4 ม. มีจำนวน 6 กรรมวิธีทดลอง จำนวน 3 ซ้ำ ประกอบด้วย 1) ไม่ใส่อะไรเลย 2) ซากถั่วลิสง 3) ใบหญ้าแฝก 4) ฟางข้าว และ5) แกลบ ในอัตรา 1.6 ตันต่อไร่ ทำการเตรียมวัสดุอินทรีย์โดยสับเป็นท่อนเล็กให้มีขนาด 5-10 ซม. สำหรับถั่วลิสง หญ้าแฝก และฟางข้าว ทำการกำจัดวัชพืชในแปลงทดลองก่อนการใส่วัสดุอินทรีย์ และกำหนดพื้นที่สำหรับเก็บตัวอย่างดินบริเวณตรงกลางแปลงทดลองขนาด 2 x 2 ม. ใส่วัสดุอินทรีย์โดยโรยบริเวณผิวหน้าดินอย่างสม่ำเสมอแล้วกลบลงในดินลึกประมาณ 15 ซม. โดยมีการรบกวนดินน้อยที่สุด และเก็บตัวอย่างวัสดุอินทรีย์ส่วนหนึ่งสำหรับวิเคราะห์องค์ประกอบทางเคมี[8]

การกระจายขนาดและความเสถียรของเม็ดดิน ประยุกต์ใช้ตามวิธีของ พิมพันธ์ เจิมสวัสดิพงษ์[5] โดยใช้ตะแกรงร่อนในสภาพเปียก (wet sieving) เป็นการวิเคราะห์เม็ดดิน รวมถึงการวัดการกระจายขนาดของเม็ดดินขนาดต่างๆ ที่ทนทานต่อแรงปะทะของน้ำ

อินทรีย์คาร์บอนในดิน และเม็ดดินวิเคราะห์โดยวิธีสันดาปเปียก (wet oxidation) ตามวิธีการของ Walkley and Black โดยนำดิน

แห้งที่ร่อนผ่านตะแกรงขนาด 1 มม. ชั่งดิน 2 กรัม ทำปฏิกิริยากับ 0.5 N K2Cr2O7 ปริมาณ 10 มล. และ H2SO4 เข้มข้น 10 มล. หลังจากนั้นนำไป ไตเตรตกับ 0.5 N FeSO4[9]

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance) ของข้อมูลตามแผนการทดลองแบบสุ่มบล็อกสมบูรณ์ (RCBD) เปรียบเทียบความแตกต่างปัจจัยศึกษาโดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และสมการถดถอยโดยใช้ระบบโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

สมบัติดินเบื้องต้นก่อนการศึกษา และวัสดุอินทรีย์

ดินที่ใช้ในการศึกษาเป็นดินนาชุดดินกุลาร้องไห้ (Typic Natraqualfs) ดังแสดงใน Table 1 มีเนื้อดินบนเป็นดินร่วนปนทราย (Sandy loam) ซึ่งมีปริมาณอนุภาคขนาดทรายสูง (71.53 %) และอนุภาคขนาดดินเหนียวต่ำ ดินมีลักษณะทางกายภาพไม่เอื้ออำนวยต่อการเจริญเติบโตของดินมีความหนาแน่นรวมเท่ากับ 1.6 ก./ลบ.ซม. สมบัติทางเคมีดินมีสภาพเป็นกรดเล็กน้อย ค่าความเค็มของดินภายใต้อิทธิพลเกลือต่ำเท่ากับ 0.015 เดซิซีเมนส์/เมตร อีกทั้งมีปริมาณอินทรีย์วัตถุในดินเท่ากับ 2.46 กรัม/กก.

Table 1 Initial physical and chemical properties of topsoil (0-15 cm) at before organic residue incorporation

Soil properties	Mean values
Sand content (%)	71.53
Silt content (%)	24.34
Clay content (%)	4.13
Soil texture	Sandy loam
Bulk density (g/cm^3)	1.63
Soil pH (1:1, soil:H_2O)	6.50
EC (1:5, soil:H_2O) dS/m	0.015
Soil organic matter (g/kg)	2.46

ที่มา : กรมพัฒนาที่ดิน[9]

จากผลการศึกษาองค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์ทั้ง 5 ชนิด ได้แก่ ซากถั่วลิสง ใบหญ้าแฝก ฟางข้าว แกลบ และปุ๋ยคอก (Table 2) พบว่าองค์ประกอบทางเคมีของซากถั่วลิสง หญ้าแฝก ฟางข้าว แกลบ มีปริมาณคาร์บอนใกล้เคียงกันอยู่ในช่วง 309.80 – 342.40 ก./กก. เมื่อพิจารณาระหว่างวัสดุอินทรีย์ที่ได้จากพืชวงศ์ถั่ว และไม่ใช่วงศ์ถั่ว จะเห็นว่าวัสดุอินทรีย์ที่เป็นพืชวงศ์ถั่ว (ซากถั่วลิสง เท่ากับ 18.30 ก./กก.) มี ไนโตรเจนเป็นองค์ประกอบที่สูงกว่าวัสดุอินทรีย์ที่ไม่ใช่พืชวงศ์ถั่ว ซึ่งสามารถปลดปล่อยไนโตรเจนได้ทันทีที่ใส่ลงในดิน สำหรับปริมาณลิกนินซึ่งเป็นสารประกอบคาร์บอนที่ต้านทานต่อการสลายตัวมีค่าอยู่ในช่วง 27.20 ก./กก. (ฟางข้าว) ถึง 148.10 ก./กก. (แกลบ) ส่วนปริมาณเซลลูโลสมีค่าอยู่ระหว่าง 351.90 – 480.50 ก./กก. ปริมาณไนโตรเจนและคาร์บอนที่แตกต่างกันส่งผลให้อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจนของวัสดุอินทรีย์แต่ละชนิดแตกต่างกัน โดยต่ำสุดที่ซากถั่วลิสง (16.9) และสูงสุดที่แกลบ (51.6) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์แล้วจะเห็นว่ามีกลุ่มวัสดุอินทรีย์ที่ให้ไนโตรเจนสูง เช่น ซากถั่วลิสง และกลุ่มที่ให้คาร์บอนสูง เช่น หญ้าแฝก และกลุ่มที่มีสารต้านทานการย่อยสลายสูง เช่น แกลบ

และมีตัวแทนวัสดุที่น่าจะให้ธาตุอาหารได้เร็วที่สุด
คือ ปุ๋ยคอก เพราะว่าผ่านการย่อยสลายมาแล้ว

Table 2 Chemical compositions of organic residue locally available in Northeast Thailand

Organic residue	C	N	Lignin	Cellulose	C/N	Lignin/N
	.....g/kg.....					
Groundnut stover	310.20	18.30	90.20	374.50	16.9	4.9
Vetiver grass (leave)	342.40	9.90	66.60	351.90	34.6	6.7
Rice straw	325.10	7.70	27.20	425.10	42.2	3.5
Rice Husk	309.80	6.00	148.10	480.50	51.6	24.7
Cow manure	173.30	8.30	72.10	473.00	20.9	8.7

ที่มา : กรมพัฒนาที่ดิน [9]

ปริมาณการกระจายตัวของขนาดเม็ดดิน

จากผลการศึกษาการสลายตัวของวัสดุอินทรีย์ต่างชนิดกันในพื้นที่ หลังการใส่ลงไปในดินตลอดช่วงเวลา 1 ปี ดังแสดงใน Table 3 พบว่าเม็ดดินเกิดขึ้นจากการเกาะกลุ่มของอนุภาคดินและแยกตัวออกจากเม็ดดินข้างเคียง มีกระบวนการหลักสองประการคือ 1) การเกาะกลุ่มตกตะกอน (flocculation) ของอนุภาคดินเหนียว ซึ่งอาศัยแรงทางฟิสิกส์ จัดเป็นกระบวนการสร้าง (formation) และ 2) การเชื่อมยึดกัน (cementation) ระหว่างอนุภาคขนาดดินเหนียว ทรายแป้ง และทราย โดยมีสารเชื่อม (cementing agent) ทั้งที่เป็นสารอินทรีย์ และสารอนินทรีย์ จัดเป็นกระบวนการทำให้เม็ดดินมีเสถียรภาพ (stabilization)

Table 3 ปริมาณและการกระจายตัวขนาดเม็ดดินที่ 52 สัปดาห์หลังใส่วัสดุอินทรีย์

Treatment	Quantities of soil aggregate (g 100^{-1} g soil)				MWD (mm)
	LMa (>2 mm)	SMa (0.25-2 mm)	Mi (0.106-0.25 mm)	Particle (<0.106 mm)	
Control	2.26	1.49	30.40	62.65	0.185b
Groundnut stover	1.85	2.76	31.10	59.92	0.190b
Vetiver grass	4.25	3.41	31.23	56.67	0.314a
Rice straw	2.11	3.25	31.14	60.85	0.205b
Rice husk	2.88	3.41	28.71	58.75	0.240ab
Cow manure	3.43	1.49	30.02	59.98	0.248ab
SED	1.34ns	1.22ns	1.40ns	4.59ns	0.03*
C.V. (%)	58.69	56.80	5.65	9.41	41.78

LMa= large macroaggregate, SMa = small macroaggregate, Mi= microaggregate
SED = standard error of the difference. ns = not significantly different (p>0.05)

การสะสมคาร์บอนในเม็ดดิน

จากผลการศึกษา พบว่า ปริมาณอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินแต่ละขนาดในทุกวัสดุอินทรีย์ที่ใส่ลงไปในดิน ตลอดระยะเวลา 1 ปี ทุกวัสดุอินทรีย์มีการสะสมปริมาณคาร์บอนในดินที่มีความแตกต่างกัน โดยมีการสะสมคาร์บอนในเม็ดดินขนาดใหญ่ (>2 มิลลิเมตร) สูงสุดในปุ๋ยคอก (0.075 กรัม/กิโลกรัม) สำหรับเม็ดดินขนาดกลาง (0.25-2

มิลลิเมตร), เม็ดดินขนาดเล็ก (0.106-0.25 มิลลิเมตร) และเม็ดดินขนาด <0.106 มิลลิเมตร มีปริมาณการสะสมคาร์บอนในเม็ดดินสูงสุดในแกลบ (0.160, 0.111, 0.171 กรัม/กิโลกรัม ตามลำดับ) และทุกขนาดมีการสะสมคาร์บอนในเม็ดดินต่ำสุดในดินที่ไม่ได้ใส่วัสดุอินทรีย์ (Table 4)

Table 4 ปริมาณสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินที่ 52 สัปดาห์หลังใส่วัสดุอินทรีย์

Organic C in soil aggregate (g kg^{-1}soil)				
Treatment	**LMa**	**SMa**	**Mi**	**Particle**
	(>2 mm)	**(0.25-2 mm)**	**(0.106-0.25 mm)**	**(<0.106 mm)**
Control	0.018	0.030	0.021	0.054
Groundnut stover	0.035	0.043	0.023	0.113
Vetiver grass	0.066	0.066	0.027	0.137
Rice straw	0.030	0.057	0.035	0.160
Rice husk	0.062	0.160	0.111	0.171
Cow manure	0.075	0.079	0.036	0.091
SED	0.020ns	0.055ns	0.042ns	0.021ns
C.V. (%)	41.87	76.85	99.34	24.79

จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์กับปริมาณการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินแต่ละขนาดภายหลังใส่วัสดุอินทรีย์ไปแล้ว 52 สัปดาห์ (Table 5) พบว่า C/N มีสหสัมพันธ์กับปริมาณการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินขนาด <0.106 มิลลิเมตร (Particle) r= 0.6334* ซึ่งจัดเป็นกระบวนการสร้าง การเชื่อมยึดกันระหว่างอนุภาคขนาดดินเหนียวซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ต้องมีมาก่อนการเกิดเม็ดดิน (Table 5)

Table 5 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์กับปริมาณการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินแต่ละขนาดที่ 52 สัปดาห์หลังใส่วัสดุอินทรีย์

Organic C in soil aggregate (g kg-1soil)	**C**	**N**	**Lignin**	**Cellulose**	**C/N**	**Lignin/N**
LMa	-0.4210	-0.3470	0.2931	0.2554	-0.0055	0.3461
SMa	-0.0315	-0.4535	0.5675	0.4866	0.4943	0.6989*
Mi	0.0397	-0.4129	0.5664	0.4859	0.5276	0.6930*
Particle	0.4814	-0.3295	0.1428	0.0773	0.6334*	0.3140

สรุปและอภิปรายผล

องค์ประกอบทางเคมีของซากถั่วลิสง หญ้าแฝก ฟางข้าว แกลบ มีปริมาณคาร์บอนใกล้เคียงกันอยู่ในช่วง 309.80 – 342.40 ก./กก. เมื่อพิจารณาระหว่างวัสดุอินทรีย์ที่ได้จากพืชวงศ์ถั่วและไม่ใช่วงศ์ถั่ว จะเห็นว่าวัสดุอินทรีย์ที่เป็นพืชวงศ์ถั่ว (ซากถั่วลิสง เท่ากับ 18.30 ก./กก.) มีไนโตรเจนเป็นองค์ประกอบที่สูงกว่าวัสดุอินทรีย์ที่ไม่ใช่พืชวงศ์ถั่ว ซึ่งสามารถปลดปล่อยไนโตรเจนได้ทันทีที่ใส่ลงในดิน สำหรับปริมาณลิกนินซึ่งเป็นสารประกอบคาร์บอนที่ต้านทานต่อการสลายตัวมีค่าอยู่ในช่วง 27.20 ก./กก. (ฟางข้าว) ถึง 148.10 ก./กก. (แกลบ) ส่วนปริมาณเซลลูโลสมีค่าอยู่ระหว่าง 351.90 – 480.50 ก./กก. ปริมาณไนโตรเจนและคาร์บอนที่แตกต่างกันส่งผลให้อัตราส่วนคาร์บอนต่อไนโตรเจนของวัสดุอินทรีย์แต่ละชนิดแตกต่างกัน โดยต่ำสุดที่ซากถั่วลิสง (16.9) และสูงสุดที่แกลบ (51.6) เมื่อพิจารณา

องค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์แล้วจะเห็นว่ามีกลุ่มวัสดุอินทรีย์ที่ให้ไนโตรเจนสูง เช่น ซากถั่วลิสง และกลุ่มที่ให้คาร์บอนสูง เช่น หญ้าแฝก และกลุ่มที่มีสารต้านทานการย่อยสลายสูง เช่น แกลบ และมีตัวแทนวัสดุที่น่าจะให้ธาตุอาหารได้เร็วที่สุด คือ ปุ๋ยคอก เพราะว่าผ่านการย่อยสลายมาแล้ว[8]

ปริมาณอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินแต่ละขนาดในทุกวัสดุอินทรีย์ที่ใส่ลงไปในดิน ตลอดระยะเวลา 1 ปี ทุกวัสดุอินทรีย์มีการสะสมปริมาณคาร์บอนในดินที่มีความแตกต่างกัน โดยมีการสะสมคาร์บอนในเม็ดดินขนาดใหญ่ (>2 มิลลิเมตร) สูงสุดในปุ๋ยคอก (0.075 กรัม/กิโลกรัม) สำหรับเม็ดดินขนาดกลาง (0.25-2 มิลลิเมตร), เม็ดดินขนาดเล็ก (0.106-0.25 มิลลิเมตร) และเม็ดดินขนาด <0.106 มิลลิเมตร มีปริมาณการสะสมคาร์บอนในเม็ดดินสูงสุดในแกลบ (0.160, 0.111, 0.171 กรัม/กิโลกรัม ตามลำดับ) และทุกขนาดมีการสะสมคาร์บอนในเม็ดดินต่ำสุดในดินที่ไม่ได้ใส่วัสดุอินทรีย์ จากผลการศึกษาสอดคล้องกับ Gregorich et al.[10] รายงานว่า เม็ดดินขนาดเล็กที่ถูกรบกวนโครงสร้างโดยการบดหรือทำให้แตกหักส่งผลให้มีปริมาณคาร์บอนสูญหายไปในรูปก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มาก สะท้อนให้เห็นว่า เม็ดดินขนาดเล็กมีปริมาณคาร์บอนสะสมทั้งภายในและนอกโครงสร้างสูงกว่าเม็ดดินขนาดใหญ่ ดังนั้น เม็ดดินขนาดเล็กมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันคาร์บอนในดิน[1] โดยกลไกการกักเก็บคาร์บอนในดิน การเกิดเม็ดดินส่งผลต่อการสะสมอินทรียวัตถุในดิน[2,3,5,6] โดยการเกิดเม็ดดินมีความสัมพันธ์กับปริมาณคาร์บอนในดิน เกิดจากการเชื่อมยึดของอนุภาคดินกับคาร์บอนทำให้เกิดเม็ดดินที่มีขนาดแตกต่างกัน Tisdall and Oades[11] จากการศึกษาที่ผ่านมารายงานว่า เม็ดดินขนาดใหญ่เป็นโครงสร้างที่มีการป้องกันหรือรักษาคาร์บอนได้ต่ำกว่าเมื่อเทียบเม็ดดินที่มีขนาดเล็ก เช่น Beare et al.[12] ศึกษาถึงการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากกิจกรรมการเข้าย่อยสลายจุลินทรีย์ โดยทำการบดและไม่บดเม็ดดินเล็กและขนาดใหญ่เพื่อประเมินการสูญเสียคาร์บอนทั้งภายในและนอกโครงสร้างเม็ดดิน ผลการศึกษา พบว่า เม็ดดินขนาดใหญ่ที่ถูกบดมีปริมาณการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่าในเม็ดดินขนาดเล็ก ในขณะที่ Pulleman and Marinissen[13] ศึกษาปริมาณคาร์บอนที่สูญเสียในรูปก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างเม็ดดินขนาดเล็กและขนาดใหญ่ทั้งที่ได้รับการบดและไม่บด พบว่า การปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเม็ดดินขนาดเล็กเกิดขึ้นสูงกว่าเม็ดดินขนาดใหญ่มากถึง 3 - 4 เท่า

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์กับปริมาณการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินแต่ละขนาดภายหลังใส่วัสดุอินทรีย์ไปแล้ว 52 สัปดาห์ (Table 5) พบว่า C/N มีสหสัมพันธ์กับปริมาณการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินขนาด <0.106 มิลลิเมตร (Particle) r= 0.6334* ซึ่งจัดเป็นกระบวนการสร้าง การเชื่อมยึดกันระหว่างอนุภาคขนาดดินเหนียวซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ต้องมีมาก่อนการเกิดเม็ดดิน ซึ่ง สุรเชษฎ์ อร่ามรักษ์[6] กล่าวว่า เสถียรภาพเม็ดดินมีความสำคัญต่อการบำรุงรักษาทรัพยากรดินเพื่อการเกษตรยั่งยืน เนื่องจากเป็นสิ่งกำหนดขนาดและความต่อเนื่องของช่องทางสำหรับการแลกเปลี่ยนมวลและพลังงานระหว่างดินและสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อการกักเก็บและส่งผ่านของไหลในดิน (เช่น อากาศ และน้ำ) รวมถึงสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ นอกจากนี้ยังพบสหสัมพันธ์กับองค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์ Lignin/N กับปริมาณการสะสมอินทรีย์คาร์บอนในเม็ดดินขนาดกลาง (SMa) และเม็ดดินขนาดเล็ก (Mi) r= 0.6989* และ r= 0.6930* ตามลำดับ ซึ่งองค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์มีอีกสิ่งที่มีกลไกการป้องกันการย่อยสลายของกิจกรรมจุลินทรีย์ในดิน อรรณพ พุทธโส[1] กล่าวว่าความสัมพันธ์ระหว่างการป้องของคาร์บอนและไนโตรเจนในดินกับปริมาณอนุภาคขนาดทรายแป้งและขนาดดินเหนียว Feller and Beare[14] และ Hassink[15] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนของอินทรียวัตถุในดินกับเนื้อดินที่ระดับความลึก 0

– 10 เซนติเมตรจากผิวดิน พบว่า ปริมาณอนุภาคเดี่ยวที่มีขนาดเล็กกว่า 20 ไมครอน มีความสัมพันธ์กับปริมาณคาร์บอนในดินในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหวางคาร์บอนในส่วนของอนุภาคที่มีขนาดใหญ่กว่า 20 ไมครอน นอกจากนี้ ยังพบว่าดินที่ทำการเกษตรโดยเฉพาะในส่วนของอนุภาคดินที่มีขนาดใหญ่กว่า 20 ไมครอน มีปริมาณอินทรียวัตถุลดลงมากกว่าเมื่อเทียบปริมาณอินทรียวัตถุที่พบในส่วนของขนาดเล็กกว่า 20 ไมครอน ผลสะท้อนว่า ปริมาณอินทรียวัตถุในดินได้รับการป้องกันได้ดีในส่วนอนุภาคขนาดเล็กกว่า 20 ไมครอน จากการเข้าทำการย่อยสลายของจุลินทรีย์ในดิน ดินที่มีปริมาณอนุภาคขนาดทรายแป้งและขนาดดินเหนียวสูงส่งผลต่อการสร้างเม็ดดินทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ โดยสามารถป้องกันอินทรียวัตถุไว้ในดินได้ Tisdall and Oades[11]

สรุปผล

จากผลการศึกษาการใส่วัสดุอินทรีย์ที่มีองค์ประกอบทางเคมีต่างชนิดกัน พบว่า คาร์บอนสูงสุดในหญ้าแฝกและไนโตรเจนสูงสุดในซากถั่วลิสง สำหรับลิกนิน, เซลลูโลส คาร์บอนต่อไนโตรเจน และลิกนินต่อไนโตรเจน มีปริมาณสูงสุดในแกลบ ปริมาณการกระจายตัวของขนาดเม็ดดินขนาดใหญ่อยู่ระหว่าง 1.85 – 4.25 กรัม/กิโลกรัม, การกระจายของเม็ดดินขนาดกลางอยู่ระหว่าง 1.40 – 3.41 กรัม/กิโลกรัม, การกระจายตัวเม็ดดินขนาดเล็กมีค่าอยู่ระหว่าง 28.71 – 31.23 กรัม/กิโลกรัม และขนาดเม็ดดิน <0.106 มิลลิเมตร มีค่าอยู่ระหว่าง 58.75 – 62.65 กรัม/กิโลกรัม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ยเม็ดดินอยู่ระหว่าง 0.188 – 0.318 มิลลิเมตร การสะสมคาร์บอนในเม็ดดินแต่ละขนาด พบว่า ในเม็ดดินขนาดใหญ่ปุ๋ยคอกมีการสะสมสูงสุด ในขณะที่เม็ดดินขนาดกลาง ขนาดเล็กและขนาด <0.106 มิลลิเมตร พบการสะสมคาร์บอนสูงสุดในแกลบ ซึ่งจากองค์ประกอบทางเคมีข้างต้น พบว่าแกลบเป็นวัสดุอินทรีย์ที่มีปริมาณคาร์บอนประเภทที่ต้านทานการสลายตัวเป็นองค์ประกอบอยู่สูงเป็นส่วนใหญ่จะส่งเสริมต่อการเพิ่มศักยภาพในการกักเก็บคาร์บอนไว้ในดินได้ดี อีกทั้งยังพบสหสัมพันธ์ทางบวกในเม็ดดินที่มีขนาดเล็กกว่า <0.106 มิลลิเมตร กับอัตราส่วนคาร์บอน/ไนโตรเจน และเม็ดดินที่มีขนาดกลาง และขนาดเล็ก กับอัตราส่วนลิกนิน/ไนโตรเจน จากสหสัมพันธ์ดังกล่าว ชี้ว่า องค์ประกอบทางเคมีของวัสดุอินทรีย์ส่งผลให้มีปริมาณการสะสมคาร์บอนในเม็ดดินตั้งแต่ขนาด 0.25 - <0.106 มิลลิเมตรในดินสูง

กิตติกรรมประกาศ

ทุนวิจัยจากงบประมาณวิจัยประจำปี 2560 กรมพัฒนาที่ดิน ภายใต้แผนงานวิจัย การบูรณาการเทคโนโลยีเพื่อฟื้นฟูและพัฒนาการใช้ประโยชน์พื้นที่ดินเค็มบริเวณแอ่งโคราชและแอ่งสกลนคร

เอกสารอ้างอิง

1. อรรณพ พุทธโส. 2559. การกักเก็บคาร์บอนในดินตัวแทนหลักภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กลุ่มศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ทรัพยากรดิน กองสำรวจดินและวิจัยทรัพยากรดิน กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพฯ
2. ปัทมา วิตยากร วิทยา ตรีโลเกศ และชุลีมาศ บุญไทย อิวาย. 2554. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการจัดการเศษซากพืชในระบบทำฟาร์มเพื่อฟื้นฟูดินเสื่อมโทรมแบะเพิ่มการกักเก็บคาร์บอน. 211 หน้า.
3. ปัทมา วิตยากร. 2547ค. ความอุดมสมบูรณ์ของดินขั้นสูง. ภาควิชาทรัพยากรที่ดินและสิ่งแวดล้อม คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 423 หน้า
5. พิมพันธ์ เจิมสวัสดิพงษ์. 2549. สมบัติและสภาวะทางฟิสิกส์ของดิน. ขอนแก่น: ภาควิชาปฐพีศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
6. สุรเชษฎ์ อร่ามรักษ์. 2560. เสถียรภาพเม็ดดิน: การเกิด การพังทลาย และการประเมิน วารสารวิทยาศาสตร์เกษตร ปีที่ 48 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน.

7. กิตติมา ศิวอาทิตย์กุล. 2554. การสะสมคาร์บอนและการปลดปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในพื้นที่ปลูกหญ้าแฝกบางพันธุ์ กรณีศึกษา: จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. กรุงเทพฯ: กองวิจัยและพัฒนาการจัดการที่ดิน กรมพัฒนาที่ดิน.
8. ศกุนตลา สุภาสัย, วิทยา ตรีโลเกศ และอรรณพ พุทธโส. 2566. การใส่วัสดุอินทรีย์ต่างชนิดกันต่อรูปแบบการสลายตัวกิจกรรมจุลินทรีย์ และสมบัติดินบางประการในพื้นที่ได้รับอิทธิพลจากเกลือที่มีเนื้อดินหยาบ. วารสารแก่นเกษตร 51 ฉบับที่ 1: 187-209./doi:10.14456/kaj.2023.15.
9. กรมพัฒนาที่ดิน. 2553. คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการวิเคราะห์ตรวจสอบดินทางเคมี. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.
10. Gregorich, E.G., R.G. Kachanoski and R.P. Voroney. 1989. Carbon mineralization in soil size fractions after various amounts of aggregate disruption. Journal of Soil Science 40: 649-659.
11. Tisdall, J.M. and J.M. Oades. 1982. Organic matter and water stable aggregates in soil. Journal od Soil Science 33: 141-163.
12. Beare, M.H., M.L. Cabrera, P.F. Hendrix and D.C. Coleman. 1994. Aggregate-protected and unprotected organic matter pools in conventional – and no tillage soils. Soil Science Society of American Journal 58: 787-795.
13. Pulleman, M.M. and J.C.Y. Marinissen. 2001. Carbon mineralization as affected by natural aggregation in pasture versus arable soils, submitted.
14. Feller, C. and M.H. Beare. 1997. Physical control of soil organic matter dynamics in the tropics. Geoderma 79: 69-116.
15. Hassink, J. 1997. The capacity of soil to preserve organic C and N by their association with clay and silt particles. Plant and Soil 197: 77-87.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

Effects of a Group-Based Life Skills Promotion Program on Stress and Depression among Lower Secondary School Students in Banna District, Nakhon Nayok Province.

(Received: September 10, 2026; Revised: September 13, 2026 ; Accepted: September 19, 2026)

นพภัสสร วิเศษ[1] นิศารัตน์ วสยางกูร[2]
Noppussorn Wises[1] Nisarat Vasayangkoon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อ.บ้านนา จ.นครนายก จำนวน 64 คน สุ่มจับคู่เข้ากลุ่มทดลอง (n=32) แบ่งเป็นกลุ่มละ 8 คน เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ใน 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม (n=32) ได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ SPST-20, Thai PHQ-A และ STAI Y-2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา Chi-square, Fisher's exact, Pairwise McNemar's, Repeated Measures ANOVA และ Friedman test

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองมีสัดส่วนความเครียดที่ระดับสูงลดลงจากร้อยละ 44.4 เหลือร้อยละ 0.0 ในระยะหลังทดลองและติดตามผล ($p<.05$) ต่างจากกลุ่มควบคุมที่ยังพบในระดับสูง ร้อยละ 21.9 ในระยะติดตามผล ด้านภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.9 เป็นร้อยละ 96.9 หลังทดลอง และร้อยละ 87.5 ระยะติดตามผล ($p<.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.1 ในระยะติดตามผล ผล Repeated Measures ANOVA พบอิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มและเวลา (Group × Time Interaction) ต่อคะแนนเฉลี่ยความเครียดและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

คำสำคัญ: วัยรุ่นตอนต้น, ภาวะซึมเศร้า, ความเครียด, ทักษะชีวิต, กระบวนการกลุ่ม

Abstract

This quasi-experimental, two-group study aimed to examine the effects of a life skills promotion program utilizing a group process on stress and depression levels among lower secondary school students. Comparisons were made between experimental and control groups at pre-test, post-test, and a 4-week follow-up. The sample consisted of 64 lower secondary school students in Ban Na District, Nakhon Nayok Province. Participants were matched and assigned to either the experimental group (n=32; divided into subgroups of 8), which participated in the 8-session life skills program (90 minutes per session over 4 weeks), or the control group (n=32), which received standard care. Research instruments included the SPST-20, Thai PHQ-A, and STAI Y-2. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, Fisher's exact test, Pairwise McNemar's test, Repeated Measures ANOVA, and the Friedman test.

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ Corresponding Author
E- mail: Noppassornwishes @gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก Co – Corresponding Author

Results: In the experimental group, the proportion of students with high stress levels decreased from 44.4% to 0.0% at both post-test and follow-up (p<.05), whereas 21.9% of the control group still exhibited high stress levels at follow-up. Regarding depression, the proportion of students without depression in the experimental group increased from 21.9% to 96.9% at post-test and 87.5% at follow-up (p<.001); conversely, the control group showed an increase in moderate depression levels to 28.1% at follow-up. Repeated Measures ANOVA revealed a statistically significant interaction effect between group and time (Group × Time Interaction) on mean stress and depression scores (p<.001).

.**Keywords**: Adolescent, Depression, Stress Psychological, Adaptation Psychological, Group Processes

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนไทยทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสแรกของปี 2567 ระบุว่าเยาวชนมีภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.7 และมีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 18.3 โดยเฉพาะความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเรียนและความคาดหวังจากครอบครัว[1] อีกทั้งรายงานสภาวะทางอารมณ์วัยรุ่นไทย พ.ศ. 2568 โดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาเกือบร้อยละ 40 เผชิญความเครียดระดับสูงถึงรุนแรง และความแปรปรวนทางอารมณ์มีความเชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญกับสัมพันธภาพและบรรยากาศภายในครอบครัว[2] ในขณะที่ผลสำรวจระดับชาติในนักเรียนไทยอายุ 11-16 ปี จำนวน 4,089 คน ที่พบว่าร้อยละ 72.2 มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เพศหญิง ผลการเรียนต่ำ รายได้ครอบครัวน้อย และความคิด/พฤติกรรมทำร้ายตนเอง[3] เช่นเดียวกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเขตกรุงเทพมหานครกว่า 8,000 คน ยังคงพบภาวะเครียดทางจิตใจในสัดส่วนที่มีนัยสำคัญ[4] สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาดังกล่าวมิได้จำกัดอยู่เฉพาะพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งแต่เป็นปรากฏการณ์ที่แพร่หลายในกลุ่มวัยรุ่นไทยทั้งในเขตเมืองและชนบท ในบริบทพื้นที่อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างสะท้อนความเปราะบางเชิงโครงสร้างครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีบิดามารดาหย่าร้างกัน และร้อยละ 26.6 มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์การศึกษาปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นภายหลังบิดามารดาหย่าร้าง และมีแนวโน้มคงอยู่ต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่[5] เช่นเดียวกับการศึกษาในเด็กจีนพบว่าเด็กจากครอบครัวหย่าร้างมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมทำร้ายตนเองสูงกว่าเด็กในครอบครัวที่บิดามารดาแยกกันด้วยเหตุผลอื่น เช่น การย้ายถิ่นฐานเพื่อทำงาน[6] บ่งชี้ว่าโครงสร้างครอบครัวที่แตกแยกและความขัดแย้งภายในบ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลสะสมต่อการเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมของวัยรุ่นในระยะยาว[6]

จากสถานการณ์ดังกล่าว การส่งเสริมทักษะชีวิต (Life skills) ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 10 ประการ มุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถด้านการจัดการอารมณ์ การแก้ปัญหา การคิดวิเคราะห์ และการสื่อสารระหว่างบุคคล จึงเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่วัยรุ่น[7] ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยืนยันว่าโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตมีประสิทธิผลในการลดระดับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้อย่างต่อเนื่องในหลาย

บริบททางวัฒนธรรม[8] อย่างไรก็ตาม ประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อผสานเข้ากับกระบวนการกลุ่ม (Group process) อาศัยพลวัตของการรวมกลุ่มเป็นกลไกเสริมแรงทางจิตสังคม ตามแนวคิดพัฒนาการกลุ่ม 5 ระยะของ Tuckman และ Jensen[9] ได้แก่ ระยะก่อร่าง (forming) ระยะขัดแย้ง (storming) ระยะสร้างบรรทัดฐาน (norming) ระยะปฏิบัติงาน (performing) และระยะสิ้นสุด (adjourning) ประกอบกับปัจจัยเยียวยาของกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom และ Leszcz[10] โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cohesiveness) และการรับรู้ว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง (universality) ช่วยเปิดพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์และหนุนเสริมศักยภาพทางจิตใจของสมาชิกกลุ่มได้อย่างเป็นระบบ[10] แม้จะมีหลักฐาน เชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการกลุ่มในบริบทต่างประเทศ แต่การศึกษาลักษณะนี้ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นของไทย โดยเฉพาะในพื้นที่กึ่งชนบทกึ่งเมืองที่มีสัดส่วนครอบครัวที่อยู่ในภาวะเปราะบางค่อนข้างสูง ยังมีอยู่อย่างจำกัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
2. เพื่อสร้างองค์ความรู้และรูปแบบกิจกรรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนของสถานศึกษาที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ (Two-group pretest-posttest-follow-up design) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคมพ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ในปีการศึกษา 2568 จำนวน 148 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power[11] กำหนดสถิติ Repeated Measures ANOVA, Within-between interaction, ระดับนัยสำคัญ α = .05, Power (1 – β) = .80, Effect size f = 0.25 (ขนาดอิทธิพลปานกลาง) และ Correlation among repeated measures r = .50 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ รวม 28 คน ผู้วิจัยได้ทำการสำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อชดเชยการสูญหายของการติดตามผล (Attrition rate) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน รวมเป็น 64 คน คัดเลือกตัวอย่างโดยสุ่มและจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-Pair Assignment) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้านลักษณะทางประชากรและระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเริ่มต้น ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธี Matched-Pair Technique ดังนี้

1. นำนักเรียนจำนวน 64 คน มาประเมินคะแนนความเครียดเริ่มต้น (SPST-20) และจัดเรียงลำดับคะแนนจากสูงไปต่ำ
2. จับคู่นักเรียนที่มีคะแนนใกล้เคียงกัน เพศเดียวกันและระดับชั้นเดียวกัน ออกเป็นคู่ๆ (32 คู่)
3. ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการโยนเหรียญในแต่ละคู่ เพื่อสุ่มเลือกว่าคนใดจะเข้ากลุ่มทดลอง (Experimental Group, n=32) และคนใดจะเข้ากลุ่มควบคุม (Control Group, n=32)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ กำลังเรียนในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 12-15 ปี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชรุนแรงหรือโรคทางสมอง ไม่เคยเข้า

ร่วมโปรแกรมจิตวิทยาอื่นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อยู่ระหว่างการรักษา 2) ไม่สามารถข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบทักษะชีวิต 10 ประการของ WHO ผสานแนวคิดพัฒนาการกลุ่ม 5 ระยะของ Tuckman และ Jensen[9] และปัจจัยเยียวยาของ Yalom[10] จัดกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 (ระยะ forming) "รู้จักตนเองและเพื่อน" เพื่อสร้างสัมพันธภาพ กำหนดตกลงร่วมกัน และสร้างบรรยากาศความปลอดภัยทางอารมณ์ ครั้งที่ 2 (ระยะ storming/forming) "ฉันมีคุณค่า" เพื่อสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง (Self-awareness) และเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ครั้งที่ 3 (ระยะ storming/norming) "รู้เท่าทันอารมณ์" เพื่อสร้างการรับรู้และจัดการกับอารมณ์ตนเอง (Coping & Emotion regulation) ครั้งที่ 4 (ระยะnorming) "จัดการความเครียดได้" เพื่อฝึกการใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจัดการความเครียดเชิงบวก ครั้งที่ 5 (ระยะ performing) "การสื่อสารทางบวก" เพื่อพัฒนาการสื่อสารในเชิงสร้างสรรค์และสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครั้งที่ 6 (ระยะ performing) "คิดเป็นตัดสินใจเป็น" เพื่อฝึกการใช้การคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) และการตัดสินใจแก้ไขปัญหา (Problem solving) ครั้งที่ 7 (ระยะ performing): "ปฏิเสธไม่เสียสัมพันธภาพ" เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิเสธอย่างนุ่มนวลและการรับมือกับแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน และ ครั้งที่ 8 (ระยะ adjourning) "สะท้อนและปิดกลุ่ม" เพื่อสรุปการเรียนรู้ การวางแผนอนาคต และการประเมินการจากลา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ชั้นปีกำลังศึกษา ผลการเรียน (GPA) สถานภาพบิดามารดา สัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ใคร รายได้ครอบครัวเฉลี่ย เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายไปโรงเรียน ประวัติการเจ็บป่วยด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต การใช้สารเสพติด 2) แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ[12] เกณฑ์คะแนน 0–23 (เครียดน้อย), 24–41 (เครียดปานกลาง), 42–61 (เครียดสูง), และ 62 ขึ้นไป (เครียดรุนแรง) ค่าความเชื่อมั่น Alpha Cronbach's = .88 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai PHQ-A) แปลและพัฒนาโดย วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ[13] จำนวน 9 ข้อ ประเมินในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์คะแนน 0-4 (ไม่มี), 5-9 (เล็กน้อย), 10-14 (ปานกลาง), 15-19 (มาก), และ 20-27 (รุนแรง) ค่าความเชื่อมั่น Alpha Cronbach's = .84 4) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Y-2) พัฒนาโดย Spielberger[14] แปลไทยโดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และคณะ[15] จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์คะแนน 20-40 (ไม่มี), 41-60 (มีบ้าง), 61-70 (ค่อนข้างมาก), และ 71-80 (มากที่สุด) ค่าความเชื่อมั่น Alpha Cronbach's = .86

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า (IOC) เฉลี่ย 0.91 และทดลองใช้ (Try-out) กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 5 คน เพื่อปรับปรุงภาษาและเวลาทำกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ระยะก่อนการทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียด ซึมเศร้าและวิตกกังวล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน

2.ระยะดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที รวม 4 สัปดาห์ จัดในห้องกิจกรรมของโรงเรียนที่มีความเป็นส่วนตัว ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียน ได้แก่ กิจกรรมโฮมรูม กิจกรรมแนะแนวปกติ และการดูแลช่วยเหลือจากครูที่ปรึกษา

3. ระยะสิ้นสุดการทดลอง ประเมินแบบวัดชุดเดิมทันทีหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 4)

4. ระยะติดตามผล ประเมินแบบวัดชุดเดิมซ้ำเมื่อครบ 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = .05 มีรายละเอียดแต่ละส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test (สำหรับตัวแปรจัดหมวดหมู่) และ Independent t-test (สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง) เพื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างในระยะเริ่มต้น (Baseline Equivalence)

2. การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลเชิงกลุ่ม (Categorical Data Analysis

- วิเคราะห์การแจกแจงความถี่และร้อยละในแต่ละระดับ เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงเชิงสัดส่วนระหว่างระยะเวลา (T_0 vs T_1 vs T_2) ด้วยสถิติ non-parametric Friedman Test สำหรับข้อมูลอันดับ ordinal level และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Pairwise McNemar's Test หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test

- เปรียบเทียบสัดส่วนของแต่ละระดับความรุนแรงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะเวลา ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม (Within-group trend over time) ด้วยสถิติ Friedman Test

3.การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด (SPST-20) และภาวะซึมเศร้า (Thai PHQ-A) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Between-subject factor: Group) และระหว่างระยะเวลา 3 ระยะ (Within-subject factor: Time: Pre, Post, Follow-up)

- ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยทดสอบความโค้งมนของความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (Sphericity Assumption) ด้วย Mauchly's Test of Sphericity หากละเมิดข้อตกลง ($p < .05$) จะทำการปรับค่าองศาเสรี (Degrees of freedom) ด้วยสถิติ Greenhouse-Geisser correction

- วิเคราะห์เปรียบเทียบผล Main Effect ของปัจจัยด้านกลุ่ม (Group) ปัจจัยด้านเวลา (Time) และอิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มกับเวลา (Group × Time Interaction Effect) หากพบอิทธิพลร่วม (Interaction Effect) อย่างมีนัยสำคัญ จะทำการทดสอบผลย่อย (Simple Main Effects) และเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise Comparisons) ด้วยการปรับค่าความน่าจะเป็นแบบ Bonferroni adjustment

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก รหัสรับรอง NPHO 2025-011 วันที่ 26 มีนาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน มีเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 50.0) อายุเฉลี่ย 13.72 ± 0.88 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 46.9) ผลการเรียนเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 1.51-2.00 มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) ด้านบริบทครอบครัว พบว่า ร้อยละ 50.0 มีบิดามารดาหย่าร้างกัน (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 56.2, กลุ่มควบคุมร้อยละ 43.8) และร้อยละ 26.6 มีความขัดแย้ง/ทะเลาะในครอบครัว (กลุ่มทดลองพบความขัดแย้งร้อยละ 40.6 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัมพันธภาพดีร้อยละ 87.5) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 13,303.12 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 95.3) การทดสอบ Baseline Equivalence พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยพื้นฐานส่วนใหญ่ ยกเว้นสัมพันธภาพในครอบครัวและการเคยใช้สารเสพติด ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นตัวแปรควบคุมในการวิเคราะห์ถัดไป

2. ผลการศึกษาระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และ ความวิตกกังวล ในกลุ่มทดลอง โดยวิเคราะห์
ด้วยสถิติ Friedman Test ทดสอบครอบคลุมทั้ง 3 ระยะเวลา พบว่า ระดับความเครียดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอด 3 ระยะ (χ^2 = 28.45, p < .001) โดยสัดส่วนของผู้ที่มีความเครียดระดับสูงลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 32.81 ในระยะก่อนทดลอง เหลือร้อยละ 17.19 หลังทดลอง และเหลือเพียงร้อยละ 10.94 ในระยะติดตามผล ขณะที่ความเครียดระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82.81 ในระยะติดตามผล

ระดับภาวะซึมเศร้าภาพรวม มีการเปลี่ยนแปลงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 22.18, p < .001) โดยสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.50 ในระยะก่อนทดลอง เป็นร้อยละ 60.94 ในระยะหลังทดลอง และร้อยละ 53.13 ในระยะติดตามผลขณะที่ผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ลดลงจากร้อยละ 14.06 เหลือเพียงร้อยละ 1.56 ในระยะติดตามผล

ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับวิตกกังวลบ้าง เกือบทั้งหมด ในระยะก่อนและหลังทดลอง แต่ในระยะติดตามผลพบการกระจายตัวสู่กลุ่มไม่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.19 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงเวลานี้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 15.32, p = .002)

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Between-group comparison) ในระยะก่อนทดลองไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p = .538) แสดงถึงความเท่าเทียมกันเริ่มต้นหลังได้รับการทดลองกลุ่มทดลองมีสัดส่วนความเครียดระดับสูงลดลงเหลือร้อยละ 0.0 ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังทดลอง (p < .001) และระยะติดตามผล (p = .015) ซึ่งกลุ่มควบคุมยังคงพบผู้มีความเครียดระดับสูงถึงร้อยละ 40.7 และ 21.9 ตามลำดับ

4. ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างเด่นชัด จากเดิมที่มีระดับปานกลางและมาก รวมกันร้อยละ 50.00 เปลี่ยนเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 96.87 ในระยะหลังทดลอง และร้อยละ 87.50 ในระยะติดตามผล โดยไม่พบระดับปานกลางและมาก (ร้อยละ 0.0) ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้าลดลงต่อเนื่อง

จากร้อยละ 53.12 เหลือร้อยละ 18.75 ในระยะติดตามผล ขณะที่ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.12 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังทดลองและระยะติดตามผลมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.001$)

5. ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 อยู่ในระดับวิตกกังวลบ้าง ในระยะติดตามผล กลุ่มควบคุมเปลี่ยนไปสู่ระดับไม่มีความวิตกกังวลร้อยละ 34.37 ขณะที่กลุ่มทดลองอยู่ที่ระดับวิตกกังวลบ้าง (ร้อยละ 96.87) ส่งผลให้มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตามผล ($p = .001$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานหลักของการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ Repeated Measures ANOVA สำหรับคะแนนเฉลี่ยความเครียด (SPST-20) และภาวะซึมเศร้า (Thai PHQ-A) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยความเครียด การทดสอบ Mauchly's Test of Sphericity พบว่าข้อมูลละเมิดข้อตกลง Sphericity ($p < .05$) จึงปรับองศาเสรีด้วย Greenhouse-Geisser correction ($\varepsilon = 0.78$) ผลการวิเคราะห์พบว่า มีอิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.56, 96.72) = 24.81$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .286$) แสดงว่าแบบแผนการเปลี่ยนแปลงคะแนนความเครียดตามช่วงเวลาของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน เมื่อทดสอบผลย่อย (Simple Main Effect) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงจากระยะก่อนทดลอง ($M = 40.12$, $SD = 8.45$) มาอยู่ที่ระยะหลังทดลอง ($M = 27.34$, $SD = 5.12$) และระยะติดตามผล ($M = 28.10$, $SD = 4.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์พบว่า มีอิทธิพลร่วมระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติเช่นเดียวกัน ($F(2, 124) = 38.64$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .384$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมากจากก่อนทดลอง ($M = 11.25$, $SD = 4.12$; ระดับซึมเศร้าปานกลาง) เหลือเพียง ($M = 2.15$, $SD = 1.34$) ในระยะหลังทดลอง และ ($M = 3.02$, $SD = 1.68$) ในระยะติดตามผล (ระดับไม่มีซึมเศร้า) ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีประสิทธิผลในการลดระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และคงผลลัพธ์ได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอภิปรายเชิงทฤษฎีและเชิงประจักษ์ได้ดังนี้

1. กลไกเชิงบูรณาการระหว่างทักษะชีวิตและกระบวนการกลุ่มความสำเร็จของโปรแกรมมิได้เกิดจากเนื้อหาทักษะชีวิตของ WHO[7] เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการนำทักษะผ่านกระบวนการกลุ่ม 5 ระยะของ Tuckman[9] และปัจจัยเยียวยาของ Yalom[10] ในช่วงระยะ Forming และ Storming (กิจกรรมที่ 1-3) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีบิดามารดาหย่าร้าง และร้อยละ 26.6 มีความขัดแย้งในครอบครัว เมื่อ ได้รับการเปิดพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ การแบ่งปันประสบการณ์ในกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยเยียวยาด้านการรับรู้ว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพัง (Universality) ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความแปลกแยก (Stigma) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammadzadeh และคณะ[16] ที่พบว่าการฝึกทักษะชีวิตผ่านกลุ่มช่วยยกระดับ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสุขภาพจิตของวัยรุ่นกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีนัยสำคัญ

2. การปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรมและการคงอยู่ของผลลัพธ์ ในระยะ Norming และ Performing (กิจกรรมที่ 4-7) นักเรียนได้ฝึกทักษะการจัดการความเครียด การคิดวิเคราะห์ และทักษะปฏิเสธ การฝึกปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มทำให้เกิดปัจจัยความผูกพันภายในกลุ่ม (Group Cohesiveness) การประเมินและปรับพฤติกรรมระหว่างกัน (Interpersonal Learning) ส่งผลให้กลุ่มทดลองไม่มีผู้มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมากหลงเหลืออยู่ในระยะหลังทดลองและติดตามผล ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาทดลองแบบสุ่มของ Dapari และคณะ[17] ในวัยรุ่นโรงเรียนประจำ ที่พบว่าการส่งเสริมทักษะจิตสังคมเชิงพฤติกรรมสามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากวัยรุ่นเกิดการซึมซับทักษะ (Skill internalisation) นำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

3. การเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติพบแนวโน้มภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.37 เป็นร้อยละ 28.12 ในระยะติดตามผล อธิบายได้ด้วยงานวิจัย ของ Tullius และคณะ[5] และการศึกษาของ Wang และคณะ[6] ซึ่งระบุว่าความเครียดสะสมจากโครงสร้างครอบครัวที่แตกแยกและความขัดแย้งในครอบครัวส่งผลลบต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง การดูแลตามปกติในโรงเรียนอาจไม่เพียงพอต่อการจัดการทางอารมณ์ของเด็กกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมทักษะชีวิตร่วมกับกระบวนการกลุ่มจึงเปรียบเสมือนเกราะคุ้มกันทางจิตวิทยา (Psychological buffer) ที่ช่วยยับยั้งการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าในอนาคต[3, 8]

โปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตโดยบูรณาการเข้ากับกระบวนการกลุ่มและปัจจัยเยียวยาทางจิตวิทยาสามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในนักเรียนกลุ่มเสี่ยงได้ และคงผลต่อเนื่องในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ อย่างมีประสิทธิผล

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การศึกษานี้ดำเนินการในโรงเรียนแห่งเดียวในอำเภอบ้านนา ทำให้การอ้างอิงผลสู่ประชากรบริบทเมืองอาจมีข้อจำกัด

2) ระยะเวลาติดตามผล 4 สัปดาห์ อาจยังไม่ครอบคลุมการประเมินผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว (Long-term retention) เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1) สถานศึกษาสามารถนำคู่มือโปรแกรมนี้ไปจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรสำหรับนักเรียนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเปราะบางได้

2) ทีมสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน ช่วยสนับสนุนการฝึกอบรมทักษะการจัดกระบวนการกลุ่ม (Group Facilitator) เพื่อสร้างระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนร่วมกับโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2567). รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี 2567 [Internet]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/download/รายงานภาวะสังคมไทยไตรม-3/
2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2568). รายงานผลการสำรวจภาวะอารมณ์ของวัยรุ่นไทย ปี 2568 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก mahidol.ac.th วัยรุ่นไทย.pdf

3. โสภา ชอยโชติ, วิลเลียม ดับเบิลยู. เฮลที่ 3, จินตนา ศรายุทธพิทักษ์, กมลวรรณ ตั้งธนกานนท์. (2023). การศึกษาแบบภาคตัดขวางเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย. *วารสารสังคมศาสตร์เกษตรศาสตร์* 2023; 44 (2): 509–516.
4. Thanachoksawang C, Arphorn S, Jarupat Maruo S, Punneng S, Ishimaru T, Bangkadanara G. Psychological distress among high school students in Bangkok, Thailand. Health Psychol Res. 2024;12:120045. doi: 10.52965/001c.120045.
5. Tullius JM, De Kroon MLA, Almansa J, Reijneveld SA. Adolescents' mental health problems increase after parental divorce, not before, and persist until adulthood: A longitudinal TRAILS study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022;31(6):969–78.) https://doi.org/10.1007/s00787-020-01715-0
6. Wang F, Lu J, Lin L, Cai J, Xu J, Zhou X. Impact of parental divorce versus separation due to migration on mental health and self-injury of Chinese children: a cross sectional survey. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2021;15(1):71.
7. World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools. 2nd rev ed. Geneva: World Health Organization; 2020.
8. Sherif Y, Azman AZF, Awang H, Mokhtar SA, Mohammadzadeh M, Alimuddin AS. Effectiveness of life skills intervention on depression, anxiety and stress among children and adolescents: a systematic review. Malays J Med Sci. 2023;30(3):42–59.
9. Tuckman BW, Jensen MA. Stages of small-group development revisited. Group Organ Stud. 1977;2(4):419–27.
10. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 6th ed. New York: Basic Books; 2020.
11. 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.
12. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Tapanya P. The construction of Suanprung Stress Test for Thai population. Chiang Mai: Suanprung Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 1997.
13. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadakul R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. Int J Child Dev Ment Health. 2020;8(1):1–10.
14. Spielberger CD, Sydeman SJ. State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In: Maruish ME, editor. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1994. p. 292–321.
15. Eamsupasit S, Nontasak T, Barry J. The development of Thai State-Trait Anxiety Inventory for Children. Bangkok: Chulalongkorn University; 1992.
16. Mohammadzadeh M, Awang H, Kadir Shahar H, Ismail S. Improving emotional health and self-esteem of Malaysian adolescents living in orphanages through Life Skills Education program: A multi-centre randomized control trial. PLoS One. 2020;14(12):e0226606.
17. Dapari R, Mohamad Bashaabidin MS, Hassan MR, Che Dom N, Syed Abdul Rahim SS, Wan Mahiyuddin WR. Health education module based on Information–Motivation–Behavioural Skills (IMB) for reducing depression, anxiety, and stress among adolescents in boarding schools: A clustered randomised controlled trial. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(22):15362.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Influencing Access to Dental Services among Diabetic Patients in Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: September 10, 2026; Revised: September 13, 2026 ; Accepted: September 21, 2026)

ณิชา เขียวฤทธิ์[1]
Nicha Khiaorit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความเชื่อด้านทันตสุขภาพ และระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม และ (2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพิปูน จำนวน 204 คน จากประชากร 1,732 คน สุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน รวม 59 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ .907 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.12 อายุเฉลี่ย 61.34 ปี (*SD* = 10.845) และใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 78.92 แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M* = 3.93, *SD* = 0.502) ความเชื่อด้าน ทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.66, *SD* = 0.656) และการเข้าถึงบริการทันตกรรมอยู่ในระดับสูง (*M* = 4.16, *SD* = 0.503) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 4 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (β = .387) ด้านการประเมินผล (β = .381) ด้านการช่วยเหลือ (β = .212) และสิทธิประกันสังคม (β = -.108) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 55.1 (Adjusted R^2 = .551, $F(4, 199) = 63.325$, $p < .001$)

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการทันตกรรม, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to (1) examine levels of social support, dental health beliefs, and access to dental services, and (2) examine factors influencing access to dental services among diabetic patients in Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample comprised 204 diabetic patients in the catchment area of Phipun Hospital, drawn from a population of 1,732 by systematic random sampling. The instrument was a four-part, 59-item questionnaire with an overall Cronbach's alpha of .907, analysed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

Results showed that most participants were female (69.12%) with a mean age of 61.34 years (*SD* = 10.845) and 78.92% held Universal Coverage Scheme entitlement. Social support was at a high level overall (*M* = 3.93, *SD* = 0.502), dental health beliefs were at a moderate level (*M* = 3.66, *SD* = 0.656), and access to dental services was at a high level (*M* = 4.16, *SD* = 0.503). Four variables significantly influenced access: emotional support (β = .387), appraisal support (β = .381), instrumental support (β = .212), and Social Security Scheme entitlement (β = -.108), jointly explaining 55.1% of the variance (Adjusted R^2 = .551, $F(4, 199) = 63.325$, $p < .001$).

Keywords: Access to dental services, Social support, Dental health beliefs, Diabetic patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ผู้ป่วยจึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเป็นเวลานาน และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนของ

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

หลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อม และปลายประสาทเสื่อม และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด[1] รายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติระบุว่าในปี ค.ศ. 2024 มีผู้ใหญ่อายุ 20 ถึง 79 ปี เป็นโรคเบาหวาน 589 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของประชากรกลุ่มอายุดังกล่าว หรือประมาณ 1 ใน 9 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 853 ล้านคน หรือร้อยละ 13.0 ในปี ค.ศ. 2050 โดยมีผู้ป่วย 252 ล้านคนที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว[2] ในบรรดาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวาน โรคปริทันต์อักเสบเป็นภาวะที่ได้รับความสนใจน้อยกว่าที่ควร ทั้งที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง[3]

สถานการณ์ในประเทศไทยมีทิศทางเดียวกัน การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 ปี พ.ศ. 2567 ถึง 2568 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 10.6 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.5 ในการสำรวจครั้งก่อน[4] ขณะเดียวกัน สุขภาพช่องปากของคนไทยยังเป็นปัญหาที่พบในสัดส่วนสูง ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พบว่ากลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ถึง 44 ปี มีการสูญเสียฟันร้อยละ 83.9 เฉลี่ย 3.5 ซี่ต่อคน และมีโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 32.6 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มวัย[5] อย่างไรก็ตาม การใช้บริการทันตกรรมของคนไทยกลับอยู่ในระดับต่ำและแทบไม่เปลี่ยนแปลงตลอด 10 ปี โดยสัดส่วนของประชากรที่ใช้บริการทันตกรรมในรอบ 12 เดือน อยู่ระหว่างร้อยละ 8.4 ถึง 11.5 ในช่วงปี พ.ศ. 2560 ถึง 2569[6] หมายความว่าในแต่ละปีมีคนไทยเพียงประมาณหนึ่งในสิบเท่านั้นที่ได้เข้ารับบริการ ความไม่สอดคล้องระหว่างภาระโรคในช่องปากที่สูงกับการใช้บริการที่ต่ำ บ่งชี้ว่าปัญหาไม่ได้อยู่ที่ความจำเป็นทางทันตกรรม แต่อยู่ที่การเข้าถึงบริการ[7]

อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นอำเภอขนาดเล็กทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของจังหวัด ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยบริการทันตกรรมของอำเภอกระจุกตัวอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก ข้อมูลจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขแสดงว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพิปูนเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 319 รายในปีงบประมาณ 2566 เป็น 359 รายในปีงบประมาณ 2568 ขณะที่ความครอบคลุมของการได้รับบริการทันตกรรมยังอยู่ในระดับต่ำและผันผวนระหว่างร้อยละ 13.46 ถึง 30.36 ในช่วงเวลาเดียวกัน เฉพาะปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม 109 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.36[8] หมายความว่าผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่เกือบเจ็ดในสิบไม่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปี ทั้งที่กรมอนามัยกำหนดให้การได้รับบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวานเป็นตัวชี้วัดที่ติดตามเป็นรายปีในระบบรายงานระดับประเทศ[9] ความผันผวนของอัตราความครอบคลุมในแต่ละปียังบ่งชี้ว่าการได้รับบริการอาจขึ้นกับปัจจัยเชิงระบบ เช่น การจัดหน่วยบริการเชิงรุกในชุมชน มากกว่าการเข้าถึงบริการอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยเอง[8]

เพรชอว์ และคณะ (Preshaw et al.) รายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่าประชากรทั่วไปประมาณสามเท่า และระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคอย่างเป็นลำดับ กลไกทางชีวภาพอธิบายได้ว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังรบกวนการทำงานของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil) กระตุ้นการสร้างสารสื่ออักเสบ และเกิดการสะสมของผลิตภัณฑ์ปลายทางของไกลเคชัน (advanced glycation end products) ในเนื้อเยื่อปริทันต์ เนื้อเยื่อจึงตอบสนองต่อการอักเสบรุนแรงและซ่อมแซมตัวเองได้ช้ากว่าปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงยังมีภาวะไตวายระยะสุดท้ายและความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก

โรคหัวใจและไตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงถึงสามเท่า[3] ที่สำคัญคือปัญหานี้จัดการได้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ ซิมป์สัน และคณะ (Simpson et al.) ในฐานข้อมูลคอเครน (Cochrane) จากการทดลองแบบสุ่ม 35 เรื่อง ผู้เข้าร่วม 3,249 คน พบว่าการรักษาโรคปริทันต์อักเสบด้วยการขูดหินน้ำลายใต้เหงือกลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลงร้อยละ 0.43 เมื่อผ่านไป 3 ถึง 4 เดือน[10]

การที่ผู้ป่วยไม่ไปรับบริการไม่ได้หมายความว่าไม่มีบริการให้ใช้ แนวคิดของ เพนแชนสกี และโทมัส (Penchansky & Thomas) เสนอว่าการเข้าถึงเป็นแนวคิดรวมที่อธิบายความสอดคล้องระหว่างผู้รับบริการกับระบบบริการ 5 มิติ ได้แก่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวกในการเข้ารับบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ[7] กรอบนี้ถูกนำมาใช้ศึกษาในบริบทไทยแล้วและให้ผลไปในทิศทางเดียวกัน โดย มารุต ภู่พะเนียด และ ณปภา ประยูรวงษ์ พบว่าการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี 1,225 คน อยู่ในระดับปานกลางทุกด้านทั้ง 5 มิติ[11] เช่นเดียวกับ เพิ่มรัตนะ สรีระเทวิน ที่ศึกษาผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 361 คน แล้วพบระดับปานกลาง โดยด้านความเพียงพอของบริการมีคะแนนต่ำสุด[12] สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ รัฐติภรณ์ ลีทองดี และคณะ รายงานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากทั้งสามแหล่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ[13] ส่วน ศิริประภา ชูทอง และคณะ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการรับรู้อุปสรรคและอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 47.60[14]

แม้มีหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมทันตสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน แต่งานที่ใช้การเข้าถึงบริการทันตกรรมเป็นตัวแปรตามโดยตรงยังมีอยู่อย่างจำกัด ช่องว่างทางวิชาการจึงอยู่ใน 3 มิติที่เชื่อมโยงกัน คือ (1) งานที่ใช้กรอบการเข้าถึงบริการ 5 มิติเป็นตัวแปรตามส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุหรือประชากรทั่วไป ไม่ใช่ผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ (2) งานที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานโดยตรงยังใช้ตัวแปรตามที่แตกต่างกัน ทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและความตั้งใจเข้ารับบริการ ซึ่งเป็นคนละสิ่งกับการเข้าถึงบริการที่เกิดขึ้นจริง ส่วนงานที่ใช้การเข้าถึงบริการทันตกรรมเป็นตัวแปรตามในผู้ป่วยเบาหวานยังมีน้อย ดังเช่นงานของ ปิยะนุช วิรัตน์เกษ[15] และ (3) งานที่มีอยู่ดำเนินการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือเป็นหลัก ยังไม่พบงานที่ศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านทันตสุขภาพต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทอำเภอชนบทภาคใต้ การวิจัยครั้งนี้จึงใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการวางแผนพัฒนาระบบบริการ ทันตกรรมให้ตรงกับปัจจัยที่มีอิทธิพลจริงในพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความเชื่อด้านทันตสุขภาพ และระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการ ทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล พิปูน อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2568 จำนวน 1,732 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7[16] เลือกการทดสอบเป็นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้น กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง f^2 = 0.15 ระดับนัยสำคัญ α = .05 อำนาจการทดสอบ 1-β = .95 และจำนวนตัวแปรพยากรณ์ 14 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 194 คน เก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 5 เพื่อชดเชยแบบสอบถามที่อาจไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 204 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้ทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานในระบบสารสนเทศโรงพยาบาลของโรงพยาบาลพิปูน ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เป็นกรอบการสุ่ม จัดเรียงรายชื่อตามลำดับพจนานุกรมไทยและกำหนดหมายเลขลำดับตั้งแต่ 1 ถึง 1,732 คำนวณช่วงของการสุ่มจากจำนวนประชากรหารด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 8.49 สุ่มเลขเริ่มต้นระหว่าง 1 ถึง 8 ได้เลข 2 จึงเลือกผู้ป่วยลำดับที่ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่างรายแรก แล้วเลือกรายถัดไปตามช่วงของการสุ่มจนครบ 204 คน เกณฑ์คัดเข้าคือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในเขตพื้นที่ดังกล่าว สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออกคือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ และไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน รวม 59 ข้อ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และการรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนที่ 2 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ พัฒนาตามแนวคิดของ เฮาส์ (House)[17] ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผลในการบริการสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่อด้านทันตสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ พัฒนาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก (Rosenstock)[18] ส่วนที่ 4 แบบวัดการเข้าถึงบริการทันตกรรม จำนวน 20 ข้อ พัฒนาตามแนวคิด 5 มิติของ เพนแชนสกี และ โทมัส[14] ด้านละ 4 ข้อ

แบบวัดส่วนที่ 2 ถึง 4 เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ เบสท์ (Best) โดยใช้ความกว้างของอันตรภาคชั้น 1.33[19] กำหนดค่าเฉลี่ย 3.68 ถึง 5.00 หมายถึงระดับสูง 2.34 ถึง 3.67 หมายถึงระดับปานกลาง และ 1.00 ถึง 2.33 หมายถึงระดับต่ำ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 ทุกข้อ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ 0.50 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .829 แบบวัดความเชื่อด้านทันตสุขภาพเท่ากับ .755 แบบวัดการเข้าถึงบริการทันตกรรมเท่ากับ .885 และทั้งฉบับเท่ากับ .907 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกส่วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression) ตัวแปรอิสระเชิงแนวคิด 14 ตัวแปร แปลงตัวแปรเชิงกลุ่มเป็นตัวแปรหุ่น จึงมีตัวแปรพยากรณ์ที่นำเข้าสมการ 21 ตัวแปร ก่อนวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่าค่า

Variance Inflation Factor อยู่ระหว่าง 1.014 ถึง 1.505 ซึ่งน้อยกว่า 10 ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.665 ถึง 0.986 ซึ่งมากกว่า 0.10 และค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.032 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงพหุและความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ NSTPH 83/2568 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 204 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 141 คน คิดเป็นร้อยละ 69.12 อายุระหว่าง 61 ถึง 70 ปีมากที่สุด 76 คน คิดเป็นร้อยละ 37.25 อายุเฉลี่ย 61.34 ปี (*SD* = 10.845) มีสถานภาพสมรส 131 คน คิดเป็นร้อยละ 64.22 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 89 คน คิดเป็นร้อยละ 43.63 มีคู่สมรสเป็นผู้ช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 53.92 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 35.78 ใช้สิทธิบัตรทองหรือบัตร 30 บาท 161 คน คิดเป็นร้อยละ 78.92 มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 6 กิโลเมตร 86 คน คิดเป็นร้อยละ 42.16 และเคยรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 131 คน คิดเป็นร้อยละ 64.22

ตอนที่ 2 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M* = 3.93, *SD* = 0.502) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูง 3 ด้าน และระดับปานกลาง 1 ด้าน โดยด้านอารมณ์ในการบริการสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 4.18, *SD* = 0.554) รองลงมาคือด้านการประเมินผลในการบริการสุขภาพ (*M* = 4.14, *SD* = 0.689) และด้านข้อมูลข่าวสารในการบริการสุขภาพ (*M* = 3.78, *SD* = 0.692) ส่วนด้านการช่วยเหลือในการบริการสุขภาพเป็นด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (*M* = 3.63, *SD* = 0.735)

ตอนที่ 3 ระดับความเชื่อด้านทันตสุขภาพ

ความเชื่อด้านทันตสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.66, *SD* = 0.656) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับสูง 6 ข้อ และระดับปานกลาง 4 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความเชื่อว่าสุขภาพฟันที่ไม่ดีมีผลต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน (*M* = 4.39, *SD* = 0.850) รองลงมาคือความเชื่อว่าโรคในช่องปากเป็นปัญหาสำคัญเท่ากับปัญหาสุขภาพอื่น (*M* = 4.22, *SD* = 0.896) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความเชื่อว่าฟันทุกซี่มีอายุขัยและเสื่อมไปตามกาลเวลา ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงลบ (*M* = 2.50, *SD* = 1.326) รองลงมาคือความเชื่อว่าการรักษาทางทันตกรรมมักทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะรักษา (*M* = 2.90, *SD* = 1.170) และความเชื่อว่าการขูดหินน้ำลายทำให้ฟันโยกและฟันห่าง (*M* = 3.25, *SD* = 1.337) ซึ่งทั้งสามข้อเป็นความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ

ตอนที่ 4 ระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรม

การเข้าถึงบริการทันตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M* = 4.16, *SD* = 0.503) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับสูงทั้ง 5 ด้าน โดยด้านการยอมรับคุณภาพบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 4.50, *SD* = 0.636) รองลงมาคือด้านความเพียงพอกับการบริการทันตกรรมที่มีอยู่ (*M* = 4.24, *SD* = 0.621) และด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกในการบริการ (*M* = 4.16, *SD* = 0.631) ส่วนด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (*M* = 3.99, *SD* = 0.645) และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรม (*M* = 3.93, *SD* = 0.660) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดสองอันดับ

ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอนจากตัวแปรพยากรณ์ 21 ตัวแปร พบว่ามีตัวแปรที่เข้าสู่สมการ 4 ตัวแปร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 204)

ตัวแปรพยากรณ์	*B*	*SE*	β	*t*	*p*	95% *CI*
ค่าคงที่ (Constant)	20.537	4.181	-	4.913	< .001	(12.293, 28.781)
แรงสนับสนุนด้านการประเมินผล	1.113	0.168	.381	6.606	< .001	(0.781, 1.445)
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์	1.408	0.184	.387	7.650	< .001	(1.045, 1.771)
แรงสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ	0.580	0.149	.212	3.899	< .001	(0.287, 0.874)
สิทธิประกันสังคม[a]	-5.031	2.202	-.108	-2.285	.023	(-9.372, -0.689)

R = .748, R^2 = .560, Adjusted R^2 = .551, $F(4, 199)$ = 63.325

หมายเหตุ: [a]กลุ่มอ้างอิง บัตรทองหรือบัตร 30 บาท

จากตารางที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการเป็นลำดับแรกคือแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลในการบริการสุขภาพ ซึ่งอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39.0 ลำดับที่สองคือด้านอารมณ์ในการบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 12.0 ลำดับที่สามคือด้านการช่วยเหลือในการบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.9 และลำดับสุดท้ายคือสิทธิประกันสังคม เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.2 ทั้ง 4 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ร้อยละ 56.0

เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในการบริการสุขภาพมีอิทธิพลสูงสุด (β = .387, p < .001) รองลงมาคือด้านการประเมินผลในการบริการสุขภาพ (β = .381, p < .001) และด้านการช่วยเหลือในการบริการสุขภาพ (β = .212, p < .001) ส่วนสิทธิประกันสังคมมีอิทธิพลทางลบเมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิงคือสิทธิบัตรทองหรือบัตร 30 บาท (β = -.108, p = .023) ขณะที่ความเชื่อด้านทันตสุขภาพและตัวแปรลักษณะส่วนบุคคลอื่นไม่เข้าสู่สมการพยากรณ์

สมการพยากรณ์การเข้าถึงบริการทันตกรรมในรูปคะแนนดิบ คือ

$$Y = 20.537 + 1.113X_1 + 1.408X_2 + 0.580X_3 - 5.031X_4$$

โดยที่ Y คือ คะแนนการเข้าถึงบริการ ทันตกรรม X_1 X_2 และ X_3 คือ คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล ด้านอารมณ์ และด้านการช่วยเหลือในการบริการสุขภาพ ตามลำดับ และ X_4 คือ ตัวแปรหุ่นของสิทธิการรักษา (1 = สิทธิประกันสังคม, 0 = สิทธิอื่น)

สรุปและอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทันตกรรม

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.93, SD = 0.502) โดยมีเพียงด้านการช่วยเหลือในการบริการสุขภาพที่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 5 อันดับแรกอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดย 4 ข้อในจำนวนนี้เป็นแรงสนับสนุนจากแหล่งภายนอกสถานบริการ ได้แก่ การสนับสนุนการเดินทางจากชุมชนและเพื่อนบ้าน การพูดคุยกับเพื่อนบ้านเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางออนไลน์ ขณะที่ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกเป็นข้อที่ระบุ

ถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ณ สถานบริการทั้งหมด

แสดงว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับไม่ได้กระจายอย่างสม่ำเสมอในทุกแหล่ง แต่กระจุกตัวอยู่ที่ระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานมีนัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรัง การพบเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอจึงกลายเป็นช่องทางหลักที่ผู้ป่วยได้รับทั้งกำลังใจ ข้อมูล และการประเมินอาการ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61.34 ปี และพึ่งพาคู่สมรสเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันมากที่สุด ร้อยละ 53.92 ขอบเขตของเครือข่ายทางสังคมจึงจำกัดอยู่ในครัวเรือนมากกว่าจะขยายถึงระดับชุมชน เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ เฮาส์ (House)[17] ซึ่งจำแนกแรงสนับสนุนตามหน้าที่ที่ผู้รับได้รับ ไม่ได้กำหนดว่าทั้งสี่ด้านต้องมาจากแหล่งเดียวกัน ผลการวิจัยจึงชี้ให้เห็นว่าในบริบทชนบทหน้าที่ทั้งสี่ด้านถูกทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก

ความเชื่อด้านทันตสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.66, SD = 0.656) โดยข้อที่อยู่ในระดับสูงล้วนเป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพช่องปาก ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับล้วนเป็นความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ความเชื่อว่าฟันทุกซี่มีอายุขัยและเสื่อมไปตามกาลเวลา (M = 2.50, SD = 1.326) ความเชื่อว่าการรักษาทางทันตกรรมทำให้เจ็บปวด (M = 2.90, SD = 1.170) และความเชื่อว่าการขูดหินน้ำลายทำให้ฟันโยกและฟันห่าง (M = 3.25, SD = 1.337) ผู้ป่วยจึงรับรู้ความสำคัญของสุขภาพช่องปากแล้วแต่ยังคงมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคซึ่งการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวปรับเปลี่ยนได้ยาก

การเข้าถึงบริการทันตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.16, SD = 0.503) ทั้ง 5 ด้าน โดยด้านการยอมรับคุณภาพบริการสูงสุด (M = 4.50, SD = 0.636) ขณะที่ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการต่ำสุด (M = 3.93, SD = 0.660) ผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับ ปิยะนุช วิรัตน์เกษ ที่ศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 221 คน แล้วพบว่าการเข้าถึงบริการทันตกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน[15] แต่แตกต่างจากงานที่ใช้กรอบเดียวกันของ มารุต ภู่พะเนียด และ ณปภา ประยูรวงษ์ ที่ศึกษาผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี 1,225 คน[11] และ เพิ่มรัตนะ สรีระเทวิน ที่ศึกษาผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ 361 คน[12] ซึ่งพบระดับปานกลางทั้งสองงาน ความแตกต่างนี้ชี้ว่ากลุ่มประชากรเป็นเงื่อนไขสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบติดตามการรักษา จึงคุ้นเคยกับสถานบริการมากกว่าประชากรทั่วไป อย่างไรก็ตามระดับการรับรู้ที่สูงสวนทางกับข้อมูลบริการจริงที่พบว่าความครอบคลุมของการได้รับบริการทันตกรรมอยู่ที่ร้อยละ 30.36 ในปีงบประมาณ 2568[6] ซึ่งเป็นประเด็นที่กล่าวถึงในข้อจำกัดของการวิจัย

2. แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุด

ตัวแปรพยากรณ์ 21 ตัวแปรที่นำเข้าวิเคราะห์ มีตัวแปรที่เข้าสู่สมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ร้อยละ 55.1 (Adjusted R^2 = .551, $F(4, 199) = 63.325$, $p < .001$) โดยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน และสิทธิการรักษา 1 ตัวแปร

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในการบริการสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานสูงสุดในสมการ (β = .387, $p < .001$) โดยเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ คะแนนรวมด้านนี้ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน สัมพันธ์กับคะแนนพยากรณ์ของการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่เพิ่มขึ้น 1.408 คะแนน ผลดังกล่าวสะท้อนว่าสิ่งที่กำหนดการเข้าถึงบริการทันตกรรมมากที่สุด ไม่ใช่ทรัพยากรหรือข้อมูล แต่เป็นความรู้สึกปลอดภัยและได้รับการเอาใจใส่เมื่อเข้ารับบริการ อาจเป็นเพราะบริการ ทันตกรรมมีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากบริการสุขภาพอื่น คือผู้รับบริการต้องอยู่ในภาวะที่ควบคุมสถานการณ์ได้น้อยและมักเชื่อมโยงกับความกลัว ดังจะเห็นได้จากข้อคำถามในแบบวัดความเชื่อที่ระบุว่าการไปรักษา

ทันตกรรมเป็นสิ่งที่น่ากลัว ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.31, SD = 1.309) และข้อที่ว่าด้วยความเจ็บปวดจากการรักษา ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำเป็นอันดับสองของแบบวัด (M = 2.90, SD = 1.170) เมื่อความกลัวเป็นอุปสรรคที่ยังคงอยู่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จึงทำหน้าที่ลดแรงต้านดังกล่าวโดยตรง

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ เฮาส์ (House)[17] แรงสนับสนุนด้านอารมณ์หมายถึงการได้รับความห่วงใย ความไว้วางใจ และการรับฟัง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวถือว่าเป็นแกนกลางของแรงสนับสนุนทั้งสี่ด้าน เนื่องจากเป็นเงื่อนไขที่เปิดทางให้แรงสนับสนุนด้านอื่นถูกรับไว้และนำไปใช้

ด้านการประเมินผลในการบริการสุขภาพมีอิทธิพลรองลงมาอย่างใกล้เคียงกัน (β = .381, p < .001) และเป็นตัวแปรที่เข้าสมการเป็นลำดับแรก โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39.0 ข้อคำถามในด้านนี้ระบุถึงความสามารถในการประเมินอาการช่องปากของตนเองเพื่อตัดสินใจเข้ารับบริการ และการประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่จนสังเกตความผิดปกติได้มากขึ้น จึงเป็นด้านที่ทำหน้าที่แปลงการรับรู้ให้กลายเป็นการตัดสินใจมารับบริการ ส่วนด้านการช่วยเหลือในการบริการสุขภาพมีอิทธิพลน้อยที่สุดในสามด้าน (β = .212, p < .001) และเป็นด้านเดียวที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อสังเกตที่สำคัญคือด้านข้อมูลข่าวสารในการบริการสุขภาพเป็นด้านเดียวที่ไม่เข้าสมการ (p = .942) แม้จะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง บ่งชี้ว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนการเข้าถึงบริการ แต่ต้องมีองค์ประกอบด้านอารมณ์และการประเมินร่วมด้วย

งานในผู้ป่วยเบาหวานของไทยให้ผลไปในทางเดียวกัน รัฐติภรณ์ ลีทองดี และคณะ ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 100 คน พบว่าแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อน สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพทุกแหล่ง[13] ส่วนศิริประภา ชูทอง และคณะ ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร 184 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการรับรู้อุปสรรคและอายุ ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 47.60[14] ในจังหวัดเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ กัลย์สุดา จูเจ้ย และคณะ ที่ศึกษากลุ่มวัยทำงานในชุมชนมุสลิมท่าม่วง อำเภอขนอม 293 คน ก็ชี้ไปในทางเดียวกันว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีบทบาทต่อการเข้ารับบริการ[20] ผลที่สอดคล้องกันข้ามกลุ่มประชากรและพื้นที่ เป็นหลักฐานว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทอย่างสม่ำเสมอ ไม่ใช่ผลเฉพาะพื้นที่

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาแบบติดตามกลุ่มของ ชู และคณะ (Shu et al.) ในผู้สูงอายุชาวออสเตรเลีย 673 คน ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งเชิงโครงสร้างและเชิงหน้าที่ไม่สัมพันธ์กับรูปแบบการมารับบริการทันตกรรม โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญเพียงตัวเดียวคือแหล่งที่มาของรายได้[21] บริบทของระบบบริการน่าจะเป็นคำอธิบาย ในระบบที่ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าบริการเอง ปัจจัยทางเศรษฐกิจย่อมมีน้ำหนักเหนือปัจจัยทางสังคม ขณะที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยซึ่งลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายไปแล้ว ปัจจัยทางสังคมจึงปรากฏน้ำหนักชัดเจนขึ้น

3. สิทธิการรักษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลรองลงมา

สิทธิประกันสังคมเป็นตัวแปรเดียวในสมการที่มีอิทธิพลทางลบ และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานต่ำที่สุด (β = -.108, p = .023) โดยผู้ที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีคะแนนพยากรณ์ของการเข้าถึงบริการทันตกรรมต่ำกว่าผู้ที่ใช้สิทธิบัตรทองหรือบัตร 30 บาท 5.031 คะแนน อย่างไรก็ตามกลุ่มนี้มีเพียง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของค่าสัมประสิทธิ์กว้างมาก คือตั้งแต่ -9.372 ถึง -0.689

ผลที่ปรากฏสะท้อนว่าความแตกต่างของการเข้าถึงบริการทันตกรรมระหว่างกลุ่มสิทธิไม่ได้เกิดจากคุณลักษณะของตัวบุคคล เนื่องจากเมื่อควบคุม

อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระยะทางแล้ว ความแตกต่างยังคงอยู่ ตัวกำหนดน่าจะเป็นเงื่อนไขของสิทธิประโยชน์เอง กล่าวคือ ผู้ประกันตนมีเพดานวงเงินรายปีสำหรับบริการทันตกรรมพื้นฐาน ต่างจากผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่ไม่มีเพดานในลักษณะเดียวกัน เมื่อผู้ประกันตนต้องคำนวณค่าใช้จ่ายก่อนตัดสินใจรับบริการ การเข้าถึงจึงถูกจำกัดตั้งแต่ก่อนเดินทางมาถึงสถานบริการ

ข้อสังเกตนี้ยืนยันได้จากการศึกษาเชิงเอกสารของ ไพศาล ลิ้มสถิตย์ และคณะ ที่ทบทวนกฎหมายกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพรัฐทั้ง 3 ระบบ ซึ่งสรุปว่าบริการทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมมีสิทธิประโยชน์น้อยกว่าระบบหลักประกันสุขภาพอื่น จนเกิดปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐานของผู้ประกันตน ทั้งนี้คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้มีมติว่าการกำหนดสิทธิประโยชน์ดังกล่าวเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ประกันตน และเมื่อทบทวนระบบบริการของสหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และมาเลเซีย พบว่าทั้งสามประเทศจัดให้มีบริการทันตกรรมพื้นฐานสำหรับประชากรทุกกลุ่มภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ[22] ข้อค้นพบเชิงกฎหมายดังกล่าวจึงเป็นคำอธิบายเชิงโครงสร้างที่รองรับผลเชิงปริมาณของการวิจัยครั้งนี้

ในทางปฏิบัติ กชกร แต้วสุวรรณ ศึกษาการตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในจังหวัดนครสวรรค์ 451 คน แล้วรายงานว่าเหตุผลสำคัญที่ไปรับบริการของผู้ประกันตนส่วนมากคือการมีอาการ คิดเป็นร้อยละ 65.8[23] กล่าวคือ ผู้ประกันตนมีแนวโน้มเข้ารับบริการเมื่อเกิดปัญหาแล้วมากกว่าจะเข้ารับบริการเพื่อการป้องกัน ซึ่งเป็นรูปแบบที่สอดรับกับข้อจำกัดด้านวงเงิน

4. ตัวแปรที่ไม่เข้าสู่สมการพยากรณ์

ตัวแปรพยากรณ์ 17 ตัวแปรที่ไม่เข้าสู่สมการมีนัยสำคัญต่อการอภิปรายไม่น้อยไปกว่าตัวแปรที่เข้าสมการ โดยเฉพาะความเชื่อด้านทันตสุขภาพ (p = .133) ซึ่งเป็นตัวแปรหลักตัวหนึ่งในกรอบแนวคิดของการวิจัย และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในการบริการสุขภาพ (p = .942) ซึ่งเป็นด้านเดียวที่ไม่เข้าสมการ

การที่ความเชื่อด้านทันตสุขภาพไม่มีอิทธิพลเมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ไม่ได้หมายความว่าความเชื่อไม่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ แต่สะท้อนว่าอิทธิพลของความเชื่อถูกดูดซับไปโดยแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งอยู่ในสมการเดียวกัน อาจเป็นเพราะแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านการประเมินผลทำหน้าที่จัดการกับความเชื่อที่เป็นอุปสรรคอยู่แล้วในตัว กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่จนคลายความกลัว และได้ประเมินอาการร่วมกับเจ้าหน้าที่จนทราบว่าควรมารับบริการเมื่อใด ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคย่อมมีน้ำหนักต่อการตัดสินใจลดลง

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ อุดมพร ทรัพย์บวร ที่ศึกษาผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม 250 คน แล้วรายงานว่าปัจจัยนำเกี่ยวกับความเชื่อด้านทันตสุขภาพทุกมิติไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรม โดยอธิบายว่าเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว[24] ในทำนองเดียวกัน นิลุบล ดีพลกรัง ที่ศึกษาผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น 356 คน ก็พบว่าปัจจัยความตระหนักในการเข้ารับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐ ขณะที่ปัจจัยสนับสนุนกลับมีความสัมพันธ์ในระดับที่สูงกว่าปัจจัยด้านความเชื่อ (r = .663 และ r = .404 ตามลำดับ)[25] ผลที่สอดคล้องกันข้ามพื้นที่ศึกษาและข้ามกลุ่มประชากรบ่งชี้ว่าในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย ปัจจัยเชิงสัมพันธ์มีน้ำหนักเหนือปัจจัยเชิงความคิดอย่างสม่ำเสมอ

ในบริบทไทย ลักษมีจารุกุล และคณะ ศึกษาการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร 315 คน พบว่าเมื่อควบคุมปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมอื่นแล้ว การรับรู้สิทธิไม่มีอำนาจทำนายการใช้บริการทันตกรรม[26]

ส่วนตัวแปรลักษณะส่วนบุคคลอื่นที่ไม่เข้าสมการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ผลนี้ต่างจากการศึกษาของ เบญญาภา กาลเขว้า และคณะ ในเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดกาฬสินธุ์ 209 คน ที่พบว่าระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญ[27] กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ร้อยละ 42.16 อยู่ห่างจากโรงพยาบาลน้อยกว่า 6 กิโลเมตร ความแปรปรวนของระยะทางจึงอาจไม่มากพอที่จะสร้างอิทธิพลเพิ่มเติมเมื่อมีตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในสมการแล้ว

5. ปัญหาและข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการตีความผล คือ (1) รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางซึ่งเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาเดียว จึงระบุได้เพียงความสัมพันธ์และอิทธิพลเชิงสถิติ แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ (2) การเก็บข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามโดยเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ซึ่งอาจเกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม (3) ตัวแปรสิทธิประกันสังคมซึ่งเข้าสู่สมการมีจำนวนผู้ใช้สิทธิเพียง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.41 ของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ช่วงความเชื่อมั่นของค่าสัมประสิทธิ์กว้างมาก และ (4) ขอบเขตของการศึกษาจำกัดเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพิปูน ซึ่งมีบริบทเฉพาะด้านการกระจายของหน่วยบริการ การนำผลไปใช้กับพื้นที่อื่นจึงควรพิจารณาความคล้ายคลึงของบริบทประกอบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนควรคงรูปแบบการให้บริการที่เน้นการเอาใจใส่และการให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วย

2) ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคเรื้อรังควรปรับเนื้อหาการให้ทันตสุขศึกษาโดยมุ่งแก้ความเชื่อที่เป็นอุปสรรค

3) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอควรคงขยายการออกหน่วยบริการทันตกรรมไปยังตำบลที่อยู่ห่างไกล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรวิจัยและพัฒนารูปแบบการสื่อสารและการประเมินสภาวะช่องปากร่วมกับผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรัง

2) ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อยู่นอกกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้เพิ่มเติม

3) ควรศึกษาในกลุ่มผู้ประกันตนที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอ เพื่อยืนยันความแตกต่างของการเข้าถึงบริการทันตกรรมระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้พิจารณาและให้การรับรองการวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิปูนและสาธารณสุขอำเภอพิปูน ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คลินิกโรคเรื้อรังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือในการประสานงาน และที่สำคัญที่สุดขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2566.
2. International Diabetes Federation.(2025). IDF diabetes atlas [Internet]. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025 [cited 2026 Sep 10]. Available from: https://diabetesatlas.org

3. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al.(2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012;55(1):21-31.
4. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ.(2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
5. สำนักทันตสาธารณสุข.(2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2569). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2569. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2569.
7. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-40.
8. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2566-2568 [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th
9. สำนักทันตสาธารณสุข.(2568). รายละเอียดตัวชี้วัดงานทันตสาธารณสุข: ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://dental.anamai.moph.go.th
10. Simpson TC, Clarkson JE, Worthington HV, MacDonald L, Weldon JC, Needleman I, et al.(2022). Treatment of periodontitis for glycaemic control in people with diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2022;4:CD004714.
11. มารุต ภู่พะเนียด, ณปภา ประยูรวงษ์.(2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี. ศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561; 18(2): 66-75.
12. เพิ่มรัตนะ สรีระเทวิน.(2562). การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารทันตาภิบาล 2562; 30(1): 151-66.
13. รัฐติภรณ์ ลีทองดี, วัชรพล วิวรรศน์เถาว์พันธ์, จีรวัฒน์ บุตรโคตร, ชัญญานุช แคว้นเขาเม็ง, จินตนา จันสา.(2565). แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารทันตาภิบาล 2565; 33(2): 83-96.
14. ศิริประภา ชูทอง, วรางคณา จันทร์คง, กิระพล กาละดี.(2569). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลบ้านนา อำเภอวชิรบารมี จังหวัดพิจิตร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2569; 11(1): 1-10.
15. ปิยะนุช วิรัตน์เกษ.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2566. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2567; 17(1): 98-112.
16. 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):1149-60.
17. House JS.(1981). Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
18. Rosenstock IM.(1974). Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
19. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
20. กัลย์สุดา จูเจ้ย, ภัคชิสา คนสุภาพ, สุทัศน์ เสียมไหม.(2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงาน ชุมชนมุสลิมท่าม่วง เขตเทศบาลตำบลท้องเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข 2568; 3(3): 607-618.
21. Shu CC, Wright FAC, Naganathan V, Blyth FM, Le Couteur DG, Handelsman DJ, et al.(2022). Does social support predict increased use of dental services in older men? Aust Dent J. 2022;67(3):262-70.
22. ไพศาล ลิ้มสถิตย์, ปิยะดา ประเสริฐสม, วรุต ชลิทธิกุล.(2568). แนวคิดและกฎหมายในการพัฒนาบริการด้านทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568; 19(3): 245-61.

23. กชกร แต้วสุวรรณ.(2564). พฤติกรรมและการตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคม เขตจังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ 2564; 8(1): 51-68.
24. อุดมพร ทรัพย์บวร.(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2561; 37(4): 306-17.
25. นิลุบล ดีพลกรัง.(2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2564; 3(1): 1-20.
26. Luksamijarulkul N, Tantipoj C, Amornsuradech S, Suepakdee N, Boonsajjaritthikul P, Tuptim O.(2024). Awareness and attitude towards dental coverage right affecting the dental service utilization among selected Thais in Bangkok. Heliyon. 2024;10(16):e35740.
27. เบญญาภา กาลเขว้า, สมสาย ผลศิริ, ประทีป กาลเขว้า.(2567). การเข้าถึงบริการทันตกรรมและสภาวะทันตสุขภาพของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตาภิบาล 2567; 35(2): 60-70.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus ของกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Action Research to Improve Food Establishments in Accordance with the Ministry of Public Health's SAN and SAN Plus Food Sanitation Standards in Somdet Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุจริต ศรียางค์[1]
Sujarit Sriyang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus เปรียบเทียบผลการประเมินสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียก่อนและหลังการดำเนินงาน รวมทั้งศึกษาปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล ผู้เข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วยสถานที่จำหน่ายอาหาร 37 แห่ง ผู้ประกอบกิจการ 21 คน ผู้สัมผัสอาหาร 16 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหน่วยงานหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร แบบบันทึกผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบกลุ่มตัวอย่างสัมพันธ์กัน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการดำเนินงานตามวงจร PAOR สัดส่วนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านมาตรฐาน SAN เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 61.5 และมีสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน SAN Plus จำนวน 6 แห่ง คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ประกอบกิจการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.4 (SD=9.8) เป็นร้อยละ 91.2 (SD=7.3) และคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้สัมผัสอาหารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.3 (SD=13.5) เป็นร้อยละ 83.9 (SD=10.2) โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) การตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียลดลงจากร้อยละ 60.0 เป็นร้อยละ 20.0 และแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.017$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบข้อค้นพบสำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่ ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติจริง ข้อจำกัดด้านโครงสร้างและทรัพยากร การใช้ผลตรวจสุขภาพและการเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหารเพื่อกระตุ้นการเปลี่ยนแปลง การแบ่งบทบาทของภาคีเครือข่าย การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และความร่วมมือของสถานประกอบการร่วมกับระบบสนับสนุนในพื้นที่

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, สุขาภิบาลอาหาร, สถานที่จำหน่ายอาหาร, มาตรฐาน SAN, มาตรฐาน SAN Plus

Abstract

This action research aimed to examine and develop a process for improving food establishments in accordance with the SAN and SAN Plus food sanitation standards; compare food establishment assessment results, food sanitation knowledge, and coliform bacterial contamination before and after implementation; and investigate supporting factors, problems, barriers, and success factors. The PAOR cycle, comprising planning, action, observation, and reflection, was applied. The participants included 37 food establishments, 21 food business operators, 16 food handlers, and 18 stakeholders representing relevant organizations and sectors. The

[1] เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จ

research instruments consisted of the SAN and SAN Plus food sanitation standard assessment forms, a demographic questionnaire, food sanitation knowledge tests, a coliform bacterial contamination record form, and focus group discussion guidelines. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired-samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that, following implementation of the PAOR cycle, the proportion of food establishments meeting the SAN standard increased from 26.0% to 61.5%, and six establishments met the SAN Plus standard. The mean knowledge score among food business operators increased from 78.4% (SD=9.8) to 91.2% (SD=7.3), while the mean knowledge score among food handlers increased from 60.3% (SD=13.5) to 83.9% (SD=10.2). In both groups, post-development knowledge scores were significantly higher than pre-development scores ($p<.001$). The proportion of samples contaminated with coliform bacteria decreased from 60.0% to 20.0%, representing a statistically significant difference from the pre-development level ($p=.017$). The qualitative analysis identified six major findings: gaps between knowledge and actual practice; limitations in infrastructure and resources; the use of health examination and food safety surveillance results to encourage change; the division of responsibilities among network partners; continuous monitoring and consultation; and cooperation between food establishments and local support systems.

Keywords: action research, food sanitation, food establishments, SAN standard, SAN Plus standard

บทนำ

ความปลอดภัยด้านอาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญของการคุ้มครองสุขภาพประชาชน เนื่องจากอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ สารเคมี สารพิษ หรือสิ่งแปลกปลอม สามารถก่อให้เกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาพได้มากกว่า 200 ชนิด[1] รวมทั้งสร้างภาระต่อระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และการท่องเที่ยว องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดยุทธศาสตร์ความปลอดภัยด้านอาหาร พ.ศ. 2565–2573 โดยมุ่งเสริมสร้างระบบควบคุมอาหาร การเฝ้าระวังความเสี่ยง การตอบสนองต่อเหตุการณ์ และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานตลอดห่วงโซ่อาหาร[2]

สถานที่จำหน่ายอาหารเป็นจุดสำคัญของห่วงโซ่อาหาร เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดเก็บวัตถุดิบ การเตรียม การปรุง และการจำหน่ายอาหาร หากขาดการจัดการด้านสุขาภิบาลที่เหมาะสม ทั้งด้านสถานที่ อาหาร ภาชนะอุปกรณ์ มูลฝอย น้ำเสีย การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค และสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร ย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและการเกิดโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อได้ ประเทศไทยกำกับดูแลสถานที่จำหน่ายอาหารตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนามาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus ภายใต้แนวคิด “สะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน” มาตรฐาน SAN ครอบคลุมการสุขาภิบาลอาหาร ความรับผิดชอบ และการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่าย ส่วน SAN Plus เป็นการยกระดับจากมาตรฐาน SAN โดยเพิ่มองค์ประกอบด้านความปลอดภัยอาหารและการเฝ้าระวังการปนเปื้อนตามเกณฑ์ที่กำหนด อย่างไรก็ตาม การยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารมิได้ขึ้นอยู่กับการปรับปรุงสภาพทางกายภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร ความพร้อมด้านทรัพยากร การเฝ้าระวังการปนเปื้อน และการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาความรอบรู้และการจัดกิจกรรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารได้[3,4] ขณะที่การมีส่วนร่วมของ

ชุมชนและภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนการค้นหาปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง[5,6]

สถานการณ์ในตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าสถานที่จำหน่ายอาหารบางส่วนยังมีข้อบกพร่องด้านโครงสร้างและสภาพแวดล้อม การจัดการอาหาร ภาชนะอุปกรณ์ สุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหาร และการจัดการน้ำเสีย ผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารมีความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน SAN และ SAN Plus แตกต่างกัน อีกทั้งยังพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร มือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะอุปกรณ์ สะท้อนให้เห็นว่าการตรวจประเมินเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล จึงเหมาะสำหรับการพัฒนางานที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และภาคีเครือข่าย[7] ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษานี้เพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารตามเกณฑ์ SAN และ SAN Plus ในพื้นที่ตำบลสมเด็จ โดยประเมินการผ่านมาตรฐาน ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย รวมทั้งศึกษาปัจจัยสนับสนุน ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อพัฒนาแนวทางดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus ในพื้นที่ตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนากระบวนการยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus โดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจร PAOR และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3. เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนา โดยเปรียบเทียบการผ่านมาตรฐาน SAN ระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียก่อนและหลังการดำเนินงาน รวมทั้งประเมินการยกระดับสู่มาตรฐาน SAN Plus ภายหลังการดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาและประเมินผลการยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐาน SAN และ SAN Plus ในตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วยสถานที่จำหน่ายอาหาร ผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร และผู้เกี่ยวข้องกับงานสุขาภิบาลอาหาร จากฐานข้อมูลระบบ Food Handler ของกรมอนามัยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 มีสถานที่จำหน่ายอาหาร 51 แห่ง โดยสมัครใจเข้าร่วมการพัฒนา 37 แห่ง ผู้เข้าร่วมประเมินความรู้ประกอบด้วยผู้ประกอบกิจการ 21 คน และผู้สัมผัสอาหาร 16 คน รวม 37 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 18 คน จาก 10 หน่วยงานหรือภาคส่วน คัดเลือกแบบเจาะจงตามบทบาทและประสบการณ์

เกณฑ์คัดเข้าสถานที่จำหน่ายอาหาร ได้แก่ เปิดดำเนินกิจการไม่น้อยกว่า 1 ปี ตั้งอยู่ในพื้นที่ศึกษา และยินยอมเข้าร่วมการประเมินและพัฒนา โดยไม่รวมสถานที่จำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะและตลาด ผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารต้องมีอายุอย่างน้อย 18 ปี ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นบุคลากรสาธารณสุข ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และผู้เกี่ยวข้องที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเชิงปริมาณประกอบด้วย 1) แบบประเมินสุขาภิบาลอาหาร SAN และ SAN Plus สำหรับสถานที่จำหน่ายอาหารของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร 3) แบบทดสอบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารตามหลักสูตรผู้ประกอบกิจการและหลักสูตรผู้สัมผัสอาหารของกรมอนามัย และ 4) แบบบันทึกผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารมือผู้สัมผัสอาหาร และภาชนะอุปกรณ์ ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มซึ่งครอบคลุมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐาน SAN และ SAN Plus สถานการณ์และปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหาร ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค แนวทางแก้ไข การมีส่วนร่วมของเครือข่าย และปัจจัยแห่งความสำเร็จในการยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหาร

แบบสอบถามและแนวคำถามการสนทนากลุ่มได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ [ระบุวิธีและค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการทดลองใช้จริง]

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR ดังนี้

1. การวางแผน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์จากฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหาร ผลการประเมินมาตรฐาน SAN ผลการประเมินความรู้ ผลการตรวจสุขภาพ และผลการเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร จากนั้นจัดประชุมและสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับประเด็นที่ต้องพัฒนา กำหนดบทบาทของหน่วยงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการ

2. การปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรมตามแผน ประกอบด้วยการตรวจประเมินสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐาน SAN การคืนข้อมูลข้อบกพร่องแก่สถานประกอบการ การอบรมความรู้ตามหลักสูตรผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร การตรวจสุขภาพ การตรวจเฝ้าระวังการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย การให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงสถานที่และกระบวนการปฏิบัติงาน และการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. การสังเกตผล ติดตามการดำเนินงานและประเมินสถานที่จำหน่ายอาหารซ้ำภายหลังการพัฒนา เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ตรวจติดตามการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และประเมินสถานที่ที่ผ่านมาตรฐาน SAN เพื่อยกระดับสู่มาตรฐาน SAN Plus

4. การสะท้อนผล จัดประชุมและสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันทบทวนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ตลอดจนกำหนดข้อเสนอแนะและแนวทางพัฒนาการดำเนินงานในรอบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาด้วย Paired-samples t-test และเปรียบเทียบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วย กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยกำหนดรหัส จัดหมวดหมู่ สังเคราะห์ข้อค้นพบ และตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมก่อนขอความยินยอม ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลของสถานประกอบการได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวม

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และลำดับกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วยสถานการณ์ก่อนการพัฒนา การดำเนินงานตามวงจร PAOR ผลการประเมินมาตรฐาน SAN และ SAN Plus การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ตลอดจนปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากฐานข้อมูลระบบ Food Handler ของกรมอนามัย ร่วมกับข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 พบสถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่จำนวน 51 แห่ง และมีสถานที่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา 37 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 80.4 ส่วนใหญ่เป็นร้านอาหารตามสั่ง จำนวน 13 แห่ง ร้อยละ 31.7 รองลงมาเป็นร้านก๋วยเตี๋ยว จำนวน 7 แห่ง ร้อยละ 17.1 และร้านข้าวแกงหรืออาหารพร้อมรับประทาน จำนวน 6 แห่ง ร้อยละ 14.6 ตามลำดับ

ผู้เข้าร่วมการประเมินความรู้มีจำนวน 37 คน แบ่งเป็นผู้ประกอบกิจการ 21 คน ร้อยละ 56.8 และผู้สัมผัสอาหาร 16 คน ร้อยละ 43.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน ร้อยละ 78.4 ผู้ประกอบกิจการมีอายุเฉลี่ย 45.3 ปี (SD=12.8) และผู้สัมผัสอาหารมีอายุเฉลี่ย 44.7 ปี (SD=13.2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 59.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.5 และมีระยะเวลาประกอบอาชีพมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 48.6 เมื่อพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลอาหาร พบว่าได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพียงร้อยละ 45.9 และเคยผ่านการอบรมตามเกณฑ์ Clean Food Good Taste ร้อยละ 48.6

2. สถานการณ์ก่อนการพัฒนา ผลการประเมินสถานที่จำหน่ายอาหารก่อนการพัฒนาพบว่าสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน SAN ร้อยละ 26.0 และไม่ผ่านมาตรฐานร้อยละ 74.0 ข้อบกพร่องสำคัญที่พบครอบคลุมด้านสถานที่และโครงสร้าง การมีถังดับเพลิงและบ่อดักไขมันไม่เป็นไปตามเกณฑ์ การจัดการน้ำเสีย ความสะอาดของภาชนะและอุปกรณ์ การจัดเก็บอาหาร คุณภาพน้ำดื่มและน้ำใช้ ตลอดจนสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร ด้านความรู้ พบว่าผู้ประกอบกิจการมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาร้อยละ 78.4 (SD=9.8) ขณะที่ผู้สัมผัสอาหารมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60.3 (SD=13.5) ประเด็นที่ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ความรู้ด้านจุลินทรีย์และเชื้อก่อโรคในอาหาร การปนเปื้อนข้าม กฎหมายด้านการสาธารณสุข บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ประกอบกิจการ การจัดเก็บอาหาร และการจัดการระบบน้ำเสียและบ่อดักไขมัน การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหารก่อนการพัฒนาดำเนินการ

ในตัวอย่างจำนวน 120 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียจำนวน 72 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 60.0 สะท้อนให้เห็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเตรียมและปรุงอาหาร สุขลักษณะของมือผู้สัมผัสอาหาร และความสะอาดของภาชนะอุปกรณ์

3. กระบวนการพัฒนาตามวงจร PAOR ขั้นการวางแผน ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินมาตรฐาน SAN ผลการประเมินความรู้ ผลการตรวจสุขภาพ และผลการตรวจความปลอดภัยอาหาร เพื่อกำหนดประเด็นที่ต้องแก้ไขและจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน โดยแบ่งบทบาทระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ประกอบกิจการ และผู้สัมผัสอาหารตามภารกิจและศักยภาพของแต่ละฝ่าย

ขั้นการปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรู้ตามหลักสูตรผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร การคืนข้อมูลข้อบกพร่องแก่สถานประกอบการ การให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงสถานที่และกระบวนการปฏิบัติงาน การตรวจสุขภาพ การตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร การประสานหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม และการติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายสถานประกอบการ

ขั้นการสังเกตผล มีการประเมินสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐาน SAN ซ้ำภายหลังการพัฒนา ประเมินความรู้ของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารหลังเข้าร่วมกิจกรรม ตรวจติดตามการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และนำสถานที่ที่ผ่านมาตรฐาน SAN เข้าสู่กระบวนการประเมินเพื่อยกระดับเป็น SAN Plus

ขั้นการสะท้อนผล ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันพิจารณาผลการดำเนินงาน ปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ข้อจำกัดของสถานประกอบการ และบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการสะท้อนกลับไปกำหนดแนวทางติดตามและพัฒนาในรอบต่อไป

4. ผลการประเมินมาตรฐาน SAN และ SAN Plus ภายหลังการดำเนินงานตามวงจร PAOR สัดส่วนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านมาตรฐาน SAN เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.0 เป็นร้อยละ 61.5 หรือเพิ่มขึ้น 35.5 จุดร้อยละ ขณะที่สถานที่ที่ไม่ผ่านมาตรฐานลดลงจากร้อยละ 74.0 เหลือร้อยละ 38.5 สถานที่ที่ผ่านมาตรฐาน SAN ได้รับการพิจารณาความพร้อมและประเมินตามข้อกำหนดเพิ่มเติมของมาตรฐาน SAN Plus โดยพบสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน SAN Plus จำนวน 6 แห่ง

ตารางที่ 1 ผลการประเมินสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐาน SAN และ SAN Plus

ผลการประเมิน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง
ผ่านมาตรฐาน SAN	26.0%	61.5%	+35.5 จุดร้อยละ
ไม่ผ่านมาตรฐาน SAN	74.0%	38.5%	-35.5 จุดร้อยละ
ผ่านมาตรฐาน SAN Plus	ไม่ได้ประเมิน	6 แห่ง	-

ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นลำดับการยกระดับจากการประเมินข้อบกพร่อง การดำเนินกิจกรรมพัฒนา การติดตามและประเมิน SAN ซ้ำ ไปสู่การประเมิน SAN Plus ในสถานประกอบการที่มีความพร้อม อย่างไรก็ตาม ภายหลังการพัฒนายังคงมีสถานที่จำหน่ายอาหารร้อยละ 38.5 ที่ไม่ผ่านมาตรฐาน SAN และจำเป็นต้องได้รับการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

5. ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ภายหลังการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ประกอบกิจการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.4 (SD=9.8) เป็นร้อยละ 91.2 (SD=7.3) หรือเพิ่มขึ้น 12.8 จุดร้อยละ และแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนผู้สัมผัสอาหารมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.3 (SD=13.5) เป็นร้อยละ 83.9 (SD=10.2) หรือเพิ่มขึ้น 23.6 จุดร้อยละ และแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารก่อนและหลังการพัฒนา

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ก่อนการพัฒนา Mean ± SD	หลังการพัฒนา Mean ± SD	การเปลี่ยนแปลง	p-value
ผู้ประกอบกิจการ	21	78.4 ± 9.8	91.2 ± 7.3	+12.8	<.001
ผู้สัมผัสอาหาร	16	60.3 ± 13.5	83.9 ± 10.2	+23.6	<.001

หมายเหตุ: คะแนนแสดงเป็นร้อยละ

เมื่อพิจารณาขนาดการเปลี่ยนแปลงเชิงพรรณนา พบว่ากลุ่มผู้สัมผัสอาหารมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มผู้ประกอบกิจการ โดยเพิ่มขึ้น 23.6 จุดร้อยละ เทียบกับ 12.8 จุดร้อยละ ทั้งนี้ กลุ่มผู้สัมผัสอาหารมีคะแนนก่อนการพัฒนาต่ำกว่ากลุ่มผู้ประกอบกิจการ จึงสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบทบาทของแต่ละกลุ่ม

6. ผลการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ก่อนการพัฒนา ตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียจำนวน 72 จาก 120 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 60.0 ภายหลังการพัฒนา ตรวจพบการปนเปื้อนจำนวน 24 จาก 120 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 20.0 สัดส่วนการตรวจพบการปนเปื้อนจึงลดลง 40.0 จุดร้อยละ และแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.017)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการตรวจ	ก่อนการพัฒนา n (%)	หลังการพัฒนา n (%)	การเปลี่ยนแปลง	p-value
พบการปนเปื้อน	72 (60.0)	24 (20.0)	-40.0 จุดร้อยละ	.017
ไม่พบการปนเปื้อน	48 (40.0)	96 (80.0)	+40.0 จุดร้อยละ	
รวม	120 (100.0)	120 (100.0)		

การลดลงของการปนเปื้อนเกิดขึ้นภายหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรู้ การปรับปรุงสุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหาร การทำความสะอาดภาชนะและอุปกรณ์ การจัดการอาหาร และการติดตามสถานประกอบการ โดยผลการตรวจถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลสะท้อนความเสี่ยงและกำหนดคำแนะนำเฉพาะสำหรับสถานประกอบการ

7. ปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขและงานคุ้มครองผู้บริโภค ผู้แทนเทศบาลตำบลสมเด็จ ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือภาคประชาชน สังเคราะห์เป็นข้อค้นพบหลัก 6 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความสะอาดของอาหาร แต่ยังมีช่องว่างด้านความรู้เฉพาะเรื่องและการนำความรู้ไปปฏิบัติ โดยเฉพาะจุลินทรีย์ การปนเปื้อนข้าม การจัดเก็บอาหาร สุขลักษณะส่วนบุคคล และรายละเอียดของเกณฑ์ SAN การพัฒนาจึงต้องเชื่อมความรู้เข้ากับสถานการณ์และจุดเสี่ยงที่พบจริงในแต่ละสถานประกอบการ

ประเด็นที่ 2 ความพร้อมด้านโครงสร้าง อุปกรณ์ และทรัพยากรเป็นข้อจำกัดสำคัญ สถานประกอบการบางแห่งสามารถแก้ไขข้อบกพร่องด้านพฤติกรรมได้ทันที แต่ปัญหาบ่อดักไขมัน ระบบน้ำเสีย พื้นที่เตรียมอาหาร จุดล้างภาชนะ และค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงจำเป็นต้องใช้เวลาและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ 3 การตรวจสุขภาพและการเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหารทำให้ความเสี่ยงที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่ากลายเป็นข้อมูลที่ผู้ประกอบกิจการเข้าใจและนำไปใช้ปรับปรุงการปฏิบัติได้ ผลตรวจจึงไม่ควรใช้เพียงรายงานสถานการณ์ แต่ควรเชื่อมกับการค้นหาจุดเสี่ยง การให้คำแนะนำ และการตรวจติดตามหลังการแก้ไข

ประเด็นที่ 4 การทำงานของภาคีเครือข่ายมีประสิทธิภาพเมื่อแต่ละฝ่ายรับผิดชอบภารกิจตามบทบาทของตนและใช้ข้อมูลปัญหาร่วมกัน หน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการและการประเมินมาตรฐาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนมีบทบาทด้านการสื่อสาร เฝ้าระวัง และติดตามสถานประกอบการ

ประเด็นที่ 5 การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทำให้การประเมินมาตรฐานเปลี่ยนจากการตรวจเพื่อระบุว่า “ผ่าน” หรือ “ไม่ผ่าน” ไปสู่การประเมินเพื่อพัฒนา การคืนข้อมูลข้อบกพร่อง การกำหนดสิ่งที่ต้องแก้ไข และการประเมินซ้ำช่วยให้ผู้ประกอบกิจการเห็นแนวทางปรับปรุงที่ชัดเจนและสามารถดำเนินการตามศักยภาพของตน

ประเด็นที่ 6 ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากความร่วมมือของสถานประกอบการร่วมกับระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง โดยสถานประกอบการต้องยอมรับปัญหาและลงมือปรับปรุง ขณะที่หน่วยงานและเครือข่ายต้องให้คำแนะนำ ประสานทรัพยากร และติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ การดำเนินงานจึงประสบผลได้เมื่อความร่วมมือของผู้ประกอบกิจการเชื่อมโยงกับกลไกสนับสนุนในระดับพื้นที่

โดยสรุป กระบวนการ PAOR ทำให้ข้อมูลจากการประเมินมาตรฐาน ความรู้ การตรวจสุขภาพ และการเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหารถูกนำมาใช้ร่วมกันในการวางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตาม และสะท้อนผล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงครอบคลุมทั้งการเพิ่มขึ้นของสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านมาตรฐาน SAN การยกระดับสู่ SAN Plus การเพิ่มขึ้นของความรู้ และการลดลงของการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายเงื่อนไขที่สนับสนุนและจำกัดการพัฒนาในบริบทพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR สถานที่จำหน่ายอาหารมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งด้านการผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ความรู้ของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร และการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย โดยกระบวนการพัฒนาประกอบด้วยการนำข้อมูลสถานการณ์มาวางแผน การพัฒนาความรู้ การคืนข้อมูลข้อบกพร่อง การให้คำแนะนำเป็นรายสถานประกอบการ การเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร

การประสานความร่วมมือของหน่วยงาน และการติดตามประเมินซ้ำ ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. การยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐาน SAN และ SAN Plus ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านมาตรฐาน SAN เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.0 ก่อนการพัฒนาเป็นร้อยละ 61.5 ภายหลังการพัฒนา หรือเพิ่มขึ้น 35.5 จุดร้อยละ และมีสถานที่จำหน่ายอาหารจำนวน 6 แห่ง สามารถพัฒนาต่อเนื่องจนผ่านมาตรฐาน SAN Plus ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การประเมินสถานที่จำหน่ายอาหารร่วมกับการคืนข้อมูล การให้คำแนะนำ การแก้ไขข้อบกพร่อง และการติดตามประเมินซ้ำ ทำให้สถานประกอบการทราบทั้งประเด็นที่ไม่ผ่าน สาเหตุของปัญหา และแนวทางปรับปรุงที่เหมาะสมกับสภาพจริงของตนเอง จึงช่วยให้สถานประกอบการส่วนหนึ่งสามารถผ่านมาตรฐานในระดับที่สูงขึ้นได้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรีวิกา เล็กสิงห์โต บัววรุณ ศรีชัยกุล และสมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์[8] ซึ่งศึกษาผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและรูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ผลการศึกษาพบว่า ร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.33 เป็นร้อยละ 91.67 หรือเพิ่มขึ้น 33.34 จุดร้อยละ ส่วนแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.33 เป็นร้อยละ 93.33 หรือเพิ่มขึ้น 35.00 จุดร้อยละ และความรู้กับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ขนาดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบการผ่านมาตรฐาน SAN เพิ่มขึ้น 35.5 จุดร้อยละ สะท้อนว่ากระบวนการพัฒนาที่เชื่อมโยงการให้ความรู้กับการมีส่วนร่วมและการแก้ไขสภาพจริงของสถานประกอบการสามารถสนับสนุนการผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารได้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พีระพล ต่วนภูษา[9] ซึ่งพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในสถานประกอบการ โดยให้ความรู้แก่ผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารร่วมกับการตรวจประเมินสถานที่และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับมากที่สุด (Mean=4.21, SD=0.40) สะท้อนว่าการให้ความรู้ควบคู่กับการประเมินและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบช่วยยกระดับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารได้

ในด้านกระบวนการ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของศักดินันท์ ดวงตา และกระจ่าง ตลับนิล[10] ซึ่งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร้านอาหารตามเกณฑ์ Clean Food Good Taste ในอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการร้านอาหารจำนวน 36 คน กระบวนการพัฒนาประกอบด้วยการศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่าย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การนิเทศติดตาม และการประเมินผล ภายหลังดำเนินงานพบว่าร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานและผู้ประกอบการมีพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย Stakeholder, Training, Advisor และ Acceptance ผลดังกล่าวสนับสนุนข้อค้นพบของการศึกษาครั้งนี้ว่า การอบรมเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องมีภาคีเครือข่าย การให้คำปรึกษา และการติดตามสถานประกอบการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับมาตรฐาน SAN Plus ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านจำนวน 6 แห่ง ซึ่งควรพิจารณาแยกจากการเปรียบเทียบ SAN ก่อนและหลัง เนื่องจาก SAN Plus เป็นการยกระดับต่อจากสถานประกอบการที่ผ่าน SAN และมีข้อกำหนดเพิ่มเติมด้านความปลอดภัยอาหาร ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ สุขเจริญ เอกชัย ชัยเดช และอารยา วงศ์ป้อม[11] ซึ่งพัฒนารูปแบบมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร SAN Plus ในสถานที่จำหน่ายอาหารที่มีหลายสาขาจำนวน 30 สาขา โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการและทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 3 เดือน ภายหลังการพัฒนาพบว่า สถานที่จำหน่ายอาหารทั้ง 30 สาขาผ่านมาตรฐาน SAN Plus คิดเป็นร้อยละ 100 เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้รูปแบบร้อยละ 93.3 และแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตาม ผลการผ่าน SAN Plus ของสุชาติ สุขเจริญ และคณะ[11] สูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มศึกษาเป็นสถานประกอบการหลายสาขาภายใต้ระบบบริหารเดียวกัน จึงสามารถกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน จัดสรรทรัพยากร และกำกับติดตามในทิศทางเดียวกันได้ ขณะที่สถานที่จำหน่ายอาหารในการศึกษาครั้งนี้มีหลายประเภทและมีความพร้อมด้านโครงสร้าง อุปกรณ์ งบประมาณ และระบบบริหารแตกต่างกัน ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนว่าการผ่าน SAN Plus ต้องอาศัยความพร้อมหลายองค์ประกอบพร้อมกัน และไม่ควรกำหนดเป้าหมายหรือระยะเวลาพัฒนาแบบเดียวกันกับสถานประกอบการทุกแห่ง

แม้ผลการพัฒนาโดยรวมจะดีขึ้น แต่ยังมีสถานที่จำหน่ายอาหารร้อยละ 38.5 ที่ไม่ผ่านมาตรฐาน SAN เนื่องจากข้อบกพร่องมีระดับความยากในการแก้ไขแตกต่างกัน ปัญหาด้านการจัดเก็บอาหาร การทำความสะอาด และสุขลักษณะส่วนบุคคลสามารถปรับปรุงได้ค่อนข้างรวดเร็ว ขณะที่ปัญหาบ่อดักไขมัน ระบบน้ำเสีย พื้นที่เตรียมอาหาร จุดล้างภาชนะ และอุปกรณ์ต้องอาศัยงบประมาณและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้ข้อบกพร่องและความสามารถในการแก้ไขข้อบกพร่องเป็นคนละส่วนกัน และเป็นเหตุผลที่ทำให้สถานประกอบการเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน

2. ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบกิจการจำนวน 21 คน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.4 (SD=9.8) เป็นร้อยละ 91.2 (SD=7.3) หรือเพิ่มขึ้น 12.8 จุดร้อยละ ส่วนผู้สัมผัสอาหารจำนวน 16 คน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.3 (SD=13.5) เป็นร้อยละ 83.9 (SD=10.2) หรือเพิ่มขึ้น 23.6 จุดร้อยละ โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การนำช่องว่างของความรู้และปัญหาที่ตรวจพบจากสถานประกอบการจริงมาใช้กำหนดเนื้อหาการพัฒนา ช่วยให้การเรียนรู้สอดคล้องกับบทบาทและการปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วม

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรุตยา ประภาพันธ์ รจฤดี โชติกาวินทร์ และวันดี นิลสาราญจิต[12] ซึ่งศึกษาผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารเขตเทศบาลนครนครปฐม โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 15.9±2.9 คะแนน เป็น 20.6±2.0 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนก่อนและหลังใกล้เคียงกัน คือ 14.6 และ 14.2 คะแนนตามลำดับ

ผลดังกล่าวมีทิศทางเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบว่าคะแนนความรู้ของผู้สัมผัสอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการพัฒนา

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปริญา ถมอุดทา และอดิศักดิ์ ถมอุดทา[13] ซึ่งประเมินผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.27 คะแนน เป็น 17.67 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.0001) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ ลดาสุวรรณ สุมัทนา กลางคาร และกษมา วงษ์ประชุม[3] ซึ่งศึกษาผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 78 คน โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และผลหลังได้รับโปรแกรมทั้งทันทีและหลังติดตาม 1 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ความสอดคล้องของงานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ที่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริงและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารได้ อย่างไรก็ตาม ผู้สัมผัสอาหารในการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนเพิ่มขึ้น 23.6 จุดร้อยละ มากกว่าผู้ประกอบกิจการที่เพิ่มขึ้น 12.8 จุดร้อยละในเชิงพรรณนาเท่านั้น เนื่องจากไม่ได้ทดสอบความแตกต่างของขนาดการเปลี่ยนแปลงระหว่างสองกลุ่มโดยตรง จึงไม่สามารถสรุปว่าผู้สัมผัสอาหารมีการพัฒนามากกว่าผู้ประกอบกิจการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับคะแนนก่อนการพัฒนาของผู้สัมผัสอาหารที่ต่ำกว่า จึงมีช่องว่างสำหรับการเพิ่มขึ้นของคะแนนมากกว่า

แม้คะแนนความรู้ภายหลังการพัฒนาจะเพิ่มขึ้น แต่ยังมีสถานประกอบการบางส่วนไม่ผ่านมาตรฐาน SAN แสดงให้เห็นว่า ความรู้เป็นเงื่อนไขพื้นฐานของการพัฒนา แต่ไม่ได้ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรฐานโดยอัตโนมัติ การเปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติยังขึ้นอยู่กับภาระงาน ความเคยชิน สภาพพื้นที่ อุปกรณ์ ต้นทุน และระบบจัดการของสถานประกอบการ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ควรดำเนินควบคู่กับการสาธิต การให้คำแนะนำเฉพาะจุด การปรับปรุงสภาพแวดล้อม และการติดตามหลังการอบรม

3. การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการพัฒนามีตัวอย่างตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียร้อยละ 60.0 ภายหลังการพัฒนาลดลงเหลือร้อยละ 20.0 หรือลดลง 40.0 จุดร้อยละ และแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.017) ผลดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนแปลงด้านความปลอดภัยอาหารในระดับชีวภาพภายหลังการพัฒนาความรู้ การให้คำแนะนำด้านสุขลักษณะ การปรับปรุงการทำความสะอาดภาชนะและอุปกรณ์ การจัดการพื้นที่เตรียมอาหาร และการติดตามสถานประกอบการ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปัญจ์ปพัชรภร บุญพร้อม อินจิรา นิยมธูร และบุญส่ง ไข่เกษ[14] ซึ่งประเมินมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในโรงอาหารวิทยาลัยเทคโนโลยีสุขภาพและบริการกรุงเทพฯ ก่อนและหลังการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการอบรมตรวจพบเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหารร้อยละ 83.33 แต่ภายหลังการอบรมลดลงเหลือร้อยละ 25.00 หรือลดลง 58.33 จุดร้อยละ ขณะเดียวกันสถานที่จำหน่ายอาหารซึ่งไม่ผ่านมาตรฐานก่อนดำเนินงานมีผลการประเมินอยู่ในระดับดีทั้งหมด

ภายหลังการพัฒนา ผลดังกล่าวมีทิศทางเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งพบทั้งการลดลงของการปนเปื้อนและการเพิ่มขึ้นของสถานที่จำหน่ายอาหารที่ผ่านมาตรฐาน SAN

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของดาริวรรณ เศรษฐีธรรม และภัควลัญชญ์ จันทรา[15] ซึ่งใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาสุขลักษณะของแผงลอยจำหน่ายอาหารจำนวน 68 แผง ในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี โดยตรวจตัวอย่างอาหาร 340 ตัวอย่าง ภาชนะ 204 ตัวอย่าง และมือผู้สัมผัสอาหาร 136 ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า การปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มในอาหารลดลงจากร้อยละ 13.9 เป็นร้อยละ 11.2 ในภาชนะลดลงจากร้อยละ 5.6 เป็นร้อยละ 3.4 และในมือผู้สัมผัสอาหารลดลงจากร้อยละ 7.1 เป็นร้อยละ 4.6 โดยผลก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) จากการทดสอบ McNemar test กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วยการแจ้งผลตรวจแก่ผู้ประกอบการ การร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ไขและการให้อาสาสมัครสาธารณสุขติดตามแนะนำก่อนตรวจซ้ำ ซึ่งใกล้เคียงกับกระบวนการตรวจ คืนข้อมูล แก้ไข ติดตาม และตรวจซ้ำในการศึกษาครั้งนี้

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา อยู่คง รัชฎาพร สุวรรณรัตน์ และวิภาดา หนูทอง[16] ซึ่งประเมินมาตรการสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารสวัสดิการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยใช้ชุดทดสอบ SI-2 ผลการตรวจครั้งแรกพบการปนเปื้อนในอาหารพร้อมบริโภคร้อยละ 77.78 ภาชนะสัมผัสอาหารร้อยละ 60.00 และมือผู้สัมผัสอาหารร้อยละ 36.00 เมื่อประเมินครั้งที่ 2 พบการปนเปื้อนในอาหารพร้อมบริโภคลดลงเหลือร้อยละ 25.93 และไม่พบการปนเปื้อนในภาชนะสัมผัสอาหาร ต่อมาเมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจอาหารพร้อมบริโภคพบว่าการปนเปื้อนลดลงจากระดับเดิมร้อยละ 68.10 และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($|Z|=5.25$, $p<.00001$)

แม้ขนาดการลดลงของแต่ละการศึกษาจะแตกต่างกันตามระดับการปนเปื้อนเริ่มต้น ชนิดตัวอย่าง จำนวนตัวอย่าง และบริบทของสถานประกอบการ แต่ผลมีทิศทางร่วมกัน คือ ภายหลังการดำเนินมาตรการพัฒนาด้านสุขาภิบาลอาหารพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียลดลง สิ่งสำคัญที่พบร่วมกันคือ การไม่หยุดกระบวนการไว้ที่การตรวจพบเชื้อ แต่ใช้ผลตรวจเป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อค้นหาจุดเสี่ยง ให้คำแนะนำ แก้ไข และติดตามผล ผลเชิงคุณภาพของการศึกษาครั้งนี้ช่วยอธิบายว่า ผลตรวจทางชีวภาพทำให้ความเสี่ยงที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่ากลายเป็นข้อมูลที่ผู้ประกอบกิจการรับรู้ได้อย่างเป็นรูปธรรม การคืนข้อมูลผลตรวจจึงช่วยเปลี่ยนคำแนะนำทั่วไปเรื่องความสะอาดไปสู่การแก้ไขจุดเสี่ยงเฉพาะ เช่น มือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์ และพื้นที่เตรียมอาหาร อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้รายบุคคลกับผลตรวจการปนเปื้อน จึงไม่สามารถสรุปว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นสาเหตุโดยตรงของการลดลงของเชื้อโคลิฟอร์ม กล่าวได้เพียงว่าผลลัพธ์ทั้งสองด้านเกิดขึ้นภายหลังชุดกิจกรรมพัฒนาในช่วงเวลาเดียวกัน

4. กระบวนการ PAOR และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการศึกษาพบว่า วงจร PAOR ช่วยเชื่อมข้อมูลจากการประเมินมาตรฐาน ความรู้ การตรวจสุขภาพ และการเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหารเข้าสู่การดำเนินงาน โดยขั้น Planning ทำให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์และจัดลำดับปัญหา ขั้น Acting ทำให้แต่ละหน่วยงานดำเนินกิจกรรมตามบทบาท ขั้น Observing ทำให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวชี้วัดเดิม และขั้น Reflecting เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องนำผลมาถอดบทเรียนและปรับปรุงการดำเนินงานในรอบต่อไป ผลดังกล่าว

สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ ไชยคุณ นฤมล สินสุพรรณ และสุทิน ชนะบุญ[5] ซึ่งพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดสดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น และพบว่าการเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินกิจกรรม และติดตามประเมินผลช่วยให้การดำเนินงานอาหารปลอดภัยมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของรัชตพล มีลาภ[6] ซึ่งพัฒนาการจัดการอาหารริมบาทวิถีโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดสมุทรสาคร และพบว่าการกำหนดบทบาท การประสานความร่วมมือ และการติดตามร่วมกันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบสุขาภิบาลอาหาร ข้อค้นพบเชิงคุณภาพของการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การทำงานของภาคีเครือข่ายมีประสิทธิภาพเมื่อแต่ละฝ่ายรับผิดชอบภารกิจที่สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่และทรัพยากรของตน หน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการ การประเมิน และการเฝ้าระวัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนมีบทบาทด้านการสื่อสารและติดตามสถานประกอบการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จจึงเกิดจากความร่วมมือของสถานประกอบการที่เชื่อมโยงกับระบบสนับสนุนและการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกันพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐาน SAN และ SAN Plus โดยกำหนดบทบาทของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน และมีระบบติดตามให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

2. ควรนำผลการประเมินสถานที่และผลตรวจการปนเปื้อนมาใช้คืนข้อมูลแก่ผู้ประกอบกิจการ เพื่อกำหนดจุดที่ต้องปรับปรุงและติดตามประเมินซ้ำเป็นรายสถานประกอบการ

3. ควรพัฒนาความรู้ของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหารให้เหมาะสมกับบทบาท โดยเน้นการนำความรู้ไปปฏิบัติจริงควบคู่กับการสนับสนุนด้านโครงสร้าง อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็น

4. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบติดตามผลในระยะยาว และวิเคราะห์การปนเปื้อนแยกตามประเภทตัวอย่าง เพื่อประเมินความต่อเนื่องและประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2026). Foodborne diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Sep 12]. Available from: https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases
2. World Health Organization.(2022). WHO global strategy for food safety 2022–2030: towards stronger food safety systems and global cooperation. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. กรรณิการ์ ลดาสุวรรณ, สุมทนา กลางคาร, กษมา วงษ์ประชุม.(2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารต่อพฤติกรรมของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;8(1):1–21.
4. อังคณา น่วมเจริญ, ภาวณี ขันติวรธรรม, วัลภา แสนสีแก้ว, ฐิติมา พงษ์ทวี.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบร้านอาหารตามสั่ง องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุนไกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย. วารสารสุขภาพสตรอง แอนด์ เฮลที้. 2568;1(1):48–64.

5. พรสวรรค์ ไชยคุณ, นฤมล สินสุพรรณ, สุทิน ชนะบุญ.(2563). การพัฒนาการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในตลาดสดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเปือยน้อย อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):407–13.
6. รัชตพล มีลาภ.(2567). การพัฒนาการจัดการอาหารริมบาทวิถีโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2567;4(1):232–44.
7. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์.(2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2558;2(1):29–49.
8. ศรีวิกา เล็กสิงห์โต, บัววรุณ ศรีชัยกุล, สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์.(2556). ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร ในเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ไชยพจน์ อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2556;10(1):61–8.
9. พีระพล ต่วนภูษา.(2565). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” ในสถานประกอบการ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;7(2):126–36.
10. ศักดินันท์ ดวงตา, กระจ่าง ตลับนิล.(2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร้านอาหารตามเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558;12(1):131–8.
11. สุชาติ สุขเจริญ, เอกชัย ชัยเดช, อารยา วงศ์ป้อม.(2566). รูปแบบการพัฒนาการจัดการอาหารริมบาทวิถีของประเทศไทย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2566;15(2):40–51.
12. ศรุตยา ประภาพันธ์, รจฤดี โชติกาวินทร์, วันดี นิลสำราญจิต.(2561). ผลของการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบกระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหาร เขตเทศบาลนครนครปฐม จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;11(1):69–77.
13. ปริญา ถมอุดทา, อดิศักดิ์ ถมอุดทา.(2565). รูปแบบการจัดการอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลมหาสารคามแบบมีส่วนร่วม. วารสารอาหารและยา. 2565;29(1):42–58.
14. ปัญจ์ปพัชรภร บุญพร้อม, อินจิรา นิยมธูร, สิทธิพันธุ์ ไชยนันทน์, บุญส่ง ไข่เกษ.(2560). การประเมินมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร: กรณีศึกษาโรงอาหารวิทยาลัยเทคโนโลยีสุขภาพและบริการกรุงเทพฯ. วารสารวิจัยรำไพพรรณี. 2560;11(2):177–87.
15. ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, ภัควลัญชญ์ จันทรา.(2554). บทบาทของ อสม. ต่อการปรับปรุงสุขลักษณะของแผงลอยจำหน่ายอาหารในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554;4(3):21–30.
16. อัจฉรา อยู่คง, รัชฎาพร สุวรรณรัตน์, วิภาดา หนูทอง.(2569). การประเมินมาตรการด้านสุขาภิบาลอาหารในร้านอาหารสวัสดิการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จากดัชนีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียโดยใช้ชุดทดสอบ SI-2. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2569;68(2):356–66.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL.11 NO.3 July - September 2026

Part IV

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026
Part 4

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ 1002
คมสัน รัตนสีหภูมิ ,สุทธิศักดิ์ นรดี

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลรักษาระยะกลาง ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ 1015
ระเบียบ โตแก้ว ,วิมลนันท์ พุฒิวณิชพงศ์ ,กงจักร สอนลา ,ณัฐกฤตา ทุมวงศ์ ,นิพิฐพนธ์ สุปัญบุตร

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม 1029
สุภัทร กตัญญูทิตา ,ธารารัตน์ สัญญะโม ,ภคภัทร บุญยโกวิทย์

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน 1039
ธมภร มหัสพัน ,จิรพันธ์ อินทรศักดิ์ ,กัลยากร แสงคำ ,อำพร ยศอาลัย ,สุรีภรณ์ แสงรัตน์

บทบาทของเภสัชกรโรคหัวใจแนวใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevation, NST elevation โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี 1051
วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ร่วมกับภาวะคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 1057
สุพรรณี ชัยประเสริฐ

ผลลัพธ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง หลังการใช้แนวทางในการดูแลรักษา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ 1068
ธีรวัฒน์ วงเนตร

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ 1077
สุทัศน์ สิมพราช

ผลของแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย 1089
บัวพลอย พรหมแจ้ง ,เจียรนันต์ จันทร์แก้ว

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ 1099
สุชลี แสนธรรมจักร ,สมใจ ศิระกมล ,ชญาภา แสนหลวง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบและติดเชื้อในช่องคอส่วนลึกร่วมกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา 1111
มานิดา ตันติเดชามงคล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง: กรณีศึกษา 1126
ณิชาภา แสงวิภาค

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยา ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี 1141
บงกช เพียรไทย ,ธงชัย ทองปู่

การศึกษาเชิงสำรวจหาปริมาณโลหะหนักชนิด ตะกั่ว, แคดเมียม, นิกเกิล ที่ปนเปื้อนในครีมกันแดดผิวกายแบรนด์ไทย 1156
ณัฏฐนันท์ กาญจนพัฒนา ,ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์

การศึกษาแนวทางการพัฒนาเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด 1165
กรรณิกา นันตา ,ปริพัช เงินงาม ,ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์ ,หทัยกาญจน์ เยาวบุตร ,ธัญลักษณ์ ปู่คำสุข

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช 1173
ผดุงขวัญ แก้วจำรัส ,เกสราวรรณ ประดับพจน์ ,อรพรรณ คงศรีชาย

การดูแลสุขภาพครอบครัวตลอดช่วงชีวิตในครอบครัวพหุวัย: บริบทการดูแลผู้สูงอายุและสมรรถนะผู้ดูแลในชุมชน 1184
อุมาสวรรค์ คลาร์ก ,ชื่นชม ยุสเซน

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026Part 4

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 1192
นิตยา แสงประจักษ์ ,ภัทราวดี โสภัย ,เกวลิน วงศ์จรัส ,กัลยา ลาไป ,ประดิษฐ์ แก้วพาปราบ ,ชนิสรา ทีทา
ณัฐเดช เทศารินทร์ ,วรกร วิชัยโย ,ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี

การศึกษาตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานของวัดมหาชัยภาคอีสานในผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้ 1201
บัววรุณ ศรีชัยกุล ,รังสฤษฎ์ สุนันท์ ,นฤนารถ ยืนยง ,เรืองสิทธิ์ วิทยาภัค ,ทวีศักดิ์ เทรุยะ ,พุฒิพงศ์ มากมาย
ดวงฤทัย เขมะไชเวช ,วสวัตต์ ฉายวัง

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น 1208
วีรยา ชัวจิตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 1219
กฤตภาส เนียมจีน ,ฝนทิพย์ เปรื้องไชโย ,พัชรา แผงศร ,พรณภา พิชัยเชิด ,กันทิมา ศิริสันติเมธาคม
ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี ,วรกร วิชัยโย ,นิตยา แสงประจักษ์

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ : กรณีศึกษา 2 ราย 1230
โสภา พาดี

การใช้ซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำเพื่อเป็นเป้าหมายในการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1240
ณพิชญา วิริยะ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง: กรณีศึกษา 2 ราย 1250
จรรยา เคหฐาน

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล 1265
วรายุส วรรณวิไล ,สันติพงษ์ ทองหอม

ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง 1278
จักรี สาริกานนท์

การศึกษาลักษณะทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับสารเสพติดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1291
ศิวพันธ์ เพชรอุดม ,ณรงค์ กุลนิเทศ ,ณิช วงศ์ส่องจ้า

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 1299
ภูวนาท บุญมา

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา 1311
พิมพ์ชนก บัวแก้ว

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมหาสารคาม 1324
ศิริพร ราชรามแก้ว ,อดิศักดิ์ ถมอุดทา ,ประถมพร มาตย์วิเศษ ,ธิดาภรณ์ ใสโศก

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 1332
ภัสราภรณ์ จวบบุญ ,ณัชชวกร เกตุสิริ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูญเสียฟันในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร 1342
เทพฤทธิ์ ไตรฟื้น

ผลของไกลโคซามิโนไกลแคน (GAGs) จากเห็ดแชมปิญองขาว (Agaricus bisporus) ในการลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาล (FBS) และไขมันในกระแสโลหิต ในกลุ่มผู้ที่มีอาการเมตาบอลิก: การทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม 1351
ประภัสสร จรูญพงศ์ ,ภาวิต หน่อไชย

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 43 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป การใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน การพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย รูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of an Environmental Management Model for Prevention and Control of Leptospirosis through the Mechanism of the District Health Board, Khukhan District, Si Sa Ket Province.

(Received: September 13, 2026; Revised: September 21, 2026 ; Accepted: September 24, 2026)

คมสัน รัตนสีหภูมิ[1] สุทธิศักดิ์ นรดี[2]
Komsan Rattanasihapoum[1] Sutthisak Noradee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคดังกล่าว รวมทั้งประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) นี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจร่วมกับการศึกษาสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในอำเภอขุขันธ์ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และประเมินผลด้วย Interrupted Time Series Analysis (ITSA)

ผลการวิจัย พบว่า ในระยะที่ 1 พื้นที่อำเภอขุขันธ์มีอัตราป่วยรายเดือนเฉลี่ย 5.8 ต่อประชากรแสนคน และมีการระบาดสูงในฤดูฝนอย่างชัดเจน นอกจากนั้นจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 คน เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชนต่อการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลได้แก่ คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง (Adj.OR = 12.84; 95%CI 3.92–41.99) คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (Adj.OR = 17.52; 95%CI 6.42–47.81) และประชาชนที่มีอายุ 31–45 ปี (Adj.OR = 11.67, 95% CI: 1.95-69.83) และมากกว่า 60 ปี (Adj.OR = 7.78, 95% CI: 1.41-43.01) ซึ่งปัจจัยมีความสามารถในการจำแนก (AUC) เท่ากับ 0.89 ซึ่งจัดอยู่ในระดับดีมาก (Good) สำหรับระยะที่ 2 รูปแบบ PACE-DHB ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ชุดความคิด ได้แก่ การสื่อสารข้อมูล เสริมสร้างความเชื่อมั่น การประเมินคุณค่า และการพัฒนาระบบ หลังการดำเนินงาน 8 เดือน อัตราป่วยลดลงจาก 5.8 เป็น 2.9 ต่อแสนประชากร และไม่พบผู้เสียชีวิต (β_1 = -3.42, p < 0.001)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การจัดการสิ่งแวดล้อม, โรคเลปโตสไปโรซิส, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This research aimed to examine the situation and factors influencing environmental management behaviors for leptospirosis prevention, to develop an environmental management model for disease prevention and control, and to evaluate the model's effectiveness. This Research and Development study comprised two phases: Phase 1 employed a survey combined with situational analysis of leptospirosis in Khukhan District, while Phase 2 was Action Research applying the Appreciation-Influence-Control (AIC) participatory planning process, evaluated using Interrupted Time Series Analysis (ITSA).

In Phase 1, the district recorded an average monthly morbidity rate of 5.8 per 100,000 population, with marked seasonal peaks during the rainy season. Interviews with 226 participants revealed that influencing factors

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

included high health belief model scores (Adj.OR=12.84; 95%CI 3.92–41.99), high social support scores (Adj.OR=17.52; 95%CI 6.42–47.81), and age groups 31–45 years (Adj.OR=11.67; 95%CI 1.95–69.83) and over 60 years (Adj.OR=7.78; 95%CI 1.41–43.01), with discriminative ability (AUC) of 0.89 (Good). In Phase 2, the developed PACE-DHB model comprised four concepts: information communication, confidence building, value appraisal, and system development. After eight months, the morbidity rate declined from 5.8 to 2.9 per 100,000 population with no deaths (β_1=-3.42, p<0.001).

Keywords: model development, environmental management, leptospirosis, District Health Board, community participation, Health Belief Model

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียจากสัตว์สู่คนที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อนที่ประชาชนจำนวนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรมและสัมผัสน้ำหรือดินชื้นเป็นประจำ ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการอยู่รอดของเชื้อ[1,2,3,4] การติดเชื้อมักเกิดจากเชื้อเข้าสู่ร่างกายผ่านผิวหนังที่มีบาดแผล เยื่อบุตา หรือการลุยน้ำที่ปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์รังโรค จึงทำให้โรคนี้สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอาชีพ สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของประชาชน ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา แนวคิด ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว ได้รับการยอมรับมากขึ้นในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เนื่องจากโรคนี้เชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ และสิ่งแวดล้อม[5,6,7,8] มีหลักฐานและรายงานจำนวนมากชี้ว่าการลดอัตราป่วยของโรคดังกล่าวจะมีประสิทธิผลมากขึ้นเมื่อบูรณาการมาตรการทางระบาดวิทยา การเฝ้าระวังแหล่งเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยง การควบคุมสัตว์พาหะ และการจัดการแหล่งน้ำหรือพื้นที่เปียกชื้นที่ปนเปื้อนร่วมกัน[5,6,7,8,9,10]

สำหรับประเทศไทย โรคเลปโตสไปโรซิสยังคงพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะในพื้นที่เกษตรกรรมและพื้นที่ที่เกิดน้ำท่วมซ้ำตามฤดูกาล หลายการศึกษาทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาคสะท้อนให้เห็นว่าการลุยน้ำ การไถนา การถอนกล้า การสัมผัสดินเปียกชื้น และน้ำท่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ[6,11,12,13] มีสำหรับของบริบทของอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว กล่าวคือ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการใช้แรงงานในพื้นที่เกษตรกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการเลี้ยงสัตว์ในระดับครัวเรือนจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม ปัญหาในทางปฏิบัติไม่ได้อยู่ที่การมีองค์ความรู้ทางวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติจริงของประชาชน การรับรู้ความเสี่ยงของโรค ตลอดจนความพร้อมของระบบบริการในระดับพื้นที่ที่จะขับเคลื่อนมาตรการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง[7,13,14,15,16,18] ในหลายพื้นที่พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับจำกัด รับรู้ความรุนแรงไม่ชัด และยังมีพฤติกรรมเสี่ยงแม้เคยมีประสบการณ์โรคมาก่อน[14,15,16,17]

การนำเอากรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะช่วยอธิบายว่าพฤติกรรมป้องกันโรคจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค มองเห็นประโยชน์ของการป้องกัน ตระหนักถึงอุปสรรค มีสิ่งเร้าให้เกิดการปฏิบัติ และเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้[19] ขณะเดียวกัน แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล อารมณ์ เครื่องมือ และการประเมินจากบุคคลหรือเครือข่ายรอบตัว เป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ[20,21] เมื่อพิจารณาในด้านระบบ แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบสุขภาพระดับอำเภอชี้ให้เห็นว่าการควบคุมโรคอย่างยั่งยืนควรอาศัยกลไก

ประสานงานที่บูรณาการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ ผู้นำท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีอื่นในพื้นที่[22,23]กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม และการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงมีความสำคัญส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมรับผิดชอบ[24,25]

จากบริบทดังกล่าว การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงจริงของพื้นที่ เชื่อมโยงข้อมูลเชิงวิชาการกับการตัดสินใจเชิงนโยบายระดับอำเภอ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรมในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ รวมถึงศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชนต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จากนั้นนำข้อค้นพบมาพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และในขั้นสุดท้ายคือการประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ทางระบาดวิทยาในพื้นที่

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบผสมผสาน ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ใช้การวิจัยย้อนหลังร่วมกับการสำรวจภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคเลปโตสไปโรซิส, การกระจายของโรค รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชนต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในส่วนระยะที่ 2 ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[25] ร่วมกับแนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC)[24] ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[19] และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม[26] เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยเรื่องนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากรออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตอำเภอขุขันธ์ คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน สำหรับกรณีทราบขนาดประชากร[27] จากนั้นเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการความผิดพลาดและความสูญหาย ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 226 คน ดำเนินการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) ในส่วนระยะที่ 2 การวิจัยระยะนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขุขันธ์, แกนนำชุมชน, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคของทุกหน่วยบริการและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในงานวิจัยนี้ได้จำแนกเครื่องออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ในระยะนี้ ใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง, ส่วนที่ 2 ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ,

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสโรซิสอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ, ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคเลปโตสโรซิสอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 5 ระดับ สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้ประยุกต์เครื่องมือ จาก เครื่องมือของ ธวัชชัย เติมใจ [28] สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง และมยุรี สิมมะโรง [29] และ เสถียร ปวงสุข [30] นอกจากนั้นยังได้มีการปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และแบบสังเกต และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส และได้นำไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน โดย พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นหาค่า Index of Item – Objective Congruence (IOC) ของเครื่องมือ ได้ค่า IOC รายข้อตั้งแต่ 0.87 และ Cronbach's alpha = 0.75–0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับในงานวิจัยนี้ ได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย Fisher's exact test และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วย Multiple Logistic Regression โดยใช้วิธีการตัดตัวแปรแบบ Backward Elimination และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2 ดำเนินการตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[25] ในลักษณะวงจรต่อเนื่อง โดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ประกอบด้วย ขั้น A (Appreciation) การคืนข้อมูลและระดมสมองวิเคราะห์ SWOT/TOWS เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์; ขั้น I (Influence) การวิเคราะห์สาเหตุด้วย Fishbone Analysis และการวิเคราะห์แรงผลักดัน-แรงต้าน (Force Field Analysis); ขั้น C (Control) การจัดทำแผนปฏิบัติการ พร้อมลงนาม MOU 5 ฝ่าย การประเมินประสิทธิผล ประเมินด้วย Interrupted Time Series Analysis (ITSA) โดยเปรียบเทียบอัตราป่วยรายเดือน 24 เดือนก่อนการพัฒนารูปแบบกับ 8 เดือนหลังการดำเนินงาน ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดกระบวนการและผลลัพธ์ตามที่กำหนด

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-115 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสจากการรวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาย้อนหลัง 6 ปี (พ.ศ. 2562–2567) พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 482 ราย เฉลี่ย 80.33 รายต่อปี อัตราป่วยเฉลี่ย 53.79 ต่อแสนประชากร มีการระบาดสูงสุดในเดือนมิถุนายน–ตุลาคม ของทุกปี และพบอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2566 (202 ราย) และ 2567 (131 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.88) อายุเฉลี่ย 49.51 ปี ตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ ตำบลศรีสะอาด (87.73 ต่อประชากรแสนคน) ตำบลตาอุด (84.12 ต่อประชากรแสนคน) และตำบลสำโรง

ตาเจ็น (82.73 ต่อประชากรแสนคน) ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชนต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 226 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 139 ราย (ร้อยละ 61.5) อายุเฉลี่ย 51.7 ปี สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 62.4) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 83.2) รายได้เฉลี่ย 4,877 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 93.4) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 17.7)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชนต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรค, การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค, สิ่งเร้าให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค และความเชื่อมั่นในตนเอง แสดงรูปแบบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนที่สุด ในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ก็เช่นเดียวกัน มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบรูปแบบความสัมพันธ์ที่น่าสนใจ คือ ในกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ไม่มีผู้ใดที่มีพฤติกรรมในระดับดีเลย (0%) ทั้ง 4 ด้าน ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนระดับสูงมีพฤติกรรมในระดับดีมากกว่าร้อยละ 80 ทุกด้าน โดยเฉพาะแรงสนับสนุนด้านการประเมิน และแรงสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือการปฏิบัติ ที่มีพฤติกรรมระดับดีเกินร้อยละ 80

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชนต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติถดถอยลอจิสติกแบบหลายตัวแปร (multiple logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมของประชาชนต่อการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (Adj.OR = 17.52, 95% CI: 6.42-47.81), ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง (Adj.OR = 12.84, 95% CI: 3.92-41.99), กลุ่มอายุ 31-45 ปี (Adj.OR = 11.67, 95% CI: 1.95-69.83) และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (Adj.OR = 7.78, 95% CI: 1.41-43.01) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ ≤30 ปี และ กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท ที่มีพฤติกรรมที่ดีน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (Adj.OR = 0.28, 95% CI: 0.11-0.69)

4. สมการทำนายพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม จากผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกแบบหลายตัวแปร Multiple Logistic Regression ด้วยวิธี Backward Elimination ได้สมการทำนายพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ดังนี้

เมื่อ logit(P) = logit(P) = −2.4773 + 2.4574 (อายุ 31–45 ปี) + 1.3757 (อายุ 46–60 ปี) + 2.0513 (อายุมากกว่า 60 ปี) − 1.2815 (รายได้ 5,000–10,000 บาท) − 0.3106 (รายได้ตั้งแต่ 10,001 บาท)
+ 2.5522 (คะแนนแบบแผนความเชื่อฯ สูง) + 2.8633 (การสนับสนุนทางสังคมสูง)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล การดำเนินการสร้างรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยเป็นรูปแบบดังกล่าวมีการผนวกการบริหารจัดการกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งรูปแบบดังอ้างอิงรูปแบบของชุมชนในชนบท มีการคมนาคมที่สะดวก มีลักษณะพื้นที่เป็นพื้นที่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ทำนา ทำสวนยางพารา

สลับกับไร่มันสำปะหลัง สำหรับการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ร่วมกับกระบวนการ AIC และได้นำเสนอผลวิจัยตามประเด็นต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย 4 ชุดความคิดเชิงยุทธศาสตร์ คือ

1. ชุดความคิดด้านการสื่อสารข้อมูล ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาระบบ Line Official Account, เกมห่วงโซ่โรคฉี่หนู, โปสเตอร์ 5 ความเข้าใจผิด, และการกระจายข่าวผ่านหอกระจายข่าว

2. ชุดความคิดด้านการเสริมสร้างความเชื่อมั่น ได้แก่ กิจกรรม Big Cleaning Day, กิจกรรมครัวเรือนต้นแบบ, มีการจัดตั้งตู้ปันบูท และการอบรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)

3. ชุดความคิดด้านการประเมินและชิดชูเกียรติ ได้แก่ กิจกรรมประเมินและมอบป้ายดาวบ้านสะอาดปลอดเชื้อ และกิจกรรมการประกวดหมู่บ้านปลอดโรค

4. ชุดความคิดด้านการพัฒนาระบบสนับสนุน ได้แก่ การบรรจุเข้าสู่วาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) เป็นประจำทุกเดือน มีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) 5 ฝ่าย เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส มีการจัดทำแผนที่ความเสี่ยง (Risk Map) ครบทั้ง 273 หมู่บ้านของอำเภอขุขันธ์ และการฉีดวัคซีนปศุสัตว์ตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)

ผลการวิเคราะห์อัตราป่วยด้วยวิธีอนุกรมเวลาแบบขัดจังหวะ (Interrupted Time Series Analysis: ITSA) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในเชิงผลลัพธ์ทางระบาดวิทยา โดยผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถสะท้อนข้อค้นพบเชิงประจักษ์ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. ลักษณะการกระจายตัวก่อนการพัฒนารูปแบบ ในช่วง 24 เดือนก่อนการดำเนินการ อัตราป่วยรายเดือนของพื้นที่อำเภอขุขันธ์อยู่ในระดับสูงและแสดงรูปแบบการแปรปรวนตามฤดูกาล (Seasonality) อย่างชัดเจน โดยมียอดสูงสุด (Peak) ในช่วงฤดูฝนของแต่ละปี ค่าเฉลี่ยอัตราป่วยรายเดือนตลอดช่วงก่อนการแทรกแซงเท่ากับ 5.8 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของสถานการณ์โรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. การลดลงทันทีหลังการพัฒนารูปแบบ และเริ่มดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น อัตราป่วยรายเดือนลดลงทันทีและคงอยู่ในระดับต่ำอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 8 เดือนของการแทรกแซง โดยมีค่าเฉลี่ยรายเดือนเท่ากับ 2.9 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 50.0

3. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบ “Level Change” การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีลักษณะเป็นการลดลงในระดับเส้นฐาน (Level Shift) อย่างทันทีและคงอยู่ตลอดระยะเวลาการแทรกแซง ซึ่งเป็นรูปแบบที่บ่งชี้ถึงผลกระทบโดยตรงของการแทรกแซง มากกว่าการสะท้อนแนวโน้มการลดลงตามธรรมชาติของข้อมูล เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการพัฒนา ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดทางระบาดวิทยา

สรุปผลและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ตามประเด็นและระยะของการวิจัยได้ดังนี้

1. สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงย้อนหลัง 6 ปี พบผู้ป่วยสะสม 482 ราย อัตราป่วยเฉลี่ย 53.79 ต่อประชากรแสนคน และเพิ่มขึ้นเด่นชัดในปี พ.ศ. 2566–2567 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายและกระจุกตัวในกลุ่มวัยทำงานตอนปลายถึงวัยสูงอายุ ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าโรคในพื้นที่เชื่อมโยงกับรูปแบบการประกอบอาชีพเกษตรกรรม สอดคล้องกับองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาที่อธิบายว่าเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อจาก

สัตว์สู่คน ซึ่งเสี่ยงสูงขึ้นเมื่อสัมผัสน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนปัสสาวะสัตว์ โดยเฉพาะหลังฝนตกหนักหรือน้ำท่วม ทั้งกรมควบคุมโรคและ CDC สหรัฐฯ ต่างชี้ตรงกันว่าความเสี่ยงเพิ่มในฤดูฝนและพื้นที่น้ำขัง การที่อำเภอขุขันธ์มีอัตราป่วยเพิ่มในบางปีและมีการกระจายเชิงพื้นที่ชัดเจน จึงอธิบายได้ด้วยบริบทพื้นที่เกษตรและปัจจัยแวดล้อมเป็นสำคัญ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Tangkanakul และคณะ[12] ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ที่พบว่าการเดินลุยน้ำ การไถนา และการถอนกล้าในนาน้ำขังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่นเดียวกับ Suwanpakdee และคณะ[11] ที่พบความสัมพันธ์กับฤดูกาลและน้ำท่วม และ Lau และคณะ[31] ที่เสนอว่าความเสี่ยงเป็นผลจากการทำงานร่วมกันของปัจจัยด้านภูมิอากาศ สิ่งแวดล้อม ความยากจน และพฤติกรรมมนุษย์ อย่างไรก็ตาม Panaphut และคณะ[32] ศึกษาผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่นและพบอายุเฉลี่ยประมาณ 38 ปี ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาครั้งนี้ที่พบการกระจุกตัวในกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยและรูปแบบแรงงานเกษตรที่ผู้สูงอายุยังคงทำงานหนัก ขณะที่ Abdullah และคณะ[14] ในชุมชนเมืองของมาเลเซีย พบอายุเฉลี่ยประมาณ 32.5 ปี โดยปัญหาหลักอยู่ที่ความรู้โรคต่ำในบริบทเมือง จึงกล่าวได้ว่าแม้กลไกพื้นฐานของโรคจะเหมือนกัน แต่รูปแบบประชากรเสี่ยงแตกต่างกันตามบริบทเมืองและชนบท โครงสร้างอาชีพ และโครงสร้างอายุของประชากร

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่สำคัญ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง และกลุ่มอายุ 31–45 ปี กับมากกว่า 60 ปี ขณะที่กลุ่มรายได้ 5,000–10,000 บาท กลับมีโอกาสมีพฤติกรรมดีน้อยกว่ากลุ่มรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ผลการศึกษาชี้ว่าพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ได้ขึ้นกับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ความเชื่อมั่นในตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนจากคนรอบข้างหรือระบบบริการร่วมกัน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อย่างชัดเจน ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน ผู้นำท้องถิ่น อสม. และหน่วยงานภาครัฐ ทำหน้าที่ลดอุปสรรคเชิงปฏิบัติและเสริมแรงให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Rahman และคณะ[16] ที่ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งมุ่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ช่วยผลักดันพฤติกรรมป้องกันได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับ Sukeri และคณะ[17] ที่ชี้ว่าการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยหลักต่อแรงจูงใจในการป้องกัน และ ธวัชชัย เติมใจ และคณะ[13] ที่ยืนยันว่าพฤติกรรมป้องกันโรคมีหลายปัจจัยกำหนด อย่างไรก็ดี ผลการศึกษานี้ต่างจาก Abdullah และคณะ[14] ในชุมชนเมืองที่แม้ประชาชนมีทัศนคติดีแต่ยังปฏิบัติไม่เหมาะสม สะท้อนว่าการแปลความรู้สู่การปฏิบัติยังเป็นช่องว่างตรงข้ามกับพื้นที่ขุขันธ์ที่เครือข่ายชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมไม่ได้เป็นแบบรายได้สูงยิ่งป้องกันดีเสมอไป เนื่องจากกลุ่มรายได้ปานกลางบางส่วนมีภาระงานสูงและมีข้อจำกัดด้านเวลาในการดูแลสิ่งแวดล้อม

3. การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีจุดเด่นตรงที่ไม่ได้เริ่มจากการกำหนดมาตรการจากส่วนกลางแล้วสั่งการลงสู่พื้นที่ แต่เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C จนเกิดเป็นรูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบ 3 ระยะ

คือ ระยะก่อนการระบาด ระยะการระบาด และระยะหลังการระบาด โดยมี 4 เสาหลัก ได้แก่ กลไก พชอ. แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เครือข่าย อสม. และระบบเฝ้าระวังโรค จุดแข็งสำคัญคือการผสานหลักวิชาการกับพลังของชุมชน กล่าวคือ ผลการวิเคราะห์เชิงสถิติในระยะที่ 1 ถูกนำไปเป็นข้อมูลตั้งต้นของกิจกรรม ทำให้การออกแบบมาตรการมีข้อมูลเชิงประจักษ์รองรับ ขณะที่ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมตัดสินใจและกำหนดกิจกรรมที่เหมาะกับวิถีชีวิตจริง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวและงานของ Cleaveland และคณะ[8] ที่เสนอว่าการจัดการปัญหาสุขภาพในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางจะมีประสิทธิผลและเป็นธรรมมากขึ้นเมื่อบูรณาการสุขภาพคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่นเดียวกับ Cremonese และคณะ[10] ที่ออกแบบรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อในชุมชนเมืองยากจน อย่างไรก็ตาม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นแตกต่างจากระบบที่เน้นโครงสร้างการเฝ้าระวังและบริการสุขภาพเป็นหลัก เช่น งานของ Zeng และคณะ[33] ในเมืองกวางโจว ที่ขับเคลื่อนผ่านระบบควบคุมโรคและสถาบันบริการสุขภาพ ขณะที่รูปแบบในอำเภอขุขันธ์ให้ชุมชนร่วมออกแบบและร่วมขับเคลื่อนมากกว่า และแม้งานของ Cremonese และคณะ[10] จะเน้นโครงสร้างพื้นฐานด้านท่อระบายน้ำและสุขาภิบาล แต่รูปแบบของอำเภอขุขันธ์กลับเน้นทุนทางสังคม การสื่อสาร และการลดอุปสรรคเชิงปฏิบัติ

4. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลายกิจกรรมบรรลุหรือเกินเป้าหมาย โดยเฉพาะชุดความคิดด้านการสื่อสารข้อมูล การประเมินและการเชิดชูเกียรติ และการพัฒนาระบบสนับสนุน ในเชิงผลลัพธ์ทางระบาดวิทยา การวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบขัดจังหวะ (Interrupted Time Series Analysis) แสดงว่าหลังเริ่มดำเนินการ อัตราป่วยรายเดือนเฉลี่ยลดจาก 5.8 เหลือ 2.9 ต่อประชากรแสนคน หรือลดลงร้อยละ 50 โดยมีการเปลี่ยนแปลงระดับเส้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่ารูปแบบนี้สัมพันธ์กับการลดลงของภาระโรคในพื้นที่จริง ไม่ใช่เพียงผลเชิงการรับรู้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Rahman และคณะ[16] ที่พบว่าโปรแกรมซึ่งกระทบทั้งความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันได้ และสอดคล้องเชิงระบบกับ Zeng และคณะ[33] รวมทั้งแนวคิด One Health ของ Cleaveland และคณะ[8] และ Lau และคณะ[31] ที่เน้นมาตรการหลายมิติ อย่างไรก็ตาม ยังไม่อาจสรุปได้ว่าองค์ประกอบใดส่งผลมากที่สุด อีกทั้งระยะติดตาม 8 เดือนเพียงพอสำหรับผลระยะสั้นถึงกลาง แต่ควรติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินความยั่งยืน ความสำเร็จในอำเภอขุขันธ์จึงน่าจะเกิดจากการออกแบบกิจกรรมที่แก้ทั้งแรงจูงใจและข้อจำกัดเชิงปฏิบัติไปพร้อมกัน สอดรับกับ Abdullah และคณะ[14] ที่ชี้ว่าความรู้หรือทัศนคติที่ดีไม่ได้แปลว่าจะเกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมเสมอไป

จุดเด่นและข้อจำกัดของงานวิจัย การวิจัยนี้มีจุดเด่นหลายประการ คือ เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งบูรณาการการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงปริมาณด้วยการถดถอยโลจิสติกเข้ากับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้ทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและกระบวนการพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองต่อบริบทพื้นที่อย่างแท้จริง ประกอบกับการพัฒนารูปแบบมิได้เริ่มจากการกำหนดมาตรการจากส่วนกลางแล้วสั่งการลงสู่พื้นที่ แต่เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์จริงร่วมกับการวางแผนแบบมีส่วนร่วมตามเทคนิค A-I-C จึงเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย และการ

อาศัยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีอยู่จริงในระบบ โดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำที่มีอำนาจตัดสินใจและประสานหน่วยงานข้ามภาคส่วนได้ ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความยั่งยืนและสามารถขับเคลื่อนต่อเนื่องได้ภายใต้โครงสร้างที่มีอยู่เดิม เหนือสิ่งอื่นใดการวิจัยนี้ยังยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบขัดจังหวะ (Interrupted Time Series Analysis) ซึ่งเป็นการออกแบบที่มีความเข้มแข็งเชิงระเบียบวิธีในการประเมินผลของมาตรการระดับประชากร อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณาในการตีความผลการวิจัย คือ การดำเนินการในพื้นที่อำเภอเดียวซึ่งมีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบาดวิทยาเฉพาะตัว จึงควรระมัดระวังในการนำผลไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน ต่อมาการออกแบบในระยะพัฒนารูปแบบเป็นลักษณะกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่เกิดขึ้นพร้อมกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศหรือมาตรการอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน นอกจากนั้นข้อมูลพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมได้จากการรายงานตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจมีอคติจากการตอบให้เป็นที่ยอมรับทางสังคม และการศึกษาในระยะที่ 1 เป็นการศึกษาภาคตัดขวางที่สามารถระบุได้เพียงความสัมพันธ์ของปัจจัย แต่ไม่อาจสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ ประกอบกับระยะติดตามผลที่ค่อนข้างจำกัด จึงควรมีการศึกษาขยายผลในพื้นที่อื่นและติดตามความยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้ สะท้อนผลการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอขุขันธ์อย่างไร ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่อำเภอขุขันธ์สามารถบรรลุผลได้จริงเมื่ออาศัยกลไกที่มีอยู่ในระบบร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในระยะแรกพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่าพื้นที่อำเภอขุขันธ์มีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนที่สามารถเป็นกลไกขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับครัวเรือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบนี้นำไปสู่การออกแบบรูปแบบการดำเนินงานที่เน้นการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงเป็นหัวใจสำคัญ ในระยะพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีนายอำเภอเป็นผู้นำ ทำให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือข้ามภาคส่วนระหว่างสาธารณสุข ปศุสัตว์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน อันสะท้อนถึงศักยภาพของพื้นที่ในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ การวางแผนแบบมีส่วนร่วมตามเทคนิค A-I-C และนวัตกรรมที่เกิดจากบริบทพื้นที่จริง ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน สำหรับผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่สำคัญ คือ การลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสประมาณร้อยละ 50 และไม่พบผู้เสียชีวิตในช่วงหลังการดำเนินงาน ซึ่งยืนยันด้วยการวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบขัดจังหวะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนว่าการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอขุขันธ์มิได้เป็นเพียงกิจกรรมเชิงรูปแบบ แต่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นต้นแบบของการจัดการโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่ขับเคลื่อนด้วยกลไกระดับอำเภอได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการศึกษาที่พบว่า 1) แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัย

สำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรออกแบบมาตรการป้องกันโรคโดยให้ความสำคัญกับการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ควบคู่กับการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มากกว่าการมุ่งให้ความรู้เพียงมิติเดียว เนื่องจากผลการศึกษาชี้ว่าการแปลความรู้ไปสู่การปฏิบัติยังเป็นช่องว่างสำคัญ 2) กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีนายอำเภอเป็นผู้นำและสามารถบูรณาการความร่วมมือข้ามภาคส่วน ควรได้รับการสนับสนุนให้เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรค เนื่องจากเป็นโครงสร้างที่มีอยู่จริงในระบบและเอื้อต่อความยั่งยืน หน่วยงานระดับจังหวัดและกระทรวงควรกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานผ่านกลไกนี้อย่างต่อเนื่อง 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งเน้นทุนทางสังคม การสื่อสาร และการลดอุปสรรคเชิงปฏิบัติ ควรได้รับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทเกษตรกรรมและระบาดวิทยาใกล้เคียงกัน โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยงเฉพาะได้แก่ เกษตรกรเพศชายวัยทำงานตอนปลายถึงวัยสูงอายุ และควรออกแบบมาตรการที่คำนึงถึงข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานของกลุ่มรายได้ปานกลาง เพื่อให้มาตรการมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ทั้งนี้ ควรมีการเตรียมความพร้อมรับมือก่อนฤดูฝนและช่วงน้ำท่วมซึ่งเป็นช่วงที่ความเสี่ยงของโรคเพิ่มสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ 1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเดียวซึ่งมีบริบทเฉพาะ การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายขอบเขตไปยังหลายพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรมและระบาดวิทยา เพื่อทดสอบความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้และเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลสู่บริบทที่กว้างขึ้น 2) การออกแบบในระยะพัฒนารูปแบบเป็นลักษณะกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม การวิจัยในอนาคตจึงควรพิจารณาใช้การออกแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมหรือการทดลองแบบสุ่มเชิงกลุ่ม (cluster randomized controlled trial) เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยภายนอกที่เกิดขึ้นพร้อมกันและยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของรูปแบบกับการลดลงของอัตราป่วยได้อย่างหนักแน่นยิ่งขึ้น 3) ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเกินกว่า 8 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางระบาดวิทยา โดยเฉพาะภายใต้ปัจจัยที่อาจกระทบความต่อเนื่อง เช่น การเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล การโยกย้ายผู้บริหาร และข้อจำกัดด้านทรัพยากร นอกจากนี้ ควรมีการวิเคราะห์เพื่อจำแนกว่าองค์ประกอบใดของรูปแบบส่งผลต่อความสำเร็จมากที่สุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบมาตรการที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพและ 4) เนื่องจากเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน การวิจัยในอนาคตควรพัฒนาไปสู่การศึกษาภายใต้กรอบสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) อย่างเต็มรูปแบบ โดยบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพคน สัตว์และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลปศุสัตว์รายครัวเรือนและการเก็บข้อมูลเชิงห้องปฏิบัติการ เพื่อให้เข้าใจกลไกการแพร่ระบาดและออกแบบมาตรการป้องกันที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ เล่มนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่ง

จาก ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด ที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนตรวจสอบกระบวนการ และขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์ ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจเป็นอย่างดี รวมถึงคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุขันธ์ ที่ให้ความกรุณา ให้กำลังใจ รวมถึงช่วยเหลือให้กระบวนการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดีและที่ขาดมิได้ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอขุขันธ์และประชาชนในเขตอำเภอขุขันธ์ ที่ให้ความกรุณาในการเข้าร่วมการวิจัยให้ข้อมูลรวมถึงดำเนินการเป็นผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Human Leptospirosis: Guidance for Diagnosis, Surveillance and Control. 2003. Accessed November 20, 2024. https://iris.who.int/handle/10665/42667
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรสิส. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
3. Torgerson PR, Hagan JE, Costa F, et al. Global Burden of Leptospirosis: Estimated in Terms of Disability Adjusted Life Years. PLoS Negl Trop Dis. 2015;9(10):e0004122-. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004122
4. Costa F, Hagan JE, Calcagno J, et al. Global Morbidity and Mortality of Leptospirosis: A Systematic Review. PLoS Negl Trop Dis. 2015;9(9):e0003898-. https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003898
5. Hernandez-Rodriguez P, Trujillo-Rojas B. One health: a comprehensive approach to improve prevention and control strategies in Leptospirosis. Revista de Ciências Agroveterinárias. 2022;21(1):71-78. doi:10.5965/223811712112022071
6. Viroj J, Lajaunie C, Morand S. Evolution of Public Health Prevention of Leptospirosis in a One Health Perspective: The Example of Mahasarakham Province (Thailand). Trop Med Infect Dis. 2021;6(3):168. doi:10.3390/TROPICALMED6030168
7. Ellwanger JH, da Veiga ABG, Kaminski V de L, Valverde-Villegas JM, de Freitas AWQ, Chies JAB. Control and prevention of infectious diseases from a one health perspective. Genet Mol Biol. 2021;44(1):1-23. doi:10.1590/1678-4685-GMB-2020-0256
8. Cleaveland S, Sharp J, Abela-Ridder B, et al. One health contributions towards more effective and equitable approaches to health in low- and middle-income countries. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2017;372(1725). doi:10.1098/RSTB.2016.0168/23280
9. Lau C, Jagals P. A framework for assessing and predicting the environmental health impact of infectious diseases: A case study of leptospirosis. Rev Environ Health. 2012;27(4):163-174. doi:10.1515/REVEH-2012-0023/XML
10. Cremonese C, Souza FN, Palma FAG, et al. Simplified sewerage to prevent urban leptospirosis transmission: a cluster non-randomised controlled trial protocol in disadvantaged urban communities of Salvador, Brazil. BMJ Open. 2023;13(6):e065009. doi:10.1136/BMJOPEN-2022-065009
11. Suwanpakdee S, Kaewkungwal J, White LJ, et al. Spatio-temporal patterns of leptospirosis in Thailand: is flooding a risk factor? Epidemiol Infect. 2015;143(10):2106-2115. doi:10.1017/S0950268815000205
12. Tangkanakul W, Tharmaphornpil P, Plikaytis BD, et al. Risk factors associated with leptospirosis in northeastern Thailand, 1998. Am J Trop Med Hyg. 2000;63(3-4):204-208. doi:10.4269/AJTMH.2000.63.204

13. Toemjai T, Thongkrajai P, Nithikathkul C. Factors affecting preventive behavior against leptospirosis among the population at risk in Si Sa Ket, Thailand. One Health. 2022;14:100399-100399. doi:10.1016/J.ONEHLT.2022.100399
14. Abdullah NM, Mohammad WMZW, Shafei MN, et al. Leptospirosis and its prevention: knowledge, attitude and practice of urban community in Selangor, Malaysia. BMC Public Health 2019 19:1. 2019;19(1):628-. doi:10.1186/S12889-019-6981-0
15. Nozmi N, Samsudin S, Sukeri S, et al. Low Levels of Knowledge, Attitudes and Preventive Practices on Leptospirosis among a Rural Community in Hulu Langat District, Selangor, Malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health 2018, Vol 15, Page 693. 2018;15(4):693. doi:10.3390/IJERPH15040693
16. Ab Rahman MHA, Hairon SM, Hamat RA, et al. Leptospirosis Health Intervention Module Effect on Knowledge, Attitude, Belief, and Practice among Wet Market Workers in Northeastern Malaysia: An Intervention Study. International Journal of Environmental Research and Public Health 2018, Vol 15, Page 1396. 2018;15(7):1396. doi:10.3390/IJERPH15071396
17. Sukeri S, Zahiruddin WM, Shafei MN, et al. Perceived Severity and Susceptibility towards Leptospirosis Infection in Malaysia. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020, Vol 17, Page 6362. 2020;17(17):6362. doi:10.3390/IJERPH17176362
18. Rodríguez M, Alfonso H, Rieumont E, Rodríguez I, Figueredo R. Participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis humana. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2015;19:891-910.
19. Green EC, Murphy E. Health Belief Model. In: The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society. 2014:766-769. doi:https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs410
20. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and Processes of Social Support. Annu Rev Sociol. 1988;14(1):293-318. doi:10.1146/annurev.so.14.080188.001453
21. Cohen S, Wills TA. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
22. Cohen J, Uphoff N, Univ C, Ithaca, Committee NY. Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design. Implementation and Evaluation. XF2006202596. Published online January 1, 1977.
23. สำนักบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2557.
24. Smith WE. The AIC Model: Concepts and Practice. ODII; 1991.
25. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Springer Singapore; 2014. doi:10.1007/978-981-4560-67-2
26. Sarason IG, Sarason BR. Social Support: Theory, Research and Applications. Springer; 1985.
27. Daniel Wayne W. Biostatistics: A Foundations for Analysis in the Health Sciences 6th ed. In: Biostatistics. Vol 37. John Wiley & Sons, Ltd; 1995:744-744. doi:10.1002/bimj.4710370610
28. ธวัชชัย เติมใจ. การสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อลดประชากรหนูในครัวเรือนของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดศรีสะเกษ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2565.
29. สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, มยุรี สิมมะโรง. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2565;1(1):29-41. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/964

30. เสถียร ปวงสุข. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม. 2568;3(1):e4107. https://he03.tci-thaijo.org/index.php/bcnnjournal/article/view/4107
31. Lau CL, Watson CH, Lowry JH, et al. Human Leptospirosis Infection in Fiji: An Eco-epidemiological Approach to Identifying Risk Factors and Environmental Drivers for Transmission. PLoS Negl Trop Dis. 2016;10(1):e0004405. DOI : 10.1371/journal.pntd.0004405
32. Panaphut T, Domrongkitchaiporn S, Thinkamrop B. Prognostic factors of death in leptospirosis: a prospective cohort study in Khon Kaen, Thailand. International Journal of Infectious Diseases. 2002;6(1):52-59. doi:10.1016/S1201-9712(02)90137-2
33. Zeng Z, Chen H, Xu J, et al. Characteristics of leptospirosis cases, prevention and control managements 1955–2020, Guangzhou, China. One Health. 2023;16:100541. DOI : doi.org/10.1016/j.onehlt.2023.100541

ประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลรักษาระยะกลาง ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์

The Effectiveness of a Rehabilitation Program for Patients with Substance Use Disorders Receiving Intermediate Rehabilitation Care at Mini Thanyarak Drug Treatment Hospitals.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ระเบียบ โตแก้ว[1] วิมลนันท์ พุฒิวณิชพงศ์[2] กงจักร สอนลา[1] ณัฐกฤตา ทุมวงศ์[3] นิพิฐพนธ์ สุปัญบุตร[4]

Rabiab Tokaew[1] Wimolnun Putdivarnichapong[2] Gongjak Sonlar[1] Nattakitta Thumwong[3] Nipittapon Supanyabut[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการดูแลรักษาระยะกลางในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 10 คน และผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชน และแบบบันทึกผลลัพธ์เชิงเป้าหมายด้านการบำบัดรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ χ^2 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measures ANOVA)

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการ ADDIE Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วย กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบการติดตามฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่ สุขภาวะและการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00) ผลการทดสอบประสิทธิผลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มทดลองมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัว รวมทั้งทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับผลลัพธ์เชิงเป้าหมายพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 73.30 เทียบกับร้อยละ 36.70) มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูสูงกว่า (ร้อยละ 100 เทียบกับร้อยละ 73.30) และมีอัตราการไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 93.30 เทียบกับร้อยละ 73.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < .05$)

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง, มินิธัญญารักษ์, การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

Abstract

This study was quasi experimental research aimed at developing and examining the effectiveness of a rehabilitation program for patients with substance use disorders receiving intermediate-stage care at Mini Thanyarak drug treatment hospitals. The study was conducted from August 2025 to February 2026. The sample consisted of 10 professional nurses and relevant personnel involved in the rehabilitation process 60 intermediate-stage patients. The research instruments included a focus group discussion guide, general information questionnaires, an expert

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ปทุมธานี ประเทศไทย

[2] Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ICAP III วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.)

program appropriateness evaluation form, an intention-to-abstain assessment, a recovery assessment, a quality-of-life assessment, a family functioning assessment, a community attitude and participation assessment, and a goal-outcome recording form. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including χ^2 test and two-way repeated measures ANOVA.

The results showed that the program, developed through the ADDIE Model, consisted of 4 main components: 11 group psychosocial therapy activities for patients, 3 family participation activities, 3 community participation activities, and a continuing community-based follow-up and rehabilitation system grounded in the Recovery concept and Community-Based Treatment approach. Overall, experts rated the program's appropriateness as passing the standard criteria (IOC ranging from 0.67 to 1.00). Regarding effectiveness testing, the experimental group had significantly higher scores than the control group in intention to abstain from substance use, recovery, and quality of life ($p < .05$), with a continuous upward trend across the follow-up periods. The experimental group also had significantly higher scores in family functioning as well as community attitude and participation than the control group ($p < .05$). For goal-level outcomes, the experimental group had a higher 3-month continuous abstinence rate than the control group (73.30% versus 36.70%).

Keywords: Rehabilitation program, Intermediate-stage patients with substance use disorders, Mini Thanyarak, Recovery

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลล่าสุดระบุว่าประชากรโลกใช้ยาเสพติดประมาณ 331 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.2 ของประชากรอายุ 15-64 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.2 เมื่อสิบปีก่อน โดยกัญชายังคงเป็นสารที่มีผู้ใช้มากที่สุด (244 ล้านคน) รองลงมาคือโอปิออยด์ (61 ล้านคน) แอมเฟตามีน (30.7 ล้านคน) โคเคน (25 ล้านคน) และยาอี (21 ล้านคน) โดยการผลิต การยึด และการใช้โคเคนทำสถิติสูงสุด ขณะที่ผู้มีภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติดทั่วโลกเข้าถึงบริการบำบัดได้เพียง 1 ใน 12 คนเท่านั้น[1]

สถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนแนวโน้มเดียวกัน จากผลสำรวจล่าสุดพบว่าประชากรไทยอายุ 12-65 ปี มีผู้ใช้ยาหรือสารเสพติดประมาณ 3.8 ล้านคน โดยเป็นผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 1.6 ล้านคน เป็นผู้ใช้กระท่อมประมาณ 1.9 ล้านคน ผู้ใช้กัญชาประมาณ 1.5 ล้านคน และผู้ใช้ยาบ้าประมาณ 1.5 ล้านคน ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 330,000 คนที่ควรเข้ารับการบำบัดรักษาและ มีปัญหาด้านสุขภาพจิตร่วมด้วยประมาณ 220,000 คน[2] จากข้อมูลการบำบัดรักษาในปีงบประมาณ 2567 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 221,514 คน เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 17.57 โดยยาบ้าเป็นสารที่มีผู้เข้าบำบัดมากที่สุด (ร้อยละ 78.66-79.70) รองลงมาคือเฮโรอีน (ร้อยละ 5.19-5.24) และผู้เสพผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมเพิ่มขึ้นจาก 4,051 คนในปี 2560 เป็น 17,215 คนในปี 2567[3] แม้ประมวลกฎหมายยาเสพติด จะเปลี่ยนกรอบแนวคิดจากการลงโทษเป็นการมองผู้เสพเป็นผู้ป่วยและใช้ระบบสมัครใจ แต่พบว่าผู้ป่วยที่บำบัดครบโปรแกรมเพียงร้อยละ 71.29 อัตราการคงอยู่ในการบำบัดและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี เพียงร้อยละ 51.54 และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำร้อยละ 44.3[3] สะท้อนว่าปัญหาสำคัญไม่ได้อยู่ที่การเข้าถึงการบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ความต่อเนื่องของกระบวนการฟื้นฟูและการคงอยู่ในระบบดูแลระยะยาว

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดไม่สามารถคงอยู่ในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูได้ครบตามเกณฑ์ คือการขาดรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บูรณาการทั้งมิติจิตสังคมของผู้ป่วยและการมีส่วน

ร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ ตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model) ซึ่งอธิบายว่าการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเช่นเดียวกับการติดสารเสพติดเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงเฉพาะบุคคลที่ต้องอาศัยการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และเชื่อมโยงกับสังคมรอบข้างอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงการหยุดใช้สารเสพติดในช่วงสั้น ๆ ขณะรับการรักษาในสถานพยาบาลเท่านั้น[4] หากขาดการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยเมื่ออาการทางกายทุเลาลงในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก มักขอกลับบ้านก่อนครบกำหนด ไม่ยินยอมรับการฟื้นฟูต่อเนื่อง และเมื่อกลับสู่สภาพแวดล้อมเดิมโดยไม่มีระบบสนับสนุนรองรับ จึงมีโอกาสเสพซ้ำสูงและถูกจับกุมส่งกลับมารักษาซ้ำเป็นวงจร[5]

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการเพิ่มศักยภาพระบบบริการด้านยาเสพติด โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนขยายบริการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ใช้ชื่อว่าสถานพยาบาลยาเสพติด “มินิธัญญารักษ์” และจากผลการดำเนินงานในปี 2567 มีการจัดตั้ง มินิธัญญารักษ์แบบระยะกลาง (intermediate care: IMC) 126 แห่ง และมินิธัญญารักษ์แบบระยะยาว (long term care: LTC) 40 แห่ง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง (IMC) 1,581 ราย และได้รับการฟื้นฟูระยะยาว (LTC) เพียง 375 ราย[3] ส่วนข้อมูลผลการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่พบว่าจังหวัดลพบุรีมีผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่ระบบบำบัดเพิ่มจาก 2 ราย ในปีงบประมาณ 2566 เป็น 52 ราย ในปีงบประมาณ 2567 โดยบำบัดครบโปรแกรมเพียง 1 ราย ขยายเวลาบำบัด 19 ราย และไม่ครบโปรแกรมจนต้องส่งศาลอีก 8 ราย[6] สอดคล้องกับข้อมูลของสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ระยะกลางอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่อัตราการส่งต่อฟื้นฟูระยะยาวยังต่ำกว่าร้อยละ 10 และอัตราการคงอยู่ในการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายครบ 3 เดือนต่ำกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการทุเลาเร็วภายใน 2-3 วันแรกและต้องการกลับบ้านก่อนครบกำหนด ขณะที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมจำกัดเพียงการนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้เด็ดขาดจากการรักษาในสถานพยาบาลเพียงลำพัง

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนปัญหาทางการพยาบาลสำคัญ ได้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางยังขาดทักษะ และรูปแบบกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดที่เป็นระบบ กิจกรรมเดิมเน้นการเสริมแรงจูงใจเพื่อส่งต่อไปฟื้นฟู และการปรับความคิดพฤติกรรมแบบแยกส่วน ขาดความต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมกลับสู่สังคม หรือการจัดการปัจจัยกระตุ้นจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อม พยาบาลยัง ไม่มีบทบาทเชิงรุกในการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่าย และการประเมินผลลัพธ์ยังจำกัดอยู่เพียงมิติการหยุดเสพระยะสั้น โดยไม่ครอบคลุมมิติการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ คุณภาพชีวิต และการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่งเป็นตัวชี้วัดความยั่งยืนของการฟื้นตัวในระยะยาว

ด้วยเหตุนี้การพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่แรกรับจนถึงการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย จึงมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลยาเสพติดระดับชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Satir Transformational Systemic Therapy (STST) ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive

Behavioral Therapy: CBT) และปัจจัยการบำบัดของ Yalom ช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา การควบคุมตนเอง และเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7,8,9] ขณะที่แนวทางการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ขององค์การสหประชาชาติแสดงให้เห็นว่าการเชื่อมโยงการดูแลจากสถานพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องช่วยลดการตีตราทางสังคม เพิ่มการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมผลลัพธ์การฟื้นตัวที่ยั่งยืนมากกว่าการพึ่งพาสถานพยาบาลเพียงลำพัง[5]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานและรับผิดชอบด้านวิชาการและการขับเคลื่อนนโยบายด้านนี้โดยตรง จึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติของพยาบาลและระบบบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ในสถานพยาบาลระดับชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง ที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาขึ้น ต่อผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงเป้าหมายของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้กระบวนการ ADDIE Model ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ Analysis (การวิเคราะห์) Design (การออกแบบ) Development (การพัฒนา) Implementation (การนำไปใช้) และ Evaluation (การประเมินผล) ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลา 7 เดือน โดยแต่ละขั้นตอนมีการตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์แบบ IMC ในพื้นที่ศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 Analysis (การวิเคราะห์) เดือนสิงหาคม 2568 ขั้นตอนการวิเคราะห์เป็นการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 10 คน การทบทวนข้อมูลทุติยภูมิและรายงานผลการดำเนินงานของมินิธัญญารักษ์ในเขตสุขภาพที่ 4 การสำรวจความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ Recovery Model[4], Satir Transformational Systemic Therapy (STST)[7], Cognitive Behavioral Therapy (CBT)[8], Yalom's Therapeutic Factors[9] และ Community-Based Treatment (CBTx)[5] ผลจากขั้นตอนนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการออกแบบโปรแกรมที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 Design (การออกแบบ) เดือนกันยายน 2568 (สัปดาห์ที่ 1-2) ขั้นตอนการออกแบบเป็นการสร้างโครงร่างและโครงสร้างของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง โดย

ออกแบบกิจกรรม 4 กลุ่ม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วย กิจกรรมกลุ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมกลุ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และกิจกรรมการติดตามฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในชุมชน กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหา ระยะเวลา และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิและทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ได้โครงสร้างโปรแกรมที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 3 Development (การพัฒนา) เดือนกันยายน 2568 (สัปดาห์ที่ 3-4) ขั้นตอนการพัฒนาเป็นการสร้างและจัดทำคู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เป็นระบบและครบถ้วน พัฒนาสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบกิจกรรมกลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมและเครื่องมือวัดผลโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทดลองใช้เครื่องมือ (try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจริง และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เพื่อปรับปรุงโปรแกรมและเครื่องมือให้มีคุณภาพก่อนนำไปทดลองใช้จริง

ขั้นตอนที่ 4 Implementation (การนำไปใช้) เดือนตุลาคม 2568-มกราคม 2569 ขั้นตอนการนำไปใช้เป็นการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยอบรมชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัยและพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินกิจกรรม เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติจนครบ 30 คน จากนั้นจึงเริ่มดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล และดำเนินกิจกรรมติดตามฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชน พร้อมทั้งควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการ

ขั้นตอนที่ 5 Evaluation (การประเมินผล) เดือนกุมภาพันธ์ 2569 ขั้นตอนการประเมินผลเป็นการวัดและวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงเป้าหมายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลาติดตาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ สถิติเชิงอนุมาณได้แก่ χ^2 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measures ANOVA) สรุปผลการศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์แห่งอื่นต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่สถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์แบบ IMC ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อใช้ในการศึกษาสภาพปัญหาความต้องการและพัฒนาโปรแกรม และผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างเดือนสิงหาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เพื่อใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยด้วยตารางเลขสุ่ม และเลือกแบบมีลำดับขั้นเพื่อให้กระจายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 โดยสุ่มเลือกจังหวัด และสุ่มเลือก 1 โรงพยาบาล และตามเกณฑ์คัดเข้า โดยต้องมีอายุ 18-50 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางที่เข้ารับการรักษาแบบ IMC สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีที่อยู่อาศัย ในพื้นที่ศึกษาวิจัย ทั้งนี้จะไม่รวมผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม หรือมีอาการทางจิตในระยะกำเริบที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ ร่วมกับครอบครัวผู้ดูแล จำนวน 60 คน และชุมชนหรืออาสาสมัครจำนวน 60 คน ในอัตราส่วน 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน

แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน เท่ากัน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2568-กุมภาพันธ์ 2569

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบประเมินความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติด แบบประเมินการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชน และแบบบันทึกผลลัพธ์เชิงเป้าหมายด้านการบำบัดรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ χ^2 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measures ANOVA)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รหัสโครงการที่ 68027 เอกสารใบรับรองเลขที่ 020/2569

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลในระยะที่ 1 ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-40 ปี ปฏิบัติงานทั้งในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ในเขตสุขภาพที่ 4 ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดตั้งแต่ 1-15 ปี ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรมินิธัญญารักษ์หรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้องมาแล้ว และมีบทบาททั้งด้านผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้ประสานงานครอบครัวและชุมชน และผู้กำกับดูแลนโยบายในระดับหน่วยงาน

1.2 สภาพปัญหาของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพเดิม ผลการสนทนากลุ่มพบว่ารูปแบบการดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพในปัจจุบันยังขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอาการทุเลาเร็วภายใน 1-2 สัปดาห์แรกและต้องการกลับบ้านก่อนครบกำหนดการรักษา ทำให้ไม่ได้รับกิจกรรมครบตามแผน นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขาดทักษะเฉพาะทางในการดำเนินกลุ่มจิตสังคมบำบัด กิจกรรมที่จัดขึ้นเน้นการให้ความรู้มากกว่าการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเชิงลึก

1.3 ความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตสังคม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางมีความต้องการด้านจิตใจและทักษะการดำเนินชีวิตที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการจัดการอารมณ์ ความเครียด และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับเข้าสู่สังคมจริง และยังพบว่าผู้ป่วยต้องการพื้นที่ในการระบายความรู้สึกและสร้างเป้าหมายชีวิตใหม่มากกว่าการรับฟังความรู้เพียงฝ่ายเดียว

1.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีบทบาทเพียงการนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเท่านั้น ขาดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องระหว่างการรักษาและหลังจำหน่าย โดยมีความคาดหวังสูงว่าโรงพยาบาลจะสามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด ผู้ให้ข้อมูลจึงเสนอว่าควรมีกิจกรรมที่ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับธรรมชาติของการติดยาเสพติด กระบวนและเป้าหมายการบำบัดฟื้นฟู และฝึกทักษะการสื่อสารตั้งแต่ระยะแรกรับ เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทของตนเองมากขึ้น

1.5 การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าการประสานความร่วมมือระหว่างมินิธัญญารักษ์กับชุมชนยังมีข้อจำกัด ผู้นำชุมชนและ

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มองว่าการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลเท่านั้น อีกทั้งยังมีทัศนคติเชิงลบและความหวาดกลัวต่อผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัด ผู้ให้ข้อมูลจึงเห็นความจำเป็นในการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ชุมชนให้เข้าใจการติดยาเสพติด ร่วมรับรู้กระบวนการบำบัดฟื้นฟู ควบคู่กับการเพิ่มทักษะและการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการเฝ้าระวัง และติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องหลังจำหน่าย

1.6 ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนะให้พัฒนากิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดที่มีความต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ระยะแรกหลังหมดอาการถอนพิษยา และเรียงลำดับจากง่ายไปยาก ครอบคลุมประเด็นครอบครัวและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อการใช้ยา ร่วมกับการจัดกิจกรรมครอบครัวและชุมชนคู่ขนานไปกับกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และควรมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างเป็นระบบภายหลังจำหน่าย ซึ่งข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยนำไปสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางในระยะที่ 2 ต่อไป

1.7 ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ ผลการสนทนากลุ่มพบว่าพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องทุกคน มีความต้องการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางใน 3 ด้านหลักที่สอดคล้องกัน ได้แก่ ด้านแรกคือต้องการกิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดที่มีลำดับขั้นตอนต่อเนื่องและครอบคลุมประเด็นครอบครัวและสิ่งแวดล้อมทางสังคม เน้นการเรียนรู้การเจ็บป่วยจากยาเสพติดและการดูแลตนเอง ฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ความเครียด และความอยากยาเสพติดที่นำไปใช้ได้จริงหลังจำหน่าย มากกว่าการให้ความรู้แบบบรรยายเพียงฝ่ายเดียว ด้านที่สองคือต้องการรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ชัดเจนตั้งแต่แรกรับ มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องธรรมชาติของการติดยาเสพติดและฝึกทักษะการสื่อสารและการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อปรับความคาดหวังของครอบครัวให้สอดคล้องกับกระบวนการฟื้นตัวที่เป็นจริง และด้านที่สามคือต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนและการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่เป็นระบบ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างชัดเจน การมีส่วนร่วมรับรู้กระบวนการและการวางแผนการบำบัดฟื้นฟู พร้อมทั้งเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อลดทัศนคติเชิงลบและการตีตราผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เพื่อสร้างระบบการดูแลฟื้นฟูที่ต่อเนื่องไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลและชุมชน

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง ที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1 กระบวนการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎี ได้แก่ Recovery Model ของ Anthony (1993), Satir Transformational Systemic Therapy, การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT), ปัจจัยการบำบัดของ Yalom และแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) แล้วจึงจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูจำนวน 10 คน เพื่อระดมความคิดเห็นและร่างโครงสร้างโปรแกรมฉบับแรก จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจริงเพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น

ของเครื่องมือ และปรับปรุงเป็นฉบับสมบูรณ์สำหรับนำไปทดสอบประสิทธิผลในระยะที่ 3 ต่อไป

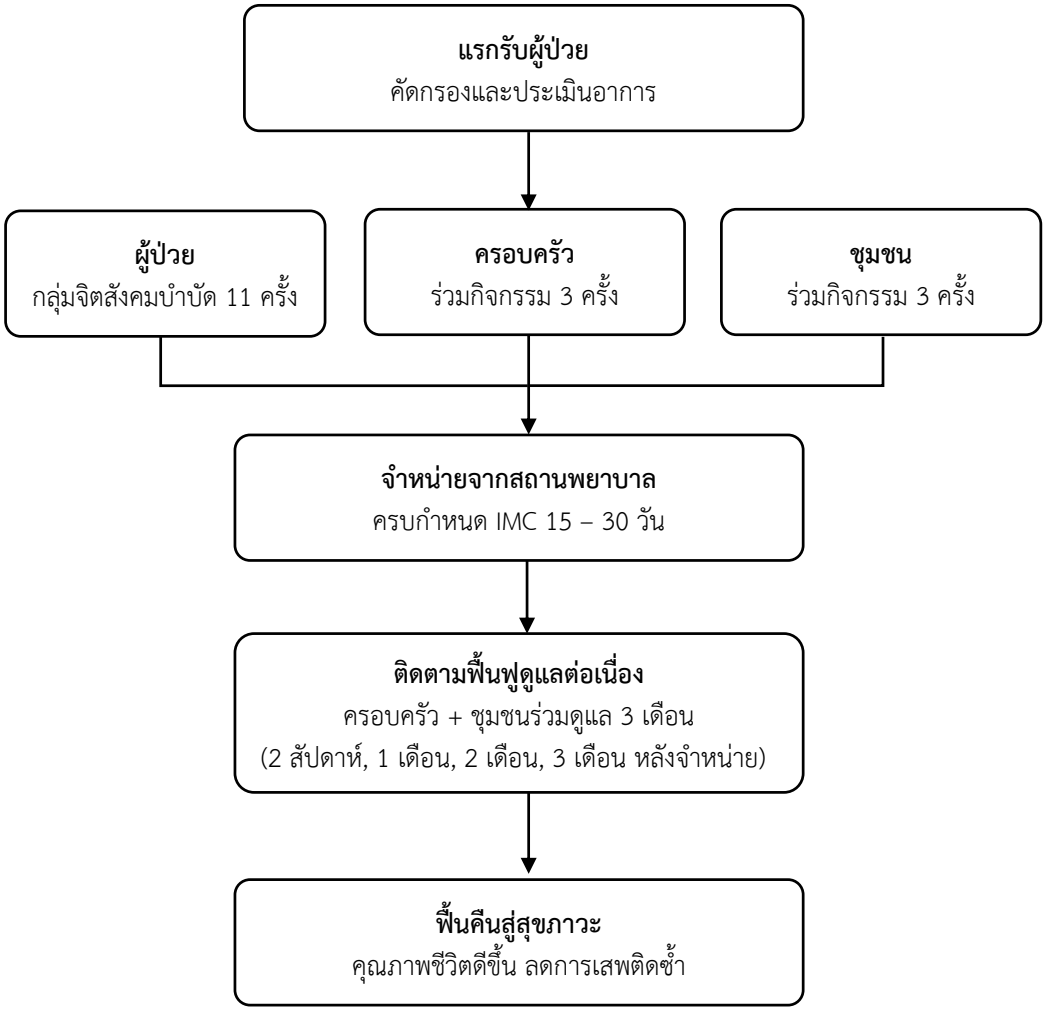
2.2 โครงสร้างโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาขึ้น ผลการพัฒนาได้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางที่บูรณาการ 4 กลุ่มกิจกรรม รวมระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่แรกรับจนถึงติดตามหลังจำหน่าย 3 เดือน ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจำนวน 11 กิจกรรม ดำเนินการวันละ 2 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้สุขภาวะ การเจ็บป่วยและการดูแลตนเองดำเนินการทุกวัน เป็นกลุ่ม ๆ ละ 10 คน ครั้งละ 1 ชั่วโมงครึ่ง รวมระยะเวลา 10 วัน กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจำนวน 3 กิจกรรม นัดหมายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งระหว่างผู้ป่วยรับการรักษา กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนจำนวน 3 กิจกรรม นัดหมายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งในลักษณะเดียวกัน และกิจกรรมการติดตามฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในชุมชน กำหนดติดตามครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์และครั้งต่อไปทุก 1 เดือนหลังจำหน่าย

2.3 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าโปรแกรมทุกองค์ประกอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยข้อเสนอแนะสำคัญของผู้ทรงคุณวุฒิที่นำมาปรับปรุงโปรแกรมได้แก่ การเพิ่มความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมแต่ละครั้งให้เห็นความก้าวหน้าอย่างเป็นลำดับขั้น การปรับสำนวนภาษาในคู่มือให้เข้าใจง่ายเหมาะกับระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย และการเพิ่มแนวทางการประเมินผลรายกิจกรรมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2.4 ผลการทดลองใช้และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เมื่อปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมและเครื่องมือประเมินผลไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลาง ครอบครัว และชุมชนหรืออาสาสมัคร ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์อีกแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 4 นอกพื้นที่ศึกษาวิจัย จำนวนกลุ่มละ 10 คน ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (0.83-0.93) และผู้เข้าร่วมทดลองให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นการปรับระยะเวลาแต่ละกิจกรรมให้กระชับขึ้นเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะกับสมาธิและความสนใจของผู้ป่วยในช่วงแรกของการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงเป็นคู่มือโปรแกรมฉบับสมบูรณ์

2.5 โปรแกรมฉบับสมบูรณ์ที่นำไปใช้ในระยะทดสอบประสิทธิผล ผลจากกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพทั้งหมด ทำให้ได้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางฉบับสมบูรณ์ ที่บูรณาการการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่ม การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ในกระบวนการเดียวกันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงการติดตามดูแลในชุมชนครบ 3 เดือนหลังจำหน่าย พร้อมด้วยคู่มือการดำเนินกิจกรรม สื่อประกอบ และเครื่องมือประเมินผลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว ซึ่งผู้วิจัยนำไปใช้ทดสอบประสิทธิผลเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามรูปแบบมาตรฐานเดิม โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางที่พัฒนาขึ้นเริ่มต้นจากแรกรับและคัดกรองประเมินอาการของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่สถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ จากนั้นดำเนินกิจกรรม 3 ด้านคู่ขนานกันตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักรักษาตัว ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยจำนวน 11 ครั้ง กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจำนวน 3 ครั้ง และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนจำนวน 3 ครั้ง ซึ่งทั้งสามด้านนี้ดำเนินการควบคู่กันเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายในชุมชน ไปพร้อมกันก่อนจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยครบกำหนดการรักษาแบบ IMC ที่ระยะเวลา 15-30 วัน และจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลแล้ว โปรแกรม

จะเชื่อมต่อเข้าสู่ระบบการติดตามฟื้นฟูดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นเวลา 3 เดือน โดยครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อนหน้าจะเข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลไกการเชื่อมโยงไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชนนี้เองที่นำไปสู่ผลลัพธ์ปลายทางของโปรแกรม คือ การฟื้นคืนสู่สุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย พร้อมกับการลดโอกาสในการกลับไปเสพซ้ำอย่างยั่งยืน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

3. ผลการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่พัฒนาขึ้น ต่อผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงเป้าหมายของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการทดลอง ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในทุกตัวแปรที่ทดสอบ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 0.30$, df = 1, p = .785) อาชีพ ($\chi^2 = 3.07$, df = 1, p = .143) การเจ็บป่วยทางกาย ($\chi^2 = 0.00$, df = 1, p = 1.00) การเจ็บป่วยทางจิต ($\chi^2 = 0.49$, df = 1, p = .488) และ

ชนิดยาเสพติดที่ใช้ (χ^2 = 1.27, df = 2, p = .676) แสดงว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะพื้นฐานเทียบเคียงกัน สามารถนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม

3.2 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงกระบวนการและผลลัพธ์เชิงเป้าหมายที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องในแต่ละช่วงเวลา ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรผลลัพธ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด คุณภาพชีวิต และการฟื้นคืนสู่สุขภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในทุกช่วงเวลาที่ติดตาม และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือคงที่ภายหลังจำหน่าย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มคงที่หรือลดลง โดยเฉพาะการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่ลดลงอย่างชัดเจนในช่วง 3 เดือนหลังจำหน่าย เช่นเดียวกันครอบครัวและชุมชนของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยองค์ประกอบในการทำหน้าที่ของครอบครัว และทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนหลังจำหน่าย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มผันผวนหรือลดลง

3.3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measures ANOVA) พบว่าความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติดมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (F = 21.94, p < .001) และตามช่วงเวลา (F = 3.00, p = .044) แต่ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลา (F = 1.37, p = .257) ส่วนคุณภาพชีวิต การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ การทำหน้าที่ของครอบครัว และทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชน พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลาอย่างชัดเจน (p < .05 ทุกตัวแปร) แสดงว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์เหล่านี้ในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (η^2p = 0.02-0.62) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของตัวแปรผลลัพธ์เชิงกระบวนการและเชิงเป้าหมายเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	F	η^2p	p-value
ความตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด	กลุ่ม	1	21.94	.274	<.001
	เวลา	2.38	3.00	.049	.044
	กลุ่ม × เวลา	2.38	1.37	.023	.257
คุณภาพชีวิตผู้ป่วย	กลุ่ม	1	7.86	.119	.007
	เวลา	1.87	2.82	.046	.068
	กลุ่ม × เวลา	1.87	6.95	.107	.002
การฟื้นคืนสู่สุขภาวะ	กลุ่ม	1	24.02	.293	<.001
	เวลา	2.47	17.60	.233	<.001
	กลุ่ม × เวลา	2.47	15.00	.206	<.001
การทำหน้าที่ของครอบครัว	กลุ่ม	1	84.72	.594	<.001
	เวลา	2.61	258.59	.817	<.001
	กลุ่ม × เวลา	1.81	3.75	.061	.031
ทัศนคติและการมีส่วนร่วมของชุมชน	กลุ่ม	1	172.87	.749	<.001
	เวลา	3	52.62	.476	<.001
	กลุ่ม × เวลา	3	94.58	.620	<.001

3.4 ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงเป้าหมายที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติไคสแควร์พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (ร้อยละ 73.30 เทียบกับร้อยละ 36.70, χ^2 = 8.15, p = .004) มีอัตราการคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100 เทียบกับร้อยละ 73.30, χ^2 = 9.23, p = .005) และมีอัตราการไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในช่วง 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน (ร้อยละ 93.30 เทียบกับร้อยละ 73.30, χ^2 = 4.32, p = .038) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงเป้าหมายด้านการบำบัดรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน	11	36.70	22	73.30	8.15	1	.004
การคงอยู่ในการบำบัดฟื้นฟูและติดตามต่อเนื่อง 3 เดือน	22	73.30	30	100	9.23	1	.005
การไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในช่วง 3 เดือน	22	73.30	28	93.30	4.32	1	.038

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์เชิงกระบวนการดีกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้จากลักษณะการบำบัดที่บูรณาการทั้งมิติผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนไว้ในกระบวนการเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ต่างจากรูปแบบเดิมที่มักแยกส่วนการดูแลแต่ละฝ่าย กิจกรรมกลุ่มจิตสังคมบำบัดที่ประยุกต์แนวคิดของซาเทียร์ ร่วมกับการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา และปัจจัยการบำบัดของยาลอม ช่วยเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความคิดและอารมณ์ผ่านประสบการณ์ร่วมของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งส่งเสริมความตระหนักรู้และแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีกว่าการให้ความรู้แบบบรรยายทางเดียว สอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาที่มุ่งปรับความคิดอัตโนมัติและทักษะการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโดยตรง[7,8,9] ในส่วนของครอบครัว ผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อค้นพบที่ระบุว่าช่องว่างสำคัญของการฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดมักอยู่ที่สัมพันธภาพในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด[10] การจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องธรรมชาติของการติดยาเสพติดควบคู่กับการฝึกทักษะการสื่อสารตั้งแต่ระยะแรกรับจึงช่วยลดช่องว่างดังกล่าวและทำให้ครอบครัวปรับบทบาทของตนเองเหมาะสมขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษา ที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร และบทบาทดีขึ้นภายหลังผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูในมินิธัญญารักษ์[11] สำหรับมิติชุมชน ผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิดการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐานที่เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจและปรับทัศนคติของผู้นำชุมชนและเครือข่ายให้เข้ามามีบทบาทร่วมกับสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกจนถึงจำหน่ายและการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อค้นพบว่าการจัดตั้งกลไกความร่วมมืออย่างเป็นทางการระหว่างสถานพยาบาลและชุมชนช่วยเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูอย่างเห็นได้ชัด[12] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการบำบัดภายใต้กลไกความร่วมมือระดับพื้นที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง[13] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงยืนยันว่าการออกแบบกิจกรรมที่ทำงานคู่ขนานกันทั้งสามระดับ คือ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการที่ยั่งยืนกว่าการมุ่งเน้นเพียงด้านใดด้านหนึ่ง

ผลการศึกษาที่กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์เชิงเป้าหมายดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับหลักฐาน

เชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศที่ชี้ว่าการบำบัดฟื้นฟูที่เชื่อมโยงการดูแลจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่องให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าการบำบัดในสถานพยาบาลเพียงลำพัง ดังการศึกษาที่พบว่ารูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเสริมแรงที่ปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่นสามารถเพิ่มอัตราการงดใช้สารเสพติดได้อย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับการบำบัดตามปกติและคงผลอยู่ในระยะติดตามผลที่ยาวนาน[14] เช่นเดียวกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการติดตามดูแลตามแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะในระบบปฐมภูมิช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงและคงอยู่ในการบำบัดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15] สำหรับด้านคุณภาพชีวิตและการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่พัฒนารูปแบบป้องกันการเสพซ้ำโดยบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพผ่านกระบวนการชุมชนล้อมรักษ์ และพบว่าอัตราการเสพซ้ำลดลงพร้อมกับคุณภาพชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน[16] สะท้อนว่าการฟื้นฟูที่ครอบคลุมมิติทางสังคมและอาชีพนอกเหนือจากการบำบัดทางคลินิกเพียงอย่างเดียวมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ระยะยาว ในทางตรงกันข้าม การศึกษาที่ใช้เพียงพี่เลี้ยงผู้ฟื้นฟูโดยไม่มีการบูรณาการครอบครัวและระบบบริการอย่างเป็นระบบ กลับไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนในอัตราการคงอยู่ในการรักษา[17] ซึ่งชี้ให้เห็นโดยอ้อมว่าการแทรกแซงเพียงองค์ประกอบเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์เชิงเป้าหมายอย่างยั่งยืน หากขาดการบูรณาการหลายภาคส่วนร่วมกันดังเช่นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้

ผลการศึกษาที่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลาในตัวแปรส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าการฟื้นตัวจากการติดยาเสพติดเป็นกระบวนการที่มีพลวัตและดำเนินต่อเนื่องไปตามระยะเวลา มิใช่ผลที่เกิดขึ้นทันทีเพียงช่วงที่ได้รับการบำบัดในสถานพยาบาลเท่านั้น สอดคล้องกับแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะที่อธิบายว่าการฟื้นตัวเป็นกระบวนการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ต้องอาศัยเวลาและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง[4] ส่วนผลที่กลุ่มทดลองมีแนวโน้มพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มคงที่หรือถดถอย ยืนยันความสำคัญของระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนซึ่งเป็นองค์ประกอบเฉพาะของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดระยะกลางในสถานพยาบาลยาเสพติดที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถส่งเสริมทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผลลัพธ์ดังกล่าวจะยั่งยืนมากขึ้นเมื่อมีการเชื่อมโยงต่อไปยังการดูแลในชุมชน ดังที่มีการศึกษาพบว่าช่วงหลังสัปดาห์ที่แปดของการติดตามเป็นช่วงวิกฤติที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มกลับไปเสพซ้ำเพิ่มขึ้นหากขาดการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง[13] สอดคล้องกับปรากฏการณ์ ที่พบในกลุ่มควบคุมของการศึกษาครั้งนี้ที่ผลลัพธ์บางด้านมีแนวโน้มลดลงในช่วงปลายของการติดตามผล ในส่วนของความตั้งใจในการเลิกใช้ยาเสพติดที่ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลาอย่างชัดเจน อาจอธิบายได้ว่าแรงจูงใจในระยะแรกของการเข้ารับการรักษามักอยู่ในระดับสูงอยู่แล้วในผู้ป่วยส่วนใหญ่โดยไม่ขึ้นกับรูปแบบการบำบัดที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของผลลัพธ์ในระยะยาวกลับอยู่ที่ความต่อเนื่องของการสนับสนุนมากกว่าระดับแรงจูงใจเริ่มต้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบด้านการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดวิถีการฟื้นตัวที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มในระยะยาว มากกว่าการมุ่งเน้นเพียงการเปลี่ยนแปลงเฉพาะช่วงเวลาที่รับการรักษาในสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับรูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่นั้นก่อนนำไปใช้จริง

2. ควรจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ให้มีทักษะการดำเนินกลุ่มจิตสังคมบำบัด การให้คำปรึกษาครอบครัว และ

การประสานงานกับชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อให้สามารถดำเนินโปรแกรมได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง

3. ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกรับ ไม่เพียงแต่ในช่วงนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและพร้อมสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ควรบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างมินิธัญญารักษ์ หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ รวมทั้งภาคีเครือข่ายหรือศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพื่อดูแลช่วยเหลืออย่างรอบด้าน และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงและส่งต่อข้อมูลกลับมายังทีมสหวิชาชีพได้อย่างทันท่วงที

5. ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้พื้นฐานเรื่องธรรมชาติของการติดยาเสพติด กระบวนและผลลัพธ์การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชน เพื่อทำหน้าที่เฝ้าระวัง ติดตามดูแลต่อเนื่อง และประสานส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสพซ้ำได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน นายอำเภอท่าช้าง ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล รวมทั้งพยาบาลและบุคลากรในสถานพยาบาลยาเสพติดมินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และสนับสนุนให้ดำเนินการโครงการและการวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime.(2025). World drug report 2025: global instability compounding social, economic and security costs of the world drug problem [Internet]. Vienna: UNODC; 2025 [cited 2025 Aug 5].
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2568). เปิดข้อมูล คนไทย 1.6 ล้านคน ใช้สารเสพติด มีปัญหาสุขภาพจิต 2.2 แสนคน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพธุรกิจ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bangkokbiznews.com/news/news-update/1183216
3. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrug.moph.go.th/
4. Anthony WA.(1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J. 1993;16(4):11-23.
5. United Nations Office on Drugs and Crime.(2025). Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in Southeast Asia [Internet]. Vienna: UNODC; 2015 [cited 2025 Aug 5].
6. รัชนีกร หาแก้ว.(2568). การประเมินผลระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 168 จังหวัดลพบุรี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont-oa/d43869a828046f6fce04a2d538906c60
7. Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomori M.(1991). The Satir Model: Family therapy and beyond. Palo Alto: Science and Behavior Books; 1991.
8. Beck JS, Beck AT.(2021). Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2021.
9. Yalom ID, Leszcz M.(2020). The theory and practice of group psychotherapy. 6th ed. New York: Basic Books; 2020.

10. วุฒิชัย สิทธิโชค, นภัสพร ศรีโสภา, ศนิกานต์ ศรีมณี.(2566). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2566;24(47):84-99.
11. วิภาสินี วะเศษสร้อย. การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(2):166-73.
12. สันติ โพธิ์ทอง, มนัชญา เสรีวิวัฒนา. ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. J Roi Kaensarn Acad. 2567;9(12):1659-75.
13. ณัฐกฤตา ทุมวงศ์. การพัฒนารูปแบบการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: พชอ. ในผู้ใช้ยาเสพติด ประเทศไทย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567;12(4):347-61.
14. Khalily MT, Hussain B, Hallahan B, Irfan S, Ehsan N, Saghir M, et al. Indigenously adapted community reinforcement approach (IA-CRA) for cannabis users: a randomized controlled trial. Int J Ment Health Addict. 2023;23:1635-46.
15. Scott CK, Dennis ML, Grella CE, Watson DP, Davis JP, Hart MK. Using recovery management checkups for primary care to improve linkage to alcohol and other drug use treatment: a randomized controlled trial three month findings. Addiction. 2023;118(3):520-32.
16. สุพัฒน์ กองศรีมา, ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์, รัชฎากรณ์ มีคุณ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดยาเสพติด: การบูรณาการการสนับสนุนทางจิตสังคมร่วมกับการพัฒนาอาชีพ ในจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2569;9(1):34-46.
17. Ray B, Watson DP, Xu H, Salyers MP, Victor G, Sightes E, et al. Peer recovery services for persons returning from prison: pilot randomized clinical trial investigation of SUPPORT. J Subst Abuse Treat. 2021;126:108339.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

Development Of Care Model For Diabetic And Hypertensive Patients To Enter Remission Of Diabetes After The Transfer Of Sub-District Health Promotion Hospitals To Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุภัทร กตัญญูทิตา[1] ธารารัตน์ สัญญะโม[1] ภคภัทร บุญยโกวิทย์[1]
Supat katunyutita[1] Thararat Sunyamo[1] Pakapat Boonyakovit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม 3) ทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่นำร่องขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม และ 4) ประเมินผลและรับรองรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ และความถูกต้อง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง 392 คน ได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมาตรประมาณค่า ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.84 สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และถดถอยพหุ เชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อสำคัญ จำนวน 28 คน เป็นการเลือกแบบเจาะจง ใช้การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ สภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการ ประกอบด้วย 1.1 การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$= 4.31, S.D. = 0.24) 1.2 ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมและรายด้าน มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$= 4.38, S.D. = 0.31) 1.3 การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมกับประสิทธิผลของรูปแบบการ ควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 1.4 ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ด้านสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิผลของรูปแบบฯ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม ขับเคลื่อนผ่านวงจรการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ 6 ขั้นตอน และองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน (PIRAB) ได้แก่ การสร้างภาคีเครือข่าย การจัดการทรัพยากร การควบคุมมาตรฐาน การบูรณาการฐานข้อมูล และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร 3) การประเมินการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.38) และ 4) การประเมินรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม ตามมาตรฐานการประเมิน 4 ด้านประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสมและจริยธรรม ด้านความถูกต้อง โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (μ = 4.51, σ = 0.32)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; โรคเบาหวาน; โรคความดันโลหิตสูง; การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study aimed to: 1) investigate the situation, problems, related factors, and needs regarding the prevention and control of diabetes mellitus and hypertension following the transfer of Subdistrict Health

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

Promoting Hospitals to the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization; 2) develop a model for the prevention and control of diabetes mellitus and hypertension following the transfer; 3) pilot test the developed model in selected areas under the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization; and 4) evaluate and validate the developed model in terms of appropriateness, feasibility, utility, and accuracy. A mixed methods research design was employed. The quantitative component involved 392 participants selected through multistage sampling. Data were collected using a rating scale questionnaire with an overall reliability coefficient of 0.84. The data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis. The qualitative component involved 28 key informants selected through purposive sampling. Data were collected through focus group discussions and in depth interviews using a semi structured interview guide. The qualitative data were analyzed using content analysis and verified through data triangulation.

The findings revealed that: 1) the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to the Nakhon Pathom Provincial Administrative Organization was rated at a high level overall ($\bar{X}$= 4.31, S.D. = 0.24), while the overall effectiveness of the prevention and control model for diabetes mellitus and hypertension was also rated at a high level ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.31); the transfer was positively and significantly correlated with the effectiveness of the model at the .01 level; and the five independent variables jointly predicted the effectiveness of the model at the .001 significance level. 2) The developed model was driven by a six step strategic management cycle and comprised five core components, namely PIRAB: Partnership, Investment, Regulation, Advocacy, and Building Capacity. 3) The overall results of the pilot implementation were rated at the high level ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.38). 4) The evaluation of the model based on four standards, namely utility, feasibility, propriety, and accuracy, indicated that the overall evaluation was at the highest level (μ = 4.51, σ = 0.32).

Keywords: Model Development; Prevention and Control of Noncommunicable Diseases; Diabetes Mellitus; Hypertension; Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตเรื้อรัง องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอย่างน้อย 43 ล้านคนในปี ค.ศ. 2021 หรือประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตที่ไม่ได้เกิดจากโรคระบาดทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปีประมาณ 18 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[1,2] สำหรับประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ภาระโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมากในประชากรสูงอายุและต้องการการดูแลต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิ[3] ภายใต้บริบทดังกล่าว การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทการบริหารใหม่ และเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทหลังการถ่ายโอน จึงมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพ คุณภาพ และความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับพื้นที่

สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนแปลง

โครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัย การขยายตัวของสังคมเมือง วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงได้รับการกำหนดเป็นวาระสำคัญของประเทศ โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต[4] ขณะเดียวกันภาครัฐได้ขับเคลื่อนนโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่[5] ภายใต้บริบทดังกล่าว การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องดำเนินงานแบบบูรณาการ ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การติดตามต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง[6] ทั้งนี้ ประสิทธิผลของการดำเนินงานขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของรูปแบบ กลไกการบริหารจัดการ การบูรณาการทรัพยากร และความเข้มแข็งของเครือข่ายในพื้นที่ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรค ที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารระบบสุขภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริง จึงมีความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อนและภาระค่าใช้จ่าย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผลสืบเนื่องจากนโยบายการกระจายอำนาจของประเทศไทย โดยมีรากฐานจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และได้รับการกำหนดกรอบอย่างเป็นรูปธรรมผ่านพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งครอบคลุมภารกิจด้านสาธารณสุข การป้องกันและควบคุมโรค และการสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่ การถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญ ทั้งด้านอำนาจการบริหาร งบประมาณ บุคลากร การวางแผนสุขภาพ และระบบกำกับดูแล ซึ่งส่งผลต่อกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพและประสิทธิภาพบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ จังหวัดนครปฐมกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 21.59 ส่งผลให้ภาระโรคเรื้อรังและความต้องการบริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้น จังหวัดจึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการพัฒนาระบบบริการภายใต้ยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2566–2570[7] อย่างไรก็ตาม ภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ยังขาดองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับบริบทการบริหารใหม่ โดยเฉพาะการบูรณาการเครือข่าย การจัดการข้อมูลสุขภาพ และการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

จากบริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปรับให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารและกลไกการดำเนินงานที่เปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยจะสนับสนุนการยกระดับการจัดการโรคเรื้อรัง เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเป็นแนวทางเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพท้องถิ่นที่ยั่งยืนและขยายผลได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่นำร่องขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

4. เพื่อประเมินผลและรับรองรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ และความถูกต้องครอบคลุม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี โดยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงอธิบายลำดับก่อนหลัง (Explanatory Sequential Design) เริ่มจากการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แล้วดำเนินการศึกษาข้อมูล เชิงคุณภาพเพื่อนำมาอธิบายและเติมเต็มผลการวิจัยเชิงปริมาณ จากนั้นบูรณาการข้อมูลทั้งสองส่วนเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ครอบคลุมเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

การศึกษาเชิงปริมาณ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดนครปฐม จำนวน 925,758 คน โดยใช้ข้อมูลกรมการปกครอง 2568 (สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม, 2568) ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 คน โดยเทียบจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน[8] จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เริ่มจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยใช้ขนาดของอำเภอเป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้น และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร ตอนที่ 2 แบบสอบถามการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม ตอนที่ 3 ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และ ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert Scale) ตามแนวคิดของ Likert[9] ในด้านการหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามนิยามของ Rovinelli และ Hambleton[10] ได้ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.60-1.00 มาใช้ในการวิจัย มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.84

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 ฉบับ พร้อมขอความอนุเคราะห์ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และผู้นำชุมชนในการกระจายเครื่องมือไปยังกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลและลงพื้นที่เพื่อติดตามรับคืนแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการดำเนินงานได้รับแบบสอบถามที่มีความ

สมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 392 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

6. ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้ สถิติ เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min) เพื่ออธิบายลักษณะตัวแปรและข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ประกอบด้วย ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาอำนาจพยากรณ์ของปัจจัยต่าง ๆ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions Testing) ทั้งในด้านความเป็นเส้นตรง (Linearity) การกระจายตัวแบบปกติ (Normality) และปัญหาพหุสัมพันธ์ (Multicollinearity) เพื่อให้มั่นใจว่าตัวแบบพยากรณ์ที่ได้ มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ตามหลักสถิติ[11]

การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยคณะผู้วิจัยได้ลำดับขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้

1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม บุคลากรโรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน จำนวน 28 คน เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) แบบมีเกณฑ์การคัดเลือก (criterion sampling) ซึ่งยินดีเป็นผู้ร่วมดำเนินการวิจัยและให้ข้อมูลตลอดช่วงเวลาของการวิจัยในพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตโดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย ทุกขั้นตอน และรับความอนุเคราะห์ ในการให้ข้อมูลอย่างมีส่วนร่วมเป็นอย่างดียิ่ง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) โดยแบ่งสาระสำคัญออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (2) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และ (4) ข้อเสนอแนะอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นการได้มาซึ่งข้อมูลที่ลึกซึ้งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจากการแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมในการเข้าสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นรายบุคคล และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์และเรียบเรียงข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลกลับไปตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Member Checking) อีกครั้ง เพื่อยืนยันว่าเนื้อหามีความถูกต้องและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การศึกษา ก่อนดำเนินการสรุปผลและเผยแพร่สู่สาธารณะต่อไป

4) การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิค การวิเคราะห์เนื้อหาและแก่นสาระ (Content and Thematic Analysis) พร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นของผลการศึกษาด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) ทั้งในมิติของด้านบุคคล เวลา และสถานที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุด จากนั้นจึงเรียบเรียงและนำเสนอผลการศึกษาด้วย วิธีพรรณนา เชิง

วิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ตามกรอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 392 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง 236 คน (ร้อยละ 60.20) มีอายุ 41–50 ปี 142 คน (ร้อยละ 36.22) ปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม./ผู้นำชุมชน 120 คน (ร้อยละ 30.61) สำเร็จการศึกษาระดับ ปริญญาตรี 250 คน (ร้อยละ 63.78) และมีประสบการณ์อยู่ในพื้นที่ 6–10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป เท่ากัน 150 คน (ร้อยละ 38.27)

1.2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม โดยใช้ค่าสถิติ ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แสดงว่า การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$= 4.31, S.D. = 0.24)

1.3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ค่าสถิติ ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แสดงว่า ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$= 4.38, S.D. = 0.31)

1.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมกับประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมกับประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.5 ผลการการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในขั้นตอนสุดท้าย (Model 5) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ด้าน สามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผลการตรวจสอบปัญหาความร่วมเส้นตรง (Collinearity Statistics) พบว่า ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .213 ถึง .491 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 2.036 ถึง 4.703 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (VIF < 10) แสดงว่าไม่มีปัญหาความร่วมเส้นตรงรุนแรงระหว่างตัวแปรอิสระ และสามารถนำมาเขียนสมการพยากรณ์ได้ คือ สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ $\hat{}$ = 0.11+.494(X_3) +.392(X_1) +.278(X_2) +.345(X_5) +.184(X_4) และ สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน $\hat{}$y =.481 (Z_{X3}) + .330(Z_{X1}) + .298(Z_{X2}) - .255 (Z_{X5}) + .175(Z_{X4}) ตามลำดับ

วัตถุประสงค์ 2 ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม พบว่า ดำเนินการผ่านกรอบแนวคิด PIRAB 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือ การลงทุนและการจัดการทรัพยากร การกำกับและ

ควบคุมมาตรฐาน การสนับสนุนและการขับเคลื่อน รวมถึงการเสริมสร้างขีดความสามารถ ร่วมกับการขับเคลื่อนผ่านวงจรการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ 6 ขั้นตอน เพื่อยกระดับประสิทธิภาพ การดำเนินงานและการบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่ นำไปสู่การประยุกต์ใช้ผ่านโครงการเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน ดังภาพประกอบที่ 1 ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1: รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์ที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่นำร่องขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม พบว่า ผลการประเมินการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.38)

วัตถุประสงค์ที่ 4 ผลการวิเคราะห์ประเมินผลและรับรองรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมที่พัฒนาขึ้นในด้าน ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ และความถูกต้องครอบคลุม พบว่า การประเมินรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม ตามมาตรฐานการประเมิน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสมและจริยธรรม ด้านความถูกต้อง โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (μ = 4.51, σ = 0.32)

สรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการวิจัย พบว่า การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .985) อาจเป็นเพราะว่าการถ่ายโอนทำให้เกิดการเชื่อมโยงด้านการบริหาร การกำกับมาตรฐาน การจัดสรรทรัพยากร และความร่วมมือระหว่าง

หน่วยงานอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการหลายภาคส่วน ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรทั้ง 5 ด้านสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสิทธิผลได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยมีอำนาจการพยากรณ์สูงมาก (R^2 = .970) โดยเฉพาะด้านการกำกับและควบคุมมาตรฐาน (β = .481) และความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (β = .330) สะท้อนว่าการมีมาตรฐานการดำเนินงานที่ชัดเจนควบคู่กับความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเป็นกลไกสำคัญต่อประสิทธิผล ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ[12] (2565) และ ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ[6] ที่พบว่าภาวะผู้นำ การกำกับดูแล การจัดสรรทรัพยากร ระบบข้อมูล และความร่วมมือของเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของระบบสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบและกระบวนการดำเนินงาน ที่ครอบคลุมการป้องกันและควบคุมโรคในระดับพื้นที่ อาจเป็นเพราะกรอบแนวคิด PIRAB ช่วยเชื่อมโยงการมีส่วนร่วม การจัดการทรัพยากร การกำกับมาตรฐาน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากมีวงจรการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ 6 ขั้นตอนเป็นกลไกขับเคลื่อน ทำให้การดำเนินงานมีทิศทางชัดเจน ต่อเนื่อง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องโดยตรงกับธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ[6] ที่พบว่า การบูรณาการเครือข่าย การจัดการข้อมูล การจัดการทรัพยากร และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคหลังการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งยังสนับสนุนองค์ประกอบ PIRAB และกระบวนการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ 6 ขั้นตอนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์ที่ 3 ผลการวิจัย พบว่า การทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะรูปแบบมีขั้นตอนการดำเนินงาน ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เนื่องจากมีการบูรณาการภาคีเครือข่าย การใช้ข้อมูลร่วมกัน การจัดการทรัพยากร และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ส่งผลให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ[5] พบว่า การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและความเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ ตลอดจนเอื้อต่อการพัฒนานวัตกรรมและบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้คุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิดีขึ้น ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการถือเป็นกลไกสำคัญที่สนับสนุนให้รูปแบบสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิผลและยั่งยืน สอดคล้องกับธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา และคณะ[12] พบว่า การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับหน่วยงานสาธารณสุขเป็นกลไกสำคัญต่อประสิทธิผลของระบบสุขภาพภายหลังการถ่ายโอน ซึ่งสามารถใช้เป็นเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัยของผู้วิจัยที่พบว่าการถ่ายโอน รพ.สต. และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ที่ 4 ผลการวิจัย พบว่า การประเมินรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะรูปแบบได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เนื่องจากบูรณาการภาคีเครือข่าย ทรัพยากร ข้อมูลสุขภาพ มาตรฐานการปฏิบัติงาน

และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ส่งผลให้รูปแบบมีความเป็นประโยชน์ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีความเหมาะสม และถูกต้องตามหลักวิชาการ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ พิเชตวุฒิ นิลละออ และวิสุทธิณี ธานีรัตน์[13] ที่พบว่าการถ่ายโอน รพ.สต. ช่วยให้พื้นที่สามารถจัดสรรทรัพยากร ออกแบบบริการ และพัฒนานวัตกรรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน และสอดคล้องกับ อุดม ทุมโฆษิต และคณะ[14] ที่พบว่าการถ่ายโอนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างการบริหาร การอภิบาล และการบูรณาการภาคีสุขภาพ อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างในระดับความพร้อมและประสิทธิผล โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่าการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ขณะที่การศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง สะท้อนว่าบริบทพื้นที่ ความพร้อมของบุคลากร กลไกการบริหาร และความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน

สรุป และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม ระบบการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีพัฒนาการในด้านการบริหารจัดการและการประสานความร่วมมือในพื้นที่ โดยปัจจัยสำคัญไม่ได้ขึ้นอยู่กับการถ่ายโอนภารกิจ เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดระบบงาน ทรัพยากรบุคลากร ข้อมูลสุขภาพ และเครือข่ายให้เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ผลการวิเคราะห์ยังสะท้อนว่าการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่และการบริหารจัดการที่ต่อเนื่อง ผลการพัฒนารูปแบบนำไปสู่รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคที่ขับเคลื่อนด้วยกระบวนการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ 6 ขั้นตอน และองค์ประกอบ PIRAB 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างภาคีเครือข่าย การจัดการทรัพยากร การควบคุมมาตรฐาน การบูรณาการฐานข้อมูล และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด รพ.สต. บุคลากรสาธารณสุข และภาคีชุมชน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของรูปแบบไม่ได้เกิดจากโครงสร้างการบริหารเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการเปลี่ยนจากการทำงานแบบแยกส่วนไปสู่การจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลร่วมกัน การกำหนดมาตรฐานเดียวกัน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีจุดเด่นที่สามารถเชื่อมโยงการบริหารจัดการกับการปฏิบัติในพื้นที่ และเปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม อันจะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยและเสริมความเข้มแข็งของระบบป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบูรณาการเครือข่ายสุขภาพ เนื่องจากผลการศึกษาสะท้อนว่าการประสานงานและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานเป็นกลไกสำคัญต่อประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรค จึงควรกำหนดระบบข้อมูลร่วมและกลไกความร่วมมือที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงานและชุมชน

2. ควรติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลการทดลองใช้และการประเมินรูปแบบสะท้อนถึงความเหมาะสมและประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ จึงควรติดตามผลในระยะยาว โดยพิจารณาทั้งผลลัพธ์ด้านการควบคุมโรค คุณภาพบริการ และการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชน

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรใช้การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ และยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบอย่างเป็นระบบ โดย

กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของการศึกษา

2. ควรติดตามผลการใช้รูปแบบในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ด้านการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3. ควรศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของรูปแบบ โดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases. World Health Organization.* WHO: Noncommunicable diseases

2. World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases: Mortality. World Health Organization.* WHO: Noncommunicable diseases: Mortality

3. กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.* กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

4. กรมควบคุมโรค. (2561). *คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง.* กระทรวงสาธารณสุข.

5. ปรีดา แต้อารักษ์, วีระศักดิ์ เครือเทพ, วิรุฬ ลิ้มสวาท, พีธากร ศรีบุตรวงษ์, ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, ปรานอม โอสาร, และ จักรกินทร์ สีมา. (2567). *การศึกษาและพัฒนากลไกความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่ออภิบาลระบบสุขภาพท้องถิ่นภายใต้บริบทการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

6. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, อัชกรณ์ วงศ์ปรีดี, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, นันทกา เทพาอมรเดช, โสรยา วงศ์วิไล, นิทิกร สอนชา, และเพ็ญทิวา สารบุตร. (2569). *การขับเคลื่อนการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์: การขยายผลแนวทางการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2566). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2566.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม.

8. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607–610. https://doi.org/10.1177/001316447003000308

9. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology, 22*(140), 1–55.

10. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research, 2,* 49–60.

11. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.

12. ธัชเฉลิม สุทธิพงษ์ประชา, โกเมนทร์ ทิวทอง, อนุวัตร แก้วเชียงหวาง, ทองดี มุ่งดี, บัณฑิต ตั้งเจริญดี, และ ภัชรจิรัสม์ ธัชเมฆรัตน์. (2565). *การพัฒนาตัวแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และแนวทางการขับเคลื่อนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี และองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

13. พิเชตวุฒิ นิลละออ และ วิสุทธิณี ธานีรัตน์. (2569). นวัตกรรมสุขภาพชุมชนในยุคการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง: กรณีศึกษาความสำเร็จภายใต้การกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพปฐมภูมิ. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม,* 10(9), 336–353.

14. อุดม ทุมโมสิต, จันทรานุช มหากาญจนะ, อลงกฎ สารกาล, สุพัฒน์จิตร ลาดบัวขาว และ กรณ์ หวะนันทน์. (2567). การประเมินผลระบบอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปีงบประมาณ 2566. *วารสารสังคมศาสตร์, 54*(1), 81-116.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

Development of a Care Model for Type 2 Diabetes Patients to Achieve Remission in Chiangklang District, Nan Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ธมภร มหัสพันธ์[1] จิรพันธ์ อินทรศักดิ์[1] กัลยากร แสงคำ[2] อำพร ยศอาลัย[3] สุรีภรณ์ แสงรัตน์[4]
Thamaporn Mahusphan[1] Jirapun Intarasak[1] Kunlayakorn Sangkham[2] Amporn Yotalai[3] Sureeporn Sangrat[4]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development, R&D) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ระยะวิจัย คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 25 ราย และกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ระยะพัฒนา คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย ทั้งสองกลุ่มขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงกลาง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบบันทึกระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c)

ผลการวิจัย ภายหลังการดำเนินการ พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 794.00 ± 186.74 คะแนน (ระดับปานกลาง) เป็น 1,214.00 ± 192.13 คะแนน (ระดับสูง) (p<.001) คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 76.73 ± 12.37 คะแนน (ระดับปานกลาง) เป็น 110.27 ± 15.72 คะแนน (ระดับสูง) (p<.001) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 7.68 ± 0.97 mg% เป็น 6.34 ± 0.34 mg% (p<.001)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, โรคเบาหวานระยะสงบ, การจัดการตนเอง

Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to develop and evaluate a care model for type 2 diabetes patients to achieve diabetes remission in Chiang Klang District, Nan Province. The study was conducted from April 2025 to October 2025, a total duration of 7 months. Sample size for Phase 1 (the research phase) consisted of 25 patients with type 2 diabetes, while the sample for Phase 2 (the development phase) comprised 30 patients with type 2 diabetes. Both groups were registered for treatment at the Non-Communicable Disease (NCD) Clinic of Chiang Klang Hospital. Research instruments included a general information questionnaire, a self-management competency assessment, a diabetes self-management behavior assessment, and an HbA1c recording form.

Result : patients' mean self-management competency score increased significantly from 794.00 ± 186.74 (moderate) to 1,214.00 ± 192.13 (high) (p<.001), self-management behavior score increased from 76.73 ± 12.37 (moderate) to 110.27 ± 15.72 (high) (p<.001), and HbA1c decreased significantly from 7.68 ± 0.97 mg% to 6.34 ± 0.34 mg% (p<.001).

Keywords: Type 2 diabetes patients, Diabetes remission, Self-management

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน 2 นักโภชนาการ โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน
[2] นักโภชนาการ โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปือ จังหวัดน่าน
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระธาตุ จังหวัดน่าน

โลกที่สำคัญและเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่พบได้บ่อยที่สุด ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก[1] และสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF)[2] ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มผู้ป่วยที่พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกได้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจาก 200 ล้านคนในปี 1990 มาอยู่ที่ 830 ล้านคนในปี 2022 ซึ่งปรากฏการณ์นี้มีอัตราการขยายตัวในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางรวดเร็วกว่าประเทศที่มีรายได้สูง นอกจากนี้ยังมีการประเมินว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในช่วงอายุ 20-79 ปี จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 537 ล้านคน ในปี 2021 เป็น 643 ล้านคนภายในปี 2030 เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่คาดการณ์ว่า สัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2030 จะเพิ่มสูงขึ้นแตะระดับ 6,783.7 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน[2]

ในมิติของการสูญเสียตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) ด้านสุขภาพระดับโลกในช่วงปี 2000-2020 ระบุชัดเจนว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่คร่าชีวิตประชากรโลกในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 50[1] ในปี 2023 มีรายงานว่าโรคในกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของยอดการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยร้อยละ 77 ของผู้เสียชีวิตกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สำหรับ 4 อันดับแรกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน โรคมะเร็ง 9.3 ล้านคน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 4.1 ล้านคน และโรคเบาหวานรวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดจากเบาหวาน 2 ล้านคน[3]

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ได้ยกระดับให้โรคเบาหวานเป็นวาระสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบันมุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ โดยให้ความสำคัญกับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับตัวโรค แนวทางการรักษา ตลอดจนการส่งเสริมทักษะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน[4] เมื่อพิจารณาสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) พบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยมีทิศทางเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2558-2566 ระบุว่าอัตราผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนอยู่ที่ 5,224.0, 5,354.0, 5,727.5, 5,980.5, 6,359.1, 6,670.2, 6,995.9, 7,339.7 และ 7,685.2 ตามลำดับ[5] ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานประจำปีของกรมควบคุมโรคช่วงปี พ.ศ. 2553-2561 ที่ชี้ให้เห็นว่าอัตราการพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรยังคงไม่มีแนวโน้มลดลง โดยมีสถิติอยู่ที่ 422.6, 503.6, 579.1, 508.3, 475.7, 470.2, 481.4, 541.0 และ 579.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรอายุ 30-69 ปี ต่อแสนประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน (พ.ศ. 2553-2561) มีรายงานตัวเลขอยู่ที่ระดับ 12.31, 11.78, 11.42, 11.06, 10.85, 10.66, 10.66, 10.26 และ 10.13 ตามลำดับ[6]

อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในพ.ศ. 2565-2567 จำนวน 1,680, 1,767 และ 1,838 ราย ตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนอัตราผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 42.08, 36.05 และ 40.86 เท่านั้น[7] ดังกล่าวข้างต้นหากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมานานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จอประสาทตาเสื่อม โรคไต โรคปลายประสาทเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ และโรคเส้นเลือดปลายเท้าตีบ[8] ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้ต้องมีการนัดหมายการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วย และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจ ทำให้ความเครียด หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า คุณภาพชีวิตลดลง โดยปัจจุบันเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ สามารถทำได้ 3 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด การผ่าตัดลดน้ำหนัก และการใช้ยาซึ่งอาจใช้ร่วมกันได้[9] การดำเนินงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเชียงกลางที่ผ่านมารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกได้ดำเนินการตามแนวทางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กระทรวงสาธารณสุข (Chronic Care Model; CCM) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการ สนับสนุนการตัดสินใจ ระบบสารสนเทศ สนับสนุนองค์กรด้านสุขภาพ และเชื่อมโยงทรัพยากรและนโยบายชุมชน[7]

จากการวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงาน พบว่า การดำเนินงานดังกล่าวยังคงพบช่องว่างสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการดูแลรักษาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากรูปแบบเดิมยังขาดความสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ได้แก่ ผู้ป่วยยังคงนิยมรับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ก๋วยเตี๋ยว รวมถึงพฤติกรรมการปรุงอาหารในครัวเรือนที่เน้นรสชาติหวาน เค็มจัด และรสจัดจ้าน ซึ่งขัดแย้งกับหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิถีชีวิตที่ต้องใช้แรงงานหนักทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในปริมาณที่มากขึ้นตามไปด้วย ประกอบกับค่านิยมในการแจกจ่ายอาหารว่างระหว่างการทำงาน เช่น ข้าวต้มมัด ข้าวเหนียวหน้าสังขยา ขนมจีน ขนมปัง ขนมหวาน และเครื่องดื่มชูกำลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำตาลและคาร์โบไฮเดรตส่วนเกินอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้ป่วยที่มองว่าการใช้แรงงานหนักทดแทนการออกกำลังกายได้ ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลเดิม ยังไม่เพียงพอต่อการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยและบริบทของอำเภอเชียงกลาง จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง โดยได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)[10] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพ (goal selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (decision making) 5) การลงมือกระทำหรือปฏิบัติ (action) และ 6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction) บูรณาการเข้ากับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM) หลายการวิจัยได้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองพบว่าส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดความเครียด และผลทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น[11-13]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การบูรณาการดังกล่าวจะเกิดประโยชน์ด้านกระบวนการดูแลช่วยยกระดับระบบบริการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผ่านกระบวนการตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเอง สามารถรับมือกับสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย และลดความเครียดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยก้าวเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้น ต่อสมรรถนะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model; CCM) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer[10] เป็นฐานในการพัฒนารูปแบบ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 7 เดือน แบ่งการดำเนินงาน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์และออกแบบรูปแบบการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่

2. การนำผลมาออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด จำนวน 25 ราย เกณฑ์คัดเข้า ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิก NCDs โรงพยาบาลเชียงกลาง อายุ 18-65 ปี มีระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ที่มีศักยภาพเข้าสู่ระยะสงบ (ตามเกณฑ์ของ Remission Service กระทรวงสาธารณสุข)รู้สึกตัวดี สื่อสารและให้ข้อมูลได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

4. การปรับปรุงรายละเอียดของรูปแบบให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง

5. ดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบที่พัฒนาแล้ว ในกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด จำนวน 30 ราย เกณฑ์คัดเข้า ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิก NCDs โรงพยาบาลเชียงกลาง อายุ 18-65 ปี มีระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ที่มีศักยภาพเข้าสู่ระยะสงบ (ตามเกณฑ์ของ Remission Service กระทรวงสาธารณสุข) รู้สึกตัวดี สื่อสารและให้ข้อมูลได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

6. ติดตามและประเมินผลของการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาและมารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาและมารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาและมารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด จำนวน 25 ราย เกณฑ์คัดเข้า ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิก NCDs โรงพยาบาลเชียงกลาง อายุ 18-65 ปี มีระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ที่มีศักยภาพเข้าสู่ระยะสงบ (ตามเกณฑ์ของ Remission

Service กระทรวงสาธารณสุข)รู้สึกตัวดี สื่อสารและให้ข้อมูลได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาและมารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด จำนวน 30 ราย เกณฑ์คัดเข้า ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิก NCDs โรงพยาบาลเชียงกลาง อายุ 18-65 ปี มีระดับ HbA1c อยู่ในเกณฑ์ที่มีศักยภาพเข้าสู่ระยะสงบ (ตามเกณฑ์ของ Remission Service กระทรวงสาธารณสุข)รู้สึกตัวดี สื่อสารและให้ข้อมูลได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ได้แก่ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม ครอบคลุมองค์ประกอบของ CCM ทั้ง 6 ด้าน และการสนับสนุนการจัดการตนเอง และเครื่องบันทึกเสียงสำหรับการสนทนากลุ่ม

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 3-4 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพปัจจุบัน การศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของคนในครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบวัดสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลขที่ใช้รูปแบบเส้นกราฟิก (Graphic Rating Scale) กำหนดช่วงคะแนนตั้งแต่ 10 ถึง 100 และส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 26 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ นอกจากนี้ยังมีแบบบันทึกระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ซึ่งพยาบาลเป็นผู้บันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยเครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดสมรรถนะการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.985 และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.972

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมการวิจัย ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสมรรถนะการจัดการตนเอง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน (One Group Pretest-Posttest) ด้วยสถิติ Paired Samples t-test หรือ Wilcoxon Signed-rank Test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และสถิติ Chi-square Test สำหรับข้อมูลเชิงหมวดหมู่ โดยก่อนเลือกสถิติได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณารวมเป็นประเด็นหลักที่สะท้อนถึงสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอเชียงกลาง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ โดยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เลขที่โครงการวิจัย NAN REC 68-54 รับรองโครงการ ณ วันที่ 2 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1.1 การศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบ 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) รูปแบบการให้บริการและการทำงานของทีมบุคลากรในคลินิก NCDs เน้นการแนะนำแบบสั่งการ ยังไม่เพียงพอที่จะสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระยะโรคสงบได้จริง (2) ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการประเมินข้อมูลด้วยตนเอง โดยเฉพาะการคำนวณพลังงานจากอาหารประกอบกับข้อมูลทางคลินิกที่บันทึกไว้ยังไม่ถูกนำมาประมวลผลเป็นภาพสะท้อนที่เข้าใจง่าย และข้อมูลระดับน้ำตาลจากที่บ้านไม่ถูกส่งมายังคลินิก ทำให้การตัดสินใจร่วมกันล่าช้า (3) ผู้ป่วยที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจาก อสม. สมาชิกครอบครัว และทรัพยากรชุมชน มีโอกาสล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูง และ (4) ควรจัดทำแผนดูแลสุขภาพรายบุคคลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการร่วมตัดสินใจ และเพิ่มทางเลือกในการปรับพฤติกรรมที่หลากหลายให้สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่ ผลจากระยะนี้ถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการออกแบบรูปแบบในระยะถัดไป

1.2 การออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ จากการสังเคราะห์ผล ร่วมกับกรอบแนวคิด CCM และแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[7] ได้รูปแบบการดูแลที่เป็นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพระดับโครงสร้างเข้ากับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การสนับสนุนองค์กรด้านสุขภาพ การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบสารสนเทศ การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน และการสนับสนุนการดูแลตนเองที่แบ่งเป็น 6 ขั้นตอนย่อยตามแนวคิด Creer (การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง) ร่างรูปแบบดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 1.00

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน เป็นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพระดับโครงสร้าง (CCM) เข้ากับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนองค์กรด้านสุขภาพ กำหนดนโยบายและเป้าหมายระดับองค์กรโรงพยาบาลเชียงกลางและเครือข่าย การผลักดันผู้ป่วยเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญระดับองค์กร นอกเหนือจากการคุมน้ำตาลตามปกติ

องค์ประกอบที่ 2 การออกแบบระบบบริการ ปรับระบบบริการในคลินิก NCDs ให้มีช่องทางหรือช่วงเวลาเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพเข้าสู่ระยะโรคสงบ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เข้มข้นขึ้น

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการตัดสินใจ นำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะสงบมาใช้เป็นมาตรฐานในการให้คำปรึกษา พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับโภชนาการท้องถิ่น การจัดการอาหารคาร์โบไฮเดรตสูงในพื้นที่ และทักษะการเป็นโค้ชสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสารสนเทศ แปลงข้อมูลทางคลินิก เช่น ค่า HbA1c ให้เป็นกราฟิกที่

เข้าใจง่าย และใช้ช่องทางสื่อสาร เช่น LINE Official เพื่อติดตามค่าน้ำตาลและสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างสะดวกและต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 5 การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ลดการบริโภคของหวานและเครื่องดื่มชูกำลัง และรวมกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 6 การสนับสนุนการดูแลตนเอง การวางแผนเป็นรายบุคคล ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย ผู้ป่วยและทีมสุขภาพร่วมกันตั้งเป้าหมาย ที่เป็นจริงในบริบทของตนเอง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยใช้สมุดบันทึกวิถีชีวิต บันทึกอาหารที่รับประทาน กิจกรรมออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลที่เจาะด้วยตนเอง

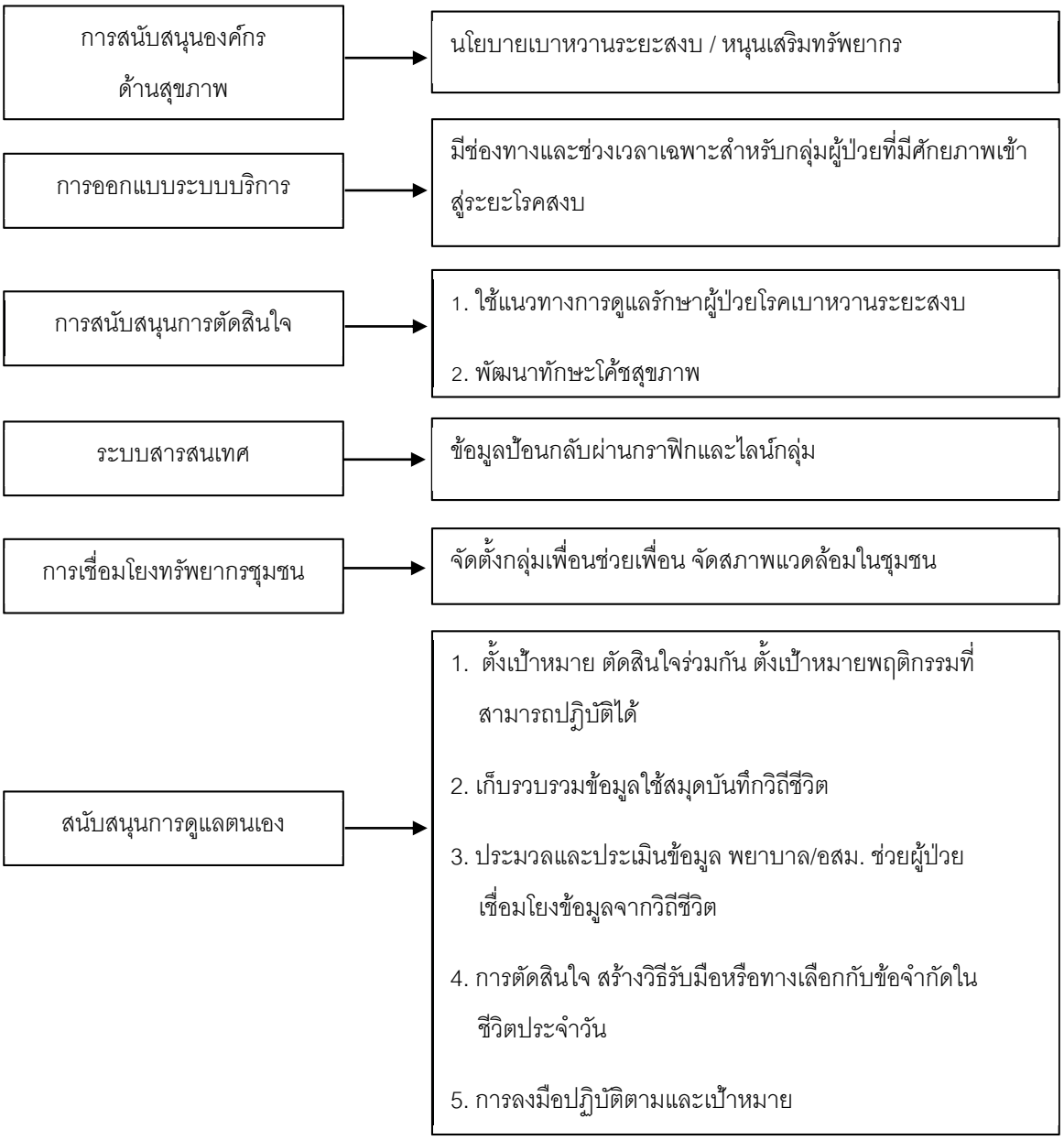
3. การประมวลและประเมินข้อมูล ทำความเข้าใจและหาความสัมพันธ์ของข้อมูลกับระดับน้ำตาลที่บันทึกไว้ร่วมกับอสม. หรือพยาบาลวิชาชีพ

4. การตัดสินใจ ฝึกทักษะเลือกวิธีการแก้ปัญหาและทางเลือกในการปฏิบัติตัว

5. การลงมือปฏิบัติ นำแผนที่ตัดสินใจไว้ไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน เช่น การปรับเปลี่ยนโภชนาการ การจัดสรรเวลาออกกำลังกาย เป็นต้น

6. การสะท้อนตนเอง การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการเสริมแรงบวกผ่านช่องทางออนไลน์ สร้างแรงจูงใจในสมรรถนะการจัดการตนเอง การจัดการพฤติกรรมสุขภาพ และสะท้อนปัญหาในรายที่มีปัญหาในการจัดการตนเอง เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ แสดงดังภาพที่ 1

1.3 ผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) พบว่า ก่อนทดลองใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M=75.20, SD=13.05) และมีระดับ HbA1c เฉลี่ยอยู่ที่ (M=7.55, SD=0.88) หลังทดลองใช้รูปแบบเป็นระยะเวลา [4] สัปดาห์ พบว่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M=102.40, SD=14.60) และระดับ HbA1c มีแนวโน้มลดลงเป็น (M=[6.98], SD=0.62) แม้ยังไม่ได้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติอย่างเป็นทางการในระยะนำร่องนี้ แต่ผลเชิงพรรณนาดังกล่าวสะท้อนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งสองด้าน สนับสนุนความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริงในระยะประเมินผล



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

เมื่อพิจารณาจำแนกตามระดับ พบว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00 และมีเพียงส่วนน้อยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 8.00 ภายหลังทดลองใช้รูปแบบ สัดส่วนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น [76.00]% และไม่พบผู้ป่วยที่อยู่ในระดับต่ำอีกต่อไป ในด้านระดับ HbA1c พบว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบผู้ป่วยทุกรายยังไม่มีระดับน้ำตาลลดลง แต่หลังทดลองใช้รูปแบบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.00 มีระดับ HbA1c ลดลง

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

1.4 การปรับปรุงรายละเอียดของรูปแบบให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้นำโครงสร้าง CCM มาพัฒนาโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง เพื่อช่วยยกระดับสมรรถนะการจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่การแก้ปัญหาพฤติกรรมระดับบุคคลตามบริบท เพื่อเป้าหมายขั้นสุดคือเข้าสู่

เบาหวานระยะสงบ แตกต่างจากรูปแบบเดิมที่เป็นโครงสร้างระบบบริการกว้าง ๆ ที่เน้นการควบคุมตามมาตรฐานในด้านต่าง ๆ สามารถสรุปได้ดังตาราง 4

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างรูปแบบเดิม และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประเด็น	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนา
1. เป้าหมายหลักของการรักษา	เน้นการควบคุมโรค รักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	เน้นภาวะโรคสงบ มุ่งลดค่าน้ำตาล เพื่อให้สามารถลดหรือหยุดยาได้
2. สนับสนุนการจัดการตนเอง	แบบสั่งการ เน้นการให้สุขศึกษาทางเดียว ผู้ป่วยเป็นผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตาม	แบบมีส่วนร่วม ใช้ 6 ขั้นตอนของ Creer ผู้ป่วยร่วมตั้งเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูล และตัดสินใจปรับพฤติกรรมเอง
3. ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต	ใช้มาตรฐานทั่วไป คำแนะนำโภชนาการและการออกกำลังกายเป็นแบบกว้าง ๆ สำหรับผู้ป่วย	แก้ปัญหาตามบริบทอำเภอเชียงกลาง เช่น การลดข้าวเหนียวเครื่องดื่มชูกำลัง และจัดการการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้จริง
4. การใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ	ใช้ฐานข้อมูลเพื่อบันทึกประวัติและส่งรายงานตัวชี้วัดเพื่อตอบส่วนราชการ	ใช้ฐานข้อมูลเพื่อป้อนกลับผู้ป่วย แปลงข้อมูลทางคลินิกเป็นสื่อที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงของอาหารกับค่าน้ำตาล
5. บทบาทของทีมสุขภาพและชุมชน	แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตรวจและสั่งการรักษาตามรอบนัด	พัฒนาโค้ชสุขภาพ โดยมี อสม. และครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน

1.5 ผลการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบที่พัฒนาแล้ว

1.5.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 55.53 ปี (SD=7.83) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 83.33 สถานภาพคู่ร้อยละ 76.67 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 63.33 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 4,001-6,000 บาท ร้อยละ 33.33 ครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 73.33 ตามลำดับ

1.5.2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ก่อนพัฒนารูปแบบผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสมรรถนะการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 รองลงมาคือระดับต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีสมรรถนะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นไปอยู่ในระดับสูง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นไปอยู่ในระดับสูง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33

1.5.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด จำแนกระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบผู้ป่วยมีสมรรถนะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M=794.00, SD=186.74) เป็นระดับสูง (M=1214.00, SD=192.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t=-18.144) มีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (M=76.73, SD=12.37) เป็นระดับสูง (M=110.27, SD=15.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t=-13.843) และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงจากก่อนพัฒนารูปแบบ (M=7.68, SD=0.97) เป็นหลังพัฒนารูปแบบ (M=6.34, SD=0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t=6.069) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด จำแนกระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=30)

หัวข้อ	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
สมรรถนะการจัดการตนเอง								
	794.00	186.74	ปานกลาง	1214.00	192.13	สูง	-18.144	0.000*
พฤติกรรมการจัดการตนเอง								
	76.73	12.37	ปานกลาง	110.27	15.72	สูง	-13.843	0.000*
ระดับน้ำตาลในเลือด								
	7.68	0.97	-	6.34	0.34	-	6.069	0.000*

หมายเหตุ * อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการสนับสนุนการจัดการตนเอง อำเภอเชียงกลาง รูปแบบการให้บริการของคลินิก NCDs เป็นการเน้นการแนะนำแบบสั่งการมากกว่าการสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยขาดสมรรถนะในการจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลให้เข้าสู่ระยะโรคสงบ ประกอบกับผู้ป่วยมักมีอุปสรรคในการประเมินข้อมูลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเฉพาะการคำนวณพลังงานจากอาหาร ในขณะที่ข้อมูลทางคลินิกและผลตรวจน้ำตาลจากที่บ้านไม่ได้ถูกประมวลผลให้เข้าใจง่ายหรือเชื่อมโยงกับพฤติกรรมประจำวัน ทำให้การตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดกำลังใจก็มักจะล้มเหลวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม [13]

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน เป็นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ (Chronic Care Model; CCM) เข้ากับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)[10] มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสนับสนุนองค์กรด้านสุขภาพ การออกแบบระบบบริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ ระบบสารสนเทศ การเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน และการสนับสนุนการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ตามแนวทางการดำเนินงาน Remission Service ของกระทรวงสาธารณสุข[14] โดยการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ที่เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการทำ Self-monitoring บันทึกข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยมีทีมสหวิชาชีพคอยติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด เช่นเดียวกับบริบทของอำเภอเชียงกลางที่ให้พยาบาลวิชาชีพและ อสม. ช่วยประมวลผลข้อมูลและสะท้อนตนเองร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับน้ำตาลจนเข้าสู่ระยะสงบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของหรรษา ชื่นชูผล และอลิษา สุพรรณ [15] ที่ได้พัฒนารูปแบบโดยมีกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งให้ทางเลือกผู้ป่วยในการจัดการพฤติกรรม รวมถึงการนำทรัพยากรชุมชนมาจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อออกกำลังกายและลดของหวาน ช่วยปรับทัศนคติและจัดการกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารท้องถิ่นที่มีพลังงานสูง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยยกระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น ใน 3 ด้านหลัก ดังนี้ สมรรถนะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ลดลง

การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผู้ป่วยเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น การที่รูปแบบการดูแลเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ประเมินข้อมูล และตัดสินใจด้วยตนเอง เป็นการยกระดับสมรรถนะการจัดการตนเองซึ่งส่งผลเชื่อมโยงให้พฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูงได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหรรษา ชื่นชูผล และอลิษา สุพรรณ[15] ที่ได้พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเบาหวานในระยะสงบ พบว่า หลังการดำเนินงานผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย และอารมณ์สูงกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นคือระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวรรีย์ วรรณสิงห์ และคณะ[11] การศึกษาของจารุมน ลัคนาวิวัฒน์ และคณะ[12] และการศึกษาของวัชราพร เนตรคำยวง[13] ที่ได้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จากการพัฒนารูปแบบหรือพัฒนาโปรแกรม พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด และด้านการลดความเครียดดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำรูปแบบการดูแลที่กำหนดช่องทางและช่วงเวลาเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพเข้าสู่ระยะโรคสงบ ไปผลักดันเป็นนโยบายหลักของคลินิก NCDs ในโรงพยาบาลเชียงกลางและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเข้มข้นและตรงจุด

2. ควรนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ฝึกอบรมทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีทักษะในการเป็นโค้ชสุขภาพ โดยเน้นให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง

3. ควรขยายผลการใช้ระบบสารสนเทศในการแปลงข้อมูลทางคลินิก เป็นกราฟิกที่เข้าใจง่าย และใช้ช่องทางออนไลน์ เป็นเครื่องมือในการติดตามผล ให้ข้อมูลป้อนกลับ และเสริมแรงบวกสมรรถนะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้สมุดบันทึกเพื่อใช้บันทึกข้อมูลอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลที่บ้าน โดยให้ผู้ป่วย อสม. และพยาบาลใช้ข้อมูลดังกล่าวร่วมกันประเมินผลและตัดสินใจตั้งเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

5. ควรส่งเสริมการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชนในระดับหมู่บ้าน เพื่อร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะช่วยสร้างสมรรถนะในการจัดการตนเองและช่วยปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการจัดการตนเอง อัตราการคงอยู่ในภาวะเบาหวานระยะสงบ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจากสิ้นสุดการใช้โปรแกรมไปแล้วระยะ 1 ปี

2. ควรนำรูปแบบการดูแลที่บูรณาการระบบบริการสุขภาพเข้ากับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลนี้ ไปทดลองขยายผลในบริบทของพื้นที่อำเภอหรือจังหวัดอื่น ๆ ที่มีวิถีชีวิตทรัพยากรชุมชนที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความเป็นไปได้และปรับปรุงรูปแบบให้เป็นมาตรฐานในวงกว้างยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน พยาบาลและบุคลากร โรงพยาบาลเชียงกลาง จังหวัดน่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัย

ทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงกลาง นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.(2024). Diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Aug 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

2.International Diabetes Federation.(2023). Diabetes and kidney disease. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2023.

3.World Health Organization.(2023). Diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.(2567). แนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2567.

5.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2566.

6.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2566). จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

7.โรงพยาบาลเชียงกลาง.(2568). รายงานประจำปี พ.ศ. 2565-2567 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. น่าน: หน่วยงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลเชียงกลาง; 2568.

8.American Diabetes Association.(2025). Diagnosis and classification of diabetes: standards of care in diabetes-2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S27-49.

9.Nakhleh A, Halfin E, Shehadeh N.(2000). Remission of type 2 diabetes mellitus. World J Diabetes. 2024;15(7):1384-92.

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

11.วรรีย์ วรรณสิงห์, นภาเพ็ญ จันทขัมมา, สุดา หันกลาง.(2568). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเขตเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2568;26(1):220-8.

12.จารุมน ลัคนาวิวัฒน์, มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, ประภา จันทร์ประทีป, ณัฐกฤตา สิทธิชัย.(2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุตามแนวคิดการจัดการภาวะสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2567;9(1):557-65.

13.วัชราพร เนตรคำยวง.(2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยทางการพยาบาลและสาธารณสุข. 2566;3(2):78-95.

14.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service). กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

15.หรรษา ชื่นชูผล, อลิษา สุพรรณ.(2568). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเบาหวานในระยะสงบ (Diabetes Remission) จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2568;12(4):363-76.

บทบาทของเภสัชกรโรคหัวใจแนวใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevation, NST elevation โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

New Role of Cardiology Pharmacist For ST Elevation NST Elevation Myocardial Infarction Patients In King Narai Hospital, Lopburi province.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์[1]
Wongthiparat Manyanon[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) ในผู้ป่วย STEMI และ NSTEMI ทุกรายที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่ มกราคม 2565 – มิถุนายน 2567 เภสัชกรปรับบทบาทเชิงรุก ดูแลการใช้ยาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แจก QR Code ข้อมูลยา เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ให้คำปรึกษาก่อนกลับบ้าน (Discharge Counseling) และประสาน อสม. แนะนำความต่อเนื่องในการใช้ยา นอกจากนี้ได้ปรับยากลุ่ม Fibrinolytic agent ในผู้ป่วย STEMI จาก Streptokinase เป็น Alteplase (ปี 2565) และ Tenecteplase (ปี 2567) แล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Logistic Regression

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่ม STEMI (286 ราย) ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกรร้อยละ 93.71 และได้รับยาละลายลิ่มเลือด 247 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 12.59 (มากที่สุดคือ Minor bleeding ร้อยละ 4.20, ความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 3.50) กลุ่ม NSTEMI (534 ราย) ได้รับคำแนะนำร้อยละ 83.71 พบปัญหาจากการใช้ยา 198 ปัญหา ส่วนใหญ่คือการไม่ได้รับยาตามสั่ง (ร้อยละ 27.30) และมีข้อบ่งใช้แต่ไม่ได้ยา (ร้อยละ 24.20) โดยแพทย์ตอบสนองต่อคำแนะนำเภสัชกรร้อยละ 88.40 ปัจจัยที่ลดการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การได้รับยา Aspirin, Clopidogrel, Enoxaparin, Statin และประวัติการสูบบุหรี่ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 9.42 ใน STEMI และร้อยละ 7.41 ใน NSTEMI ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (น้อยกว่าร้อยละ 9-10)

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, การบริบาลเภสัชกรรม, อัตราการเสียชีวิต, ยาต้านเกล็ดเลือดและยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

A prospective study was conducted among all STEMI and NSTEMI inpatients admitted to Phra Narai Maharaj Hospital from January 2022 to June 2024. Clinical pharmacists took a proactive role in multidisciplinary care by monitoring pharmacotherapy, providing QR codes for drug information, monitoring adverse drug events (ADVs), conducting discharge counseling, and coordinating with Village Health Volunteers (VHVs) to ensure medication adherence. Fibrinolytic protocols for STEMI patients were upgraded from Streptokinase to Alteplase in 2022 and to Tenecteplase in 2024. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: STEMI Group (n = 286): 93.71% received novel pharmacist interventions. Of the 247 patients receiving fibrinolytic therapy, 12.59% experienced adverse events (most common: minor bleeding at 4.20% and hypotension at 3.50%). NSTEMI Group (n = 534): 83.71% received novel pharmacist interventions. A total of 198 DRPs were identified, primarily failure to receive medication (27.30%) and untreated indications (24.20%). Physicians accepted 88.40% of the pharmacists' recommendations. Mortality Rates: Treatment with Aspirin, Clopidogrel, Enoxaparin, and Statins, alongside smoking history, significantly reduced mortality

[1] เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

($p < 0.05$). The overall mortality rate dropped to 9.42% in STEMI patients and 7.41% in NSTEMI patients, successfully achieving the target (< 9–10%).

Keywords: Acute Coronary Syndrome, Pharmacist Intervention, Mortality Rate, Antiplatelet & Fibrinolytic Therapy

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของคนไทย โดยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevation NST Elevation เป็นภาวะที่มีอัตราเสียชีวิตสูงและต้องใช้ค่าใช้จ่าย ในการรักษาสูงและต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก[1] แม้โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จะมีระบบการดูแลรักษาแบบทางด่วน (Fast Track) ในกลุ่ม STEMI แล้ว ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตายเฉียบพลันชนิด ST Elevationในรพ.พระนารายณ์มหาราช สูงถึงร้อยละ 22 และร้อยละ17 ปี 2563 และ ปี2564 ตามลำดับ[2] ซึ่งสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 4 จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ในการปรับบทบาทของเภสัชกรโรคหัวใจแนวใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรับระบบ Pharmacist Intervention แนวใหม่ เพิ่มการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI ร่วมด้วยในการทำหน้าที่ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และ NSTEMI ให้น้อยกว่าร้อยละ 9

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสืบค้นประเภทและความถี่ของปัญหาจากการใช้ยาที่พบในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านยาที่มีผลและการปรับระบบ Pharmacist Intervention แนวใหม่ของการปฏิบัติงานของเภสัชกรในการทำหน้าที่ค้นหาป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และคลอบคลุม NSTEMI เพิ่มเติม เป้าหมายคืออัตราการได้รับคำแนะนำเรื่องโรคและยา อาการข้างเคียงโดยเภสัชกร > ร้อยละ 80 และอัตราการเสียชีวิตให้น้อยกว่าร้อยละ 9

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยในทุกรายที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation และ NST Elevation ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยเภสัชกรจะทำ Pharmacist intervention แนวใหม่ โดยการการปรับบทบาทของเภสัชกรโรคหัวใจแนวใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยมีการติดตามดูแลเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกราย STEMI และ คลอบคลุมทั้ง NSTEMI ตั้งแต่เข้ารับการรักษา การดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์พยาบาลบนหอผู้ป่วย ผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายจะได้รับ QR CODE ให้ข้อมูลเรื่องยา และติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการให้คำปรึกษาเรื่องโรคและยาก่อนกลับบ้าน (Pharmacist Intervention and Discharge Counseling) จากนั้นรวบรวมลงในแบบเก็บข้อมูล Google form

สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม STEMI มีการปรับกระบวนการหยดยากลุ่ม Fibrinolytic agent จาก Streptokinase เป็น Alteplase ในปี 2565 และปรับกระบวนการหยดยาจาก Alteplase เป็น Tenecteplase ในปี 2567 รวมถึงการให้ความรู้อสม.เพื่อแนะนำเรื่องโรค เรื่องความต่อเนื่องในการใช้ยา อาการนำที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team)

สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI มีการให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกรเรื่องโรคเรื่องยาและความเหมาะสมในการใช้ยาทุกรายที่เข้ารับการรักษา

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความแปรปรวน ในการรายงานลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย โรคร่วม ปัญหาจากการใช้ยา และอัตราการเสียชีวิต หลังจากได้รับ Pharmacist Intervention แนวใหม่

2. ใช้สถิติการถดถอยด้วยโลจิสติก Logistic regression analysis (Binary regression analysis) ในการวิเคราะห์ปัจจัยในการได้รับยาที่มีผลการกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation และ NST Elevation และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p value < 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี รหัสงานวิจัย KNH 2/2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย STEMI ในการศึกษาแสดงจำนวน ร้อยละ ของเพศ อายุ สิทธิการรักษา โรคร่วม การสูบบุหรี่ ชนิดการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI ผลการตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) Diagnosis to needle time < 30 นาที (N = 286) พบว่าจำนวนผู้ป่วย STEMI จำนวน 286 ราย มีลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย อายุระหว่าง 39-92 ปี อายุเฉลี่ย 65.59±12.26 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.34 เป็นโรคที่ตำแหน่ง Anterior Wall ร้อยละ 68.18 , เป็นโรคที่ตำแหน่ง inferior wall ร้อยละ 23.43 , เป็นโรคตำแหน่ง lateral wallร้อยละ 8.39 อัตราการเสียชีวิตจากโรค STEMI คิดเป็นร้อยละ 9.87 ประวัติเป็นโรคร่วมเรียงตามลำดับคือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมี Comobidity มากกว่า 1 โรค มีผู้ป่วยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 38.46 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยา Fibrinolytic ได้ตาม golden period คือ Diagnosis to needle time < 30 นาที ร้อยละ 64.34

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย NSTEMI ในการศึกษาแสดงจำนวน ร้อยละ ของเพศ อายุ สิทธิการรักษา โรคร่วม การสูบบุหรี่ (N = 534) พบว่าจำนวนผู้ป่วย NSTEMI จำนวน 534 ราย มีลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย อายุระหว่าง 42-86 ปี อายุเฉลี่ย 64.24±11.36 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.68 อัตราการเสียชีวิตจากโรค NSTEMI คิดเป็นร้อยละ 7.49 ประวัติเป็นโรคร่วมเรียงตามลำดับ คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมี Comobidity มากกว่า 1 โรค มีผู้ป่วยสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 36.52

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation (n=286), NST-elevation (n =534) แสดงความสัมพันธ์ด้วยค่า odd ratio และแสดงการอัตราการได้รับยา DAPT THERAPY STATIN ใน ACS ร้อยละ 100 ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา Fibrinolytic agents 247 ราย (ร้อยละ 86.36) เมื่อพิจารณา อัตราการเสียชีวิตที่สำคัญกับปัจจัยต่างๆพบว่า การได้รับยา Fibrinolytic agents เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ STEMI แสดงในรูปค่า odd ratio 0.017 (95%CI :0.029-0.395) การได้รับยา DAPT therapy และ Statin ส่งผลลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation และ NST elevation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ คือ การได้รับยา Aspirin , การได้รับยา clopidogrel การได้รับยา Low molecular weight Heparin (Enoxaparin) การได้รับยา Statin การสูบบุหรี่ และการได้รับวัคซีน

ไข้หวัดใหญ่ แสดงในรูปค่า odd ratio ดังนี้ 0.053 (95%CI :0.019-0.145) , 0.048 (95%CI:0.200-0.497) , 0.051 (95%CI: 0.160-0.642) , 0.038 (95%CI: 0.033-0.259) , 0.226 (95%CI: 0.067-0.756)และ 0.148 (95%CI: 0.102-0.497)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งพบว่าอัตราการได้รับยา DAPT THERAPY STATIN ใน ACS ร้อยละ 100 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation คิดเป็นร้อยละ 9.42

4. ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการหยดยาละลายลิ่มเลือด Fibrinolytic agents (n=247 ราย) จำนวนผู้ป่วยที่พบอาการไม่พึงประสงค์จากได้รับยาละลายลิ่มเลือด พบว่าอาการไม่พึงประสงค์จากได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agent) 36 ราย (ร้อยละ 14.58) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ Minor bleeding 12 ราย (ร้อยละ 4.86),ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 4.05), Minor side effect (คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น เหนื่อย ปวดศีรษะ) 6 ราย (ร้อยละ 2.43), ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrthymia) 3 ราย (ร้อยละ1.21) , ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) 2ราย (ร้อยละ0.81), Major bleeding 2 ราย (0.81)และอาการข้างเคียงที่พบน้อยที่สุด ภาวะAnaphylaxis reaction1 ราย (ร้อยละ 0.41)

5. จำนวนและร้อยละของปัญหาทางด้านการใช้ยาที่เกิดกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ STEMI (n=286 ราย)และ NSTEMI ที่พบ(n=534 ราย) ผู้ป่วย STEMI ได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกรแนวใหม่ 268 (ร้อยละ 93.71) รายใน STEMI ผู้ป่วยได้รับยา Fibrinolytic 247 ราย (ร้อยละ 86.36) ผู้ป่วย NSTEMI จำนวน 534 ราย ได้รับคำแนะนำโดยเภสัชกรแนวใหม่ 447 ราย (ร้อยละ 83.71) โดยพบปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งหมด 198 ปัญหา เป็นปัญหาการไม่ได้รับหรือไม่ได้ใช้ยาที่แพทย์สั่ง (Failure to receive drug) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.30 รองลงมาได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา แต่ไม่มีการสั่งใช้ยา (Untreated Indication) ร้อยละ 24.20 ,การได้รับยาในขนาดที่สูงว่าปกติ (Over- Dosage) ร้อยละ 19.20 การได้รับขนาดยาที่น้อยกว่าปกติ (Sub-therpeutic dosage) ร้อยละ15.8 และเกิดหรือสงสัยว่าจะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions) ร้อยละ 13 .5 เมื่อพิจารณาจากผลการให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาของเภสัชกรโดยพบว่าแพทย์มีการตอบสนองต่อคำแนะนำของเภสัชกรร้อยละ 88.40 และเภสัชกรให้คำแนะนำผู้ป่วย อัตราการได้รับคำแนะนำผู้ป่วย STEMI โดยเภสัชกรร้อยละ94.33 ,อัตราการได้รับคำแนะนำผู้ป่วย NSTEMI โดยเภสัชกรร้อยละ 81.17

6. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation และ NST-elevation ซึ่งเมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation และ NST-elevation คิดเป็นร้อยละ 8.39 และร้อยละ 7.49 ซึ่งลดลงจากปี 2563 และปี 2564 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **อภิปรายผล**

สรุปผล

สรุปผลการศึกษาได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation และ NSTEMI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทั้งหมด 7 ตัวแปร ดังนี้ คือ การได้รับยา Fibrinolytic agents ทันเวลาในผู้ป่วย STEMI และ Aspirin, การได้รับยา clopidogrel การได้รับยา Low molecular weight Heparin (Enoxaparin) การได้รับยา Statin การสูบบุหรี่ และการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ สำหรับปัจจัยอื่นๆที่มีผลในการลดอัตราการเสียชีวิต แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ คือ การได้รับยา beta-blocker ,การได้รับยากลุ่ม ACEI ดังนั้นจากผลการศึกษาทำให้สามารถวางแผนพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการปรับปรุง ให้มีการใช้ยากลุ่ม DAPT therapy statin ACEI และ Beta blocker ตามที่

recommendation อย่างต่อเนื่องและแนะนำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation และ NST Elevation ทุกรายเลิกบุหรี่ ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกรายเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันชนิด ST Elevation NST Elevation และการที่มีเภสัชกรให้การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรูปแบบใหม่ เน้นย้ำเรื่องโรคและความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยา DAPT Therapy ในครบ 1 ปี และการเห็นความสำคัญของการทานยาเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรค โดยขยายกลุ่มการดูแลจาก STEMI เป็นกลุ่มโรค NSTEMI ด้วย ผลของการปรับระบบ Pharmacist Intervention แนวใหม่ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สามารถค้นหาแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยาพร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง ส่งยาอย่างปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งส่งผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา

สรุปและอภิปรายผล

จากการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด STEMI NSTEMI พบว่าการมีเภสัชกรทำหน้าที่ดูแลเรื่องการให้คำแนะนำในการรักษาเรื่องโรคเน้นย้ำเรื่องความตระหนักและความจำเป็นในการใช้ยา และช่วยกันตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตั้งแต่เริ่มหยดยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นรายบุคคลตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนถึงกลับบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องครบถ้วน ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแลซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของเบอร์โควิทซ์,แบลงค์และโพเวล (Berkowith, Blank & Powell, 2005)[3] โดยใช้การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่าลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลจาก 7 วันเหลือ 5 วัน และสามารถลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 85 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าควรนำการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังซับซ้อนมีความเสี่ยงสูงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการดูแลอย่างมีคุณภาพมีแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานและมีเป้าหมายร่วมกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการจะช่วยให้การรักษาพยาบาลรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการบริบาลทางเภสัชกรรม ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า รูปแบบการปฏิบัติงานซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน เภสัชกรสามารถป้องกัน แก้ไข ติดตามและเฝ้าระวังปัญหาที่เกี่ยวกับยาในผู้ป่วยได้[4] และสอดคล้องกับที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์[5] ได้รวบรวมกิจกรรมการบริบาลทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมนาน 3 เดือน พบว่า ปัญหาจากการใช้ยามากกว่า 81 ครั้ง ได้รับการตอบสนองของแพทย์ต่อคำแนะนำของเภสัชกร 31 ครั้ง ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นในทางบวก 25 ครั้ง (ร้อยละ 96.15) พบว่าความถี่ต่อการตอบสนองของแพทย์ต่อคำแนะนำของเภสัชกรที่สูงช่วยให้ผลการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันมีทั้งหมด 7 ปัจจัย คือ การได้รับยา Fibrinolytic agents เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ STEMI ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation และ NST elevation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้ คือ การได้รับยา Aspirin, การได้รับยา clopidogrel

การได้รับยา Low molecular weight Heparin (Enoxaparin) การได้รับยา Statin การสูบบุหรี่ และการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ซึ่งสัมพันธ์กับแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2563 และ2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes ดังนั้นจึงควรสนับสนุนส่งเสริมการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และการหยุดสูบบุหรี่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-elevation และ NSTEMI

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบ Application ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดโดยเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เป็นระบบ

2. พัฒนาเครือข่ายให้ รพช. สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase ในโรค STEMI ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. ประสานความร่วมมือกับ โรงพยาบาลในเครือข่ายให้มีระบบการ Refer case ที่มีประสิทธิภาพลด อัตราการส่งผู้ป่วยออกนอกเขต

4. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีแผนจัดตั้งศูนย์หัวใจร่วมกับภาคเอกชนในปี ๒๕๖๘ เภสัชกรจัดทีมดูแลผู้ป่วย CCU ให้ได้ครบทุกรายร่วมกับแพทย์และพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1.สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(2563). แนวทางปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Thai Guidelines for the Treatment of Acute Coronary Syndrome). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ; 2563.

2.งานบริบาลเภสัชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม.(2565). รายงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevation (STEMI) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช; 2565.

3.Berkowith, Blank & Powell. (2005). การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยระบบการจัดการรายกรณี. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก http://www.skhospital.com/~nurse/pr/poster_casemanage_ment.pdf. (10/10/2009).

4.วนิดา นิมิตรพรชัย, จันทนี ฉัตรวิริยาวงค์.(2542). การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. เภสัชกรรมคลินิก 2542; 7(2): 1-10.

5.รัชฎาพร วิสัย, อุษา ศรีปัญญาวิชญ์, ปรียา อารีมิตร, และคณะ.(2543). ประสิทธิผลการบริบาลทางเภสัชกรรมบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล 2543; 10(2): 126-132.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ร่วมกับภาวะคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา

Nursing Care of an Adolescent Pregnant Woman with Preterm Prelabor Rupture of Membranes and Preterm Labor: A Case Study.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุพรรณี ชัยประเสริฐ[1]
Supannee Chaiprasert[1]

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาและความต้องการทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร่วมกับภาวะคลอดก่อนกำหนด ศึกษาในหญิงไทยอายุ 14 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ประมาณ 34 สัปดาห์ เข้ารับการรักษาด้วยอาการน้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ตรวจพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร บางร้อยละ 75 ส่วนนำระดับ -1 น้ำคร่ำใส อัตราการเต้นหัวใจทารก 154 ครั้งต่อนาที ได้รับการเฝ้าระวังการติดเชื้อและภาวะพร่องออกซิเจนของทารก ให้ยาปฏิชีวนะ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ และได้รับการชักนำ/เร่งการคลอดพร้อมติดตามความก้าวหน้าของการคลอด และอัตราการเต้นหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง

ภายหลังการชักนำการคลอดไม่ประสบผลสำเร็จจึงได้รับการผ่าตัดคลอด ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,350 กรัม Apgar score 9, 10 และ 10 คะแนน ต่อมาทารกมีอาการหอบและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ระยะหลังผ่าตัดคลอดไม่พบภาวะตกเลือดหรือการติดเชื้อรุนแรง ได้รับการส่งเสริมการฟื้นตัว การสนับสนุนด้านจิตใจ การปรับตัวต่อบทบาทมารดา การเตรียมจำหน่ายและการวางแผนครอบครัว

คำสำคัญ : การพยาบาล การตั้งครรภ์วัยรุ่น ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด กรณีศึกษา

Abstract

This case study aimed to examine the clinical course, nursing problems, nursing interventions, and outcomes of an adolescent pregnant woman with PPROM and preterm labor. The case involved a 14-year-old primigravida at approximately 34 weeks of gestation who was admitted with leakage of amniotic fluid for approximately 1.5 hours. On admission, cervical dilatation was 3 cm, effacement 75%, fetal station -1, amniotic fluid was clear, and the fetal heart rate was 154 beats/min. Nursing care focused on surveillance for maternal and fetal infection, fetal oxygenation, labor progression, and complications associated with induction and augmentation of labor.

The patient received intravenous antibiotics, antenatal corticosteroid therapy, intravenous fluids, and oxytocin according to the treatment plan. Because induction of labor was unsuccessful, cesarean delivery was performed. A male infant weighing 2,350 g was delivered with Apgar scores of 9, 10, and 10. The newborn subsequently developed respiratory distress and was transferred to the neonatal intensive care unit. Postoperatively, no evidence of severe postpartum hemorrhage or maternal infection was documented. Nursing care included postoperative surveillance, pain management, psychological support, promotion of maternal-role adaptation, discharge preparation, and postpartum family planning.

Keywords: nursing care, adolescent pregnancy, preterm prelabor rupture of membranes, preterm labor, case study

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระพุทธบาท

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญทางสูติกรรม เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก โดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนดซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะต่าง ๆ การเจ็บป่วยรุนแรง ตลอดจนการเสียชีวิต[1,2] การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน การเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ตลอดจนการดูแลรักษาและการส่งต่อที่เหมาะสมในแต่ละระดับบริการ[1,3]

จากข้อมูลของโรงพยาบาลพระพุทธบาท ระหว่างปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่า อัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.45, 12.43 และ 12.82 ตามลำดับ ขณะที่อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 7.88, 8.15 และ 7.98 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 0.07, 0.21 และ 0.16 ตามลำดับ นอกจากนี้ อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia (BA) ในทารกคลอดก่อนกำหนดเท่ากับร้อยละ 8.68, 7.06 และ 12.09 ตามลำดับ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2567 พบว่าอัตราการเกิด Birth Asphyxia เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าการคลอดก่อนกำหนดยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง[4]

จากการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลพระพุทธบาท พบปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การดูแล ได้แก่ การมารับการตรวจรักษาล่าช้า การขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตลอดจนการขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์บางรายเข้าสู่ระบบบริการเมื่อมีอาการรุนแรงหรือมีความก้าวหน้าของการคลอดแล้ว ทำให้โอกาสในการยับยั้งการคลอดและลดภาวะแทรกซ้อนของทารกมีข้อจำกัดมากขึ้น[4, 5] ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันของหญิงตั้งครรภ์[5, 6]

ดังนั้น การลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและการเสียชีวิตของทารกจำเป็นต้องอาศัยการวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงในระยะฝากครรภ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนและการปฏิบัติตน การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วเมื่อมีอาการผิดปกติ การประเมินและวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างถูกต้อง การให้การรักษาอย่างทันท่วงที ตลอดจนการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสม เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและปลอดภัย[1, 3, 7] แนวทางของกรมการแพทย์ยังให้ความสำคัญกับระบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง การดูแลรักษาต่อเนื่องและการเชื่อมโยงหน่วยบริการสำหรับป้องกันการคลอดก่อนกำหนด[1]

พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่การคัดกรองและประเมินอาการ การเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอดและภาวะแทรกซ้อน การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ การรายงานแพทย์และประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การรักษาอย่างเหมาะสม ตลอดจนการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว รวมถึงการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน[3, 7, 8] งานพัฒนา

รูปแบบการพยาบาลในประเทศไทยพบว่าการจัดระบบการพยาบาลที่ชัดเจน การประเมินอย่างรวดเร็ว การจัดการรายกรณี การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพมีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[3, 8] ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อศึกษากระบวนการดูแล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการทางการพยาบาลตลอดจนประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดอย่างเป็นระบบ อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ลดการคลอดก่อนกำหนด ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของทารก และส่งเสริมให้มารดาและทารกได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาและความต้องการทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร่วมกับภาวะคลอดก่อนกำหนด และเพื่อสังเคราะห์แนวทางการพยาบาลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารายกรณี (case study) ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ระหว่างวันที่ 24–27 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติการฝากครรภ์ การประเมินทางการพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกความก้าวหน้าของการคลอด แผนและผลการรักษาของแพทย์ และข้อมูลการดูแลหลังคลอด

ผู้ศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การระบุปัญหาและความเสี่ยง การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยจัดลำดับความสำคัญตามความเสี่ยงต่อชีวิตและความปลอดภัยของมารดาและทารก รวมทั้งพิจารณามิติด้านจิตใจ สังคม พัฒนาการตามวัย และความพร้อมก่อนจำหน่าย การนำเสนอกรณีศึกษานี้ไม่ระบุชื่อ เลขประจำตัวผู้ป่วย ที่อยู่ หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ขั้นตอนวิธีการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษา 1 ราย
2. ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพุทธบาท ขอข้อมูลเวชระเบียน
3. รวบรวมข้อมูล อาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการฝากครรภ์ ประวัติการคลอด แผนการรักษา ประเมินสภาพแรกรับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษา ของแพทย์ กระบวนการและแผนการพยาบาล
4. ศึกษาค้นคว้าความรู้วิชาการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาทบทวนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี
5. นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ นำมาจัดทำโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้ทำการรักษา
6. รวบรวมและจัดพิมพ์รายงานผลการศึกษาเป็นรูปเล่ม และตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป:

หญิงไทย อายุ 14 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก G1P0 อายุครรภ์ประมาณ 34 สัปดาห์ อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

แหล่งที่มาของข้อมูล: ข้อมูลจาก เวชระเบียนผู้ป่วยใน บันทึกทางการพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ รับไว้ในความดูแลแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลพระพุทธบาท วันที่ 24 ธันวาคม 2566 เวลา 08.24 น. ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2566 เวลา 10.45 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 3 วัน

อาการสำคัญ:

มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอดประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน:

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตั้งครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จำนวน 5 ครั้ง อายุครรภ์ขณะรับไว้รักษาประมาณ 34 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที มีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอด จึงมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล จากการประเมินพบถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

สัญญาณชีพแรกรับ:

อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 145/82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 154 ครั้งต่อนาที หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี

การตรวจครรภ์และการตรวจทางสูติกรรม:

พบมดลูกหดรัดตัว Interval ประมาณ 5 นาที Duration 35 วินาที ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 75% ส่วนนำอยู่ระดับ -1 ถุงน้ำคร่ำแตก น้ำคร่ำมีลักษณะใส ไม่พบข้อมูลน้ำคร่ำมีกลิ่นผิดปกติ

การตรวจพิเศษ:

ผลการตรวจอัลตราซาวนด์พบ ทารกอยู่ในท่าศีรษะ คาดคะเนน้ำหนักทารกประมาณ 2,153 กรัม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ Complete Blood Count วันที่ 24 ธันวาคม 2566 พบ Hemoglobin 12.1 g/dL, Hematocrit 36.8%, RBC 5.22 10^6/mm³, MCV 70.5 fL, MCH 23.2 pg, MCHC 32.9%, WBC 11,050 cells/mm³, Neutrophil 75%, Lymphocyte 19%, Monocyte 5%, Eosinophil 1%, Basophil 0% และ Platelet 297,000 cells/mm³

เมื่อพิจารณาผล CBC พบว่า Hemoglobin อยู่ในระดับที่ไม่แสดงภาวะโลหิตจางอย่างชัดเจน แต่ค่า MCV และ MCH ต่ำ สะท้อนลักษณะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (microcytosis)

ผลตรวจปัสสาวะพบปัสสาวะสีเหลือง ลักษณะใส pH 6.5, Specific gravity 1.015, Albumin negative, Sugar negative, Ketone negative, Blood trace, RBC 3–5 cells/HPF, WBC 0–1 cells/HPF, Epithelial cell 0–1 cells/HPF และ Bacteria few

การวินิจฉัยของแพทย์

จากข้อมูลทางคลินิกพบภาวะ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (Preterm Prelabor Rupture of Membranes: PPROM) ร่วมกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุครรภ์ประมาณ 34 สัปดาห์

ภายหลังได้รับการดูแลและชักนำการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอดไม่เป็นไปตามแผนการรักษา Failed induction with PROM แพทย์จึงพิจารณาให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การรักษาของแพทย์

แรกรับแพทย์พิจารณารับไว้รักษาใน ห้องคลอด ให้งดน้ำและอาหารทางปาก ตรวจ CBC และ Urinalysis ให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000

มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราประมาณ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมงจนคลอด เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ให้ Dexamethasone 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อตามแผนการรักษาเพื่อส่งเสริมความสมบูรณ์ของปอดทารกก่อนกำหนด และประสานกุมารแพทย์พร้อมเตรียมความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิดและ NICU

แพทย์พิจารณาให้ Oxytocin (Syntocinon) 10 units ตามแผนการรักษาเพื่อชักนำ/ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด พร้อมติดตามการหดรัดตัวของมดลูกและภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด

ภายหลังการชักนำคลอดพบความก้าวหน้าของการคลอด Failed induction with PROM แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,350 กรัม Apgar score 9, 10 และ 10 คะแนน ตามลำดับ ต่อมาทารกมีอาการหายใจเร็ว/หายใจลำบาก จึงได้รับการดูแลต่อในหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU)

มารดาเสียเลือดจากการคลอดประมาณ 300 มิลลิลิตร รกได้รับการนำออกด้วยวิธี manual removal และตรวจพบว่ารกครบ ภายหลังผ่าตัดมารดามีสัญญาณชีพคงที่ ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรงหรือการติดเชื้อ และได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

การประเมินแบบแผนของกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ

หญิงไทยวัยรุ่น อายุ 14 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ประมาณ 34 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท จำนวน 5 ครั้ง ต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์จำกัด ก่อนมาโรงพยาบาลมีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอดประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที จึงมารับการตรวจรักษา แสดงถึงการรับรู้ความผิดปกติและแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเกิดอาการ หลังเข้ารับการรักษาให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการตรวจประเมินการให้ยา การเฝ้าระวังการคลอด และการรักษาตามแผนของแพทย์

ประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติแพ้ยา/อาหาร ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมี

ประวัติสูบบุหรี่/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด ปฏิเสธการดื่มสุรา บุหรี่ และไม่เคยใช้สารเสพติ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ

อุณหภูมิร่างกายแรกรับ 36.5 องศาเซลเซียส ไม่พบไข้ขณะแรกรับ ทั้งนี้เนื่องจากมีภาวะ PPROM จึงจำเป็นต้องติดตามอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร ลักษณะและกลิ่นของน้ำคร่ำ รวมถึงอาการแสดงของการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

ก่อนการผ่าตัดได้รับคำสั่งให้งดน้ำและอาหารทางปาก และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา หลังผ่าตัดการรับประทานอาหารได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ก่อนเข้ารับการรักษา การขับถ่ายปัสสาวะการขับถ่ายอุจจาระ ปกติ

ผลตรวจปัสสาวะพบ Albumin negative, Sugar negative, Ketone negative, Blood trace, RBC 3 – 5 cells/ HPF, WBC 0 – 1 cells/HPF และ Bacteria few

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

ก่อนเข้ารับการรักษา สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง

ขณะรับไว้รักษามีกิจกรรมจำกัดจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การเจ็บครรภ์ และการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของทารกอย่างใกล้ชิด

ภายหลังได้รับการผ่าตัดคลอดมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวในระยะแรกจากผลของการระงับความรู้สึกและอาการปวดแผลผ่าตัด จึงต้องได้รับการประเมินความพร้อมก่อนลุกจากเตียงและส่งเสริมการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม

หลังผ่าตัดสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมีพยาบาลและญาติคอยดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนและการนอนหลับ

ก่อนเข้ารับการรักษา นอนหลับพักผ่อนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง

ระหว่างรับไว้รักษา การเจ็บครรภ์ การตรวจประเมินอย่างต่อเนื่อง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและทารก ตลอดจนการเปลี่ยนแผนการคลอด อาจส่งผลต่อการพักผ่อนของหญิงตั้งครรภ์ หลังผ่าตัดได้รับการจัดการอาการปวดและส่งเสริมการพักผ่อน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

แรกรับหญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและให้ความร่วมมือในการรักษาได้ การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่

หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ PPROM ภาวะคลอดก่อนกำหนด การเฝ้าระวังทารก การชักนำคลอด เหตุผลในการเปลี่ยนแผนเป็นการผ่าตัดคลอด รวมถึงการดูแลตนเองภายหลังคลอด โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัยและประเมินความเข้าใจหลังการให้ข้อมูล

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

หญิงตั้งครรภ์อยู่ในช่วงวัยรุ่นและต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างรวดเร็วจากวัยรุ่นสู่บทบาทมารดา ประกอบกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม การคลอดก่อนกำหนด การเปลี่ยนแผนจากการคลอดทางช่องคลอดเป็นการผ่าตัดคลอด และภายหลังคลอดทารกต้องเข้ารับการดูแลใน NICU จึงเป็นสถานการณ์ที่อาจส่งผลต่อความวิตกกังวล การรับรู้ตนเอง และความมั่นใจในการทำหน้าที่มารดา

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

หญิงตั้งครรภ์อายุ 14 ปี อยู่ในช่วงวัยรุ่นและเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก จึงมีความต้องการการสนับสนุนในการปรับตัวต่อบทบาทมารดา โดยเฉพาะภายหลังคลอดที่ทารกต้องเข้ารับการดูแลใน NICU ซึ่งอาจทำให้มารดาและทารกต้องแยกจากกันในระยะแรก

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารกตามความเหมาะสม และเตรียมความพร้อมของหญิงวัยรุ่นในการปฏิบัติบทบาทมารดา

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก มีภาวะ PPROM ร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้รับการชักนำคลอดแต่ไม่ประสบผลสำเร็จตามแผนการรักษา จึงได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,350 กรัม Apgar score 9, 10 และ 10 คะแนน ต่อมามีภาวะหายใจลำบากและเข้ารับการดูแลใน NICU ภายหลังคลอดได้รับการวางแผนครอบครัวและมีข้อมูลว่าได้รับ ยาฝังคุมกำเนิด ก่อนจำหน่าย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

หญิงตั้งครรภ์เผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหลายประการ ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การเกิด PPROM การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารก การเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการผ่าตัดคลอด และภายหลังคลอดทารกต้องเข้ารับการรักษาใน NICU

พยาบาลให้ข้อมูลตามระดับความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม รับฟังความรู้สึก ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการปรับตัวต่อสถานการณ์

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อและคุณค่า

นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าการคลอดครั้งทุกอย่างจะปลอดภัย ลูกจะมีสุขภาพแข็งแรง ไม่พิการ หญิงตั้งครรภ์ให้ความร่วมมือกับการรักษาเป็นอย่างดี

การวางแผนพยาบาลระยะก่อนคลอด

พบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อของมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การพยาบาลประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิและชีพจรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาอาการเริ่มต้นของการติดเชื้อ ประเมินลักษณะ สี กลิ่น และปริมาณของน้ำคร่ำทุกครั้งที่ให้การพยาบาล ประเมินอาการกดเจ็บบริเวณมดลูกและอาการหนาวสั่น รวมถึงอาการผิดปกติอื่นที่อาจสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ติดตาม FHR อย่างต่อเนื่อง/ตามแผนการรักษา เนื่องจาก fetal tachycardia อาจเป็นสัญญาณหนึ่งที่ต้องประเมินร่วมกับภาวะติดเชื้อ หลีกเลี่ยงการตรวจภายในทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น และปฏิบัติด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อเมื่อมีข้อบ่งชี้ ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเปลี่ยนผ้ารองเมื่อเปียกชื้น ดูแลให้ได้รับ Ampicillin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมงจนคลอด ตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา ติดตาม CBC และผลตรวจอื่นตามแผนการรักษา พร้อมรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้แจ้งพยาบาลทันทีเมื่อมีไข้ หนาวสั่น ปวดท้องผิดปกติ หรือน้ำคร่ำเปลี่ยนสี/มีกลิ่นผิดปกติ **ประเมินผล** หลังให้การพยาบาลสัญญาณชีพไม่มีไข้ FHS อยู่ระหว่าง 136 - 158 ครั้งต่อนาที สีน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่นเหม็น **2) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ เนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดร่วมกับการหดรัดตัวของมดลูกและการได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก การพยาบาล** ประเมิน FHR และติดตาม Electronic Fetal Monitoring ตามข้อบ่งชี้ ประเมินความถี่ ระยะเวลา และความรุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะขณะได้รับ Oxytocin ประเมินสี กลิ่น และปริมาณน้ำคร่ำ รวมถึงสังเกตความผิดปกติที่อาจบ่งชี้ fetal compromise จัดท่านอนตะแคงซ้ายเมื่อเหมาะสมเพื่อส่งเสริม uteroplacental blood flow ดูแลสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา หากพบ uterine tachysystole หรือ FHR ผิดปกติ ให้ดำเนินการตามแนวทางของหน่วยงานและรายงานแพทย์ทันที เตรียมความพร้อมสำหรับการช่วยคลอด/ผ่าตัดคลอดกรณีไม่สามารถดำเนินการคลอดต่อได้อย่างปลอดภัย ประสานกุมารแพทย์และเตรียมทีมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด **ประเมินผล** ระหว่างการดูแล FHR 136-158 ครั้งต่อนาที ภายหลังแพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอด ทารกคลอดมี Apgar score 9, 10 และ 10 คะแนน **3) ไม่สุขสบายจากอาการเจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกมีการหดรัดตัว การพยาบาล** ประเมินลักษณะและระดับความปวดโดยใช้ Pain score อย่างต่อเนื่อง อธิบายสาเหตุของอาการเจ็บครรภ์และความก้าวหน้าของการคลอดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แนะนำเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายขณะมดลูกหดรัดตัว จัดท่าที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและไม่รบกวนการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกและรก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งรบกวน และส่งเสริมการพักผ่อนระหว่างช่วงมดลูกคลายตัว อยู่ใกล้ชิด ให้กำลังใจ และสนับสนุนทางอารมณ์ โดยคำนึงถึงวัยของผู้ป่วย **ประเมินผล** มารดามีอาการเจ็บครรภ์ระดับความปวดเท่าเดิม และสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้โดยใช้เทคนิคการหายใจทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว **4) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ Oxytocin เพื่อชักนำ/ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด การพยาบาล** ตรวจสอบชนิดยา ขนาด ความเข้มข้น อัตราการให้ และคำสั่งแพทย์อย่างถูกต้องก่อนเริ่มยา ประเมิน FHR และ uterine contraction ก่อนและระหว่างได้รับยา ปรับอัตราการให้ยาตามแผนการรักษา/แนวทางของหน่วยงานเท่านั้น เฝ้าระวัง uterine tachysystole และ FHR abnormality อย่างใกล้ชิด เมื่อพบความผิดปกติให้ดำเนินการตามแนวทางความปลอดภัยของหน่วยงานและรายงานแพทย์ทันที บันทึกการตอบสนองต่อยา ความก้าวหน้าของการ

คลอด และภาวะสุขภาพของทารกอย่างต่อเนื่อง **ประเมินผล: หญิง**ตั้งครรภ์ได้รับ Oxytocin อย่างปลอดภัย ไม่เกิด uterine tachysystole และไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนของทารก **5) วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของตนเองและทารกเนื่องจากภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด และการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา การพยาบาล** สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีเป็นมิตรและไม่ตัดสิน โดยคำนึงถึงการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัยรุ่น ประเมินระดับความวิตกกังวลและสาเหตุที่ผู้ป่วยกังวล อธิบาย PPROM การคลอดก่อนกำหนด การเฝ้าระวังทารก และแผนการรักษาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เมื่อมีการเปลี่ยนแผนเป็นผ่าตัดคลอด อธิบายเหตุผล ขั้นตอนการเตรียม และสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแสดงความรู้สึก สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ผู้ดูแลตามความเหมาะสมและสิทธิของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและความเป็นไปได้ในการเข้ารับการดูแลใน NICU อย่างเหมาะสม **ประเมินผล** หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลลดลง มีความเข้าใจสถานการณ์และให้ความร่วมมือในการรักษา

การวางแผนพยาบาลระยะคลอด/ผ่าตัดคลอด

พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ **เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางไขสันหลังและการได้รับยาระงับปวดทาง neuraxial การพยาบาล** ประเมินระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต และ SpO_2 ตามแนวทางการเฝ้าระวังหลังได้รับ neuraxial anesthesia/opioid ประเมินระดับความปวดและผลข้างเคียงจากยา เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน คัน ปัสสาวะคั่ง ความดันโลหิตต่ำ และภาวะกดการหายใจ เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจและยาต้านฤทธิ์ opioid ตามระบบความพร้อมของหน่วยงาน รายงานแพทย์/วิสัญญีทันทีเมื่อพบความผิดปกติ **ประเมินผล** ผู้คลอดรู้สึกตัวดี พูดคุยโต้ตอบได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต systolic 120 - 140 มิลลิเมตรปรอท diastolic อยู่ในช่วง 50 - 70 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 100% มารดาไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่ปวดศีรษะ

การวางแผนพยาบาลระยะหลังคลอด

พบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ **1) เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากได้รับการผ่าตัดคลอด การพยาบาล** ประเมินสัญญาณชีพตามมาตรฐานการดูแลหลังผ่าตัดและหลังคลอด ประเมินการหดรัดตัวและระดับยอดมดลูก ประเมินปริมาณ สี และลักษณะเลือดออกทางช่องคลอด/น้ำคาวปลา ตรวจแผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลว่ามีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึมหรือไม่ ประเมินปริมาณปัสสาวะและบันทึกสารน้ำเข้า–ออก ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะตกเลือดและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ ประเมินผล: ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาสีปกติ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องปิดก๊อซไว้มีมีเลือดหรือสารคัดหลั่งซึมจากแผล **2) ปวดเฉียบพลัน เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอด การพยาบาล** ประเมินระดับความปวดอย่างสม่ำเสมอ จัดท่าที่สุขสบายและแนะนำการประคองแผลขณะไอหรือเคลื่อนไหว ส่งเสริมวิธีบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และประเมินผลหลังให้ยา **ประเมินผล** มารดาหลังคลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำในการลดปวดได้ดี เมื่อมดลูกหดรัดตัวสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ด้วยเทคนิคการหายใจ **3) เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอด เนื่องจากมีแผลผ่าตัดและผ่านกระบวนการคลอดภายหลังถุงน้ำคร่ำแตก การพยาบาล** ประเมินอุณหภูมิและสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ ตรวจแผลผ่าตัดและประเมินลักษณะน้ำคาวปลา ประเมินอาการกดเจ็บมดลูกและอาการแสดงของการติดเชื้อ ปฏิบัติการดูแลแผลด้วยหลัก aseptic technique ส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคลและการล้างมือ ให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ **ประเมินผล**

ระหว่างรับไว้รักษาไม่พบอาการแสดงถึงการติดเชื้อของมารดา แผลผ่าตัดไม่มีอักเสบ บวม แดง **4) วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารก เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดและต้องเข้ารับการดูแลใน NICU การพยาบาล** ประเมินความวิตกกังวลและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับภาวะของทารก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลที่ทารกต้องได้รับการดูแลใน NICU ตามข้อมูลที่ทีมรักษาสามารถเปิดเผยได้ เปิดโอกาสให้มารดาแสดงความรู้สึกและซักถาม ประสานการเยี่ยม/การรับข้อมูลเกี่ยวกับทารกตามระบบของหน่วยงาน ส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดากับทารกตามสภาวะของทารกและแนวทางของ NICU ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/การบีบเก็บน้ำนมเมื่อเหมาะสม **ประเมินผล** มารดามีความวิตกกังวลลดลง เข้าใจภาวะของทารก และสามารถปรับตัวต่อการแยกจากทารกชั่วคราวได้ **5) มีความต้องการการสนับสนุนในการปรับตัวต่อบทบาทมารดา เนื่องจากอยู่ในช่วงพัฒนาการวัยรุ่นและเผชิญการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างรวดเร็ว การพยาบาล** ประเมินความพร้อมและความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทารก ให้ความรู้ทีละขั้นตอนด้วยภาษาที่เหมาะสมกับวัย เปิดโอกาสให้ฝึกทักษะการดูแลทารกเมื่อสภาวะทารกเอื้ออำนวย ชื่นชมและเสริมแรงเมื่อสามารถปฏิบัติได้ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว และประเมินแหล่งสนับสนุนหลังจำหน่าย **ประเมินผล** มารดามีความสนใจในการเรียนรู้การดูแลทารก และมีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกเพิ่มมากขึ้น **6) พร่องความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และการวางแผนครอบครัวก่อนจำหน่าย การพยาบาล** ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด สุขอนามัย อาหารและการพักผ่อน แนะนำการสังเกตน้ำคาวปลาและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่/การเก็บน้ำนมสำหรับทารกที่อยู่ NICU ให้คำแนะนำการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดตามคำแนะนำของทีมกุมารเวชกรรม ให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและยาฝังคุมกำเนิด ประเมินความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วยอธิบายกลับ (teach-back) ประเมินผล มารดามีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมภายหลังจำหน่าย

สรุปและอภิปรายผล

หญิงไทยวัยรุ่น อายุ 14 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ประมาณ 34 สัปดาห์ ฝากครรภ์จำนวน 5 ครั้ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระพุทธบาท วันที่ 24 ธันวาคม 2566 ด้วยอาการมีน้ำใสไหลออกทางช่องคลอดประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 145/82 มิลลิเมตรปรอท FHR 154 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัว Interval ประมาณ 5 นาที Duration 35 วินาที ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร Effacement 75% Station -1 ถุงน้ำคร่ำแตก น้ำคร่ำใส ผลอัลตราซาวนด์คาดคะเนน้ำหนักทารกประมาณ 2,153 กรัม ทารกอยู่ในท่าศีรษะ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Hb 12.1 g/dL, Hct 36.8%, WBC 11,050 cells/mm^3, Platelet 297,000 cells/mm^3, MCV 70.5 fL และ MCH 23.2 pg

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลภาวะ PPROM ร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยได้รับสารน้ำ ยาปฏิชีวนะ antenatal corticosteroid และ Oxytocin ตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังการติดเชื้อ การหดรัดตัวของมดลูก ความก้าวหน้าของการคลอด และภาวะสุขภาพของทารกอย่างใกล้ชิด ภายหลังการดำเนินการคลอดไม่เป็นไปตามแผน Failed induction with PROM แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,350 กรัม Apgar score 9, 10 และ 10 คะแนน ต่อมามีอาการหายใจลำบากและต้องเข้ารับการดูแลใน NICU มารดาเสียเลือดประมาณ 300 มิลลิลิตร ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรงหรือการติดเชื้อ

หลังผ่าตัด ได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การจัดการความปวด การสนับสนุนด้านจิตใจ การส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทมารดา และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย รวมทั้งได้รับการวางแผนครอบครัวด้วยยาฝังคุมกำเนิด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 27 ธันวาคม 2566

จากการศึกษาพบว่ากรณีดังกล่าวมีความซับซ้อนจากการเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร่วมกับการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งต้องดูแลทั้งความปลอดภัยของมารดาและทารก การป้องกันการติดเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนของทารก การใช้ Oxytocin อย่างปลอดภัย การเตรียมความพร้อมเมื่อจำเป็นต้องเปลี่ยนแผนเป็นการผ่าตัดคลอด ตลอดจนการดูแลด้านจิตสังคมและการปรับตัวต่อบทบาทมารดาของหญิงวัยรุ่น โดยเฉพาะเมื่อทารกคลอดก่อนกำหนดและต้องแยกจากมารดาเพื่อเข้ารับการรักษาใน NICU[7,8]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบคัดกรองและให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ให้สามารถสังเกตอาการเตือนของการคลอดก่อนกำหนดและภาวะถุงน้ำคร่ำแตก เช่น น้ำไหลออกทางช่องคลอด อาการเจ็บครรภ์ถี่ เลือดออกทางช่องคลอด หรือการดิ้นของทารกลดลง และสามารถเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็ว

2. ควรมีแนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มี PPROM ที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ครอบคลุมการประเมินภาวะติดเชื้อ การติดตามภาวะสุขภาพทารก การประเมินการหดรัดตัวของมดลูก การใช้ยาอย่างปลอดภัย และการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดก่อนกำหนด

3. การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นควรใช้แนวทางที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่น ให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ซักถาม เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตามความเหมาะสม

4. ควรพัฒนาระบบการประสานงานระหว่างห้องคลอด สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญี ทีมผ่าตัด และ NICU ให้มีความพร้อมสำหรับการดูแลมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกรณีที่ต้องเปลี่ยนแผนการคลอดอย่างเร่งด่วน

5. ควรส่งเสริมการเตรียมความพร้อมด้านบทบาทมารดา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกในมารดาวัยรุ่นที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาใน NICU รวมทั้งวางแผนการดูแลต่อเนื่องและการคุมกำเนิดก่อนจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2566). แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
2. ทองสง ธ.(2564). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
3. จันโทภาส พ, มยูขโชติ ศ, ห้าวหาญ จ.(2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(2).
4. งานเวชระเบียน.(2567). รายงานสถิติการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การเสียชีวิตและภาวะ Birth Asphyxia ในทารกคลอดก่อนกำหนด พ.ศ. 2565–2567. สระบุรี: โรงพยาบาลพระพุทธบาท; 2567.
5. เพ็ชรักษ์ ก, อินทเรือง อ, จิตจำนง ฝ.(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2562;34(1):87–100.

6. พัฒนสมบัติสุข ม, โว๊ะ น, มะเซ็ง อ, นิเยะ น, สาและ อ, ไชยนาพงษ์ ห.(2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2568;8(1):52–63.
7. เชิงชวโน ข, จันทาทิพย์ ว, บุ้งทอง จ.(2566). การพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2566;41(1):e260934.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists.2021). Prediction and prevention of spontaneous preterm birth: ACOG Practice Bulletin No. 234. Obstet Gynecol. 2021;138(2):e65–e90.

ผลลัพธ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง หลังการใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านหมี่

Outcomes and Risk Factors for Preeclampsia with Severe Features Following the Implementation of a Management Guideline for Hypertensive Disorders in Pregnancy at Ban Mi Hospital.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ธีรวัฒน์ วงเนตร[1]
Teerawat Vongnate[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงหลังการใช้แนวทาง การศึกษาดำเนินการแบบ retrospective study โดยเก็บข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรและวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 192 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยการตั้งครรภ์ ปัจจัยทางคลินิก ผลลัพธ์การคลอด และปัจจัยอื่น ๆ ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา t-test, Chi-square และ multivariable logistic regression

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (severe features) มีค่า BMI ก่อนตั้งครรภ์สูงกว่า การเข้ารับ ANC น้อยกว่า อายุครรภ์เริ่มฝากครรภ์มากกว่า และมีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะแรก รวมถึงมีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์แฝด ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อ severe preeclampsia อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR 2.20–4.20, p<0.05) กลุ่มที่มีภาวะ preeclampsia with severe features มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่า ใช้แมกนีเซียมซัลเฟตมากกว่า และผลลัพธ์ neonatal มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำและ Apgar score <7 ที่ 5 นาที สูงกว่ากลุ่ม non-severe

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ครรภ์เป็นพิษรุนแรง, Preeclampsia, ผลลัพธ์การตั้งครรภ์, ปัจจัยเสี่ยง, Magnesium sulfate, แอสไพรินขนาดต่ำ

Abstract

This study aimed to evaluate the outcomes of implementing clinical guidelines for managing pregnant women with hypertension and to identify risk factors for severe features following guideline implementation. A retrospective study was conducted by reviewing medical records of 192 pregnant women diagnosed with preeclampsia who delivered at Ban Mi Hospital between October 1, 2020, and September 30, 2024. Data were collected using a self-developed record form, including personal characteristics, pregnancy-related factors, clinical factors, delivery outcomes, and other relevant variables. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, Chi-square, and multivariable logistic regression.

The results showed that women with severe features had higher pre-pregnancy BMI, fewer antenatal care visits, later gestational age at first antenatal visit, early-onset hypertension, and comorbidities such as gestational diabetes, chronic hypertension, and multiple gestations. These factors were significantly associated with an increased risk of severe preeclampsia (Adjusted OR 2.20–4.20, p<0.05). The severe group also had higher cesarean section rates, greater use of magnesium sulfate, and neonates with lower birth weights and Apgar scores <7 at 5 minutes compared with the non-severe group.

[1] พบ.กลุ่มงานสูตินรีเวช โรงพยาบาลบ้านหมี่

Keywords: Hypertension in pregnancy, severe features, Preeclampsia, Pregnancy outcomes, Risk factors, Magnesium sulfate, Low-dose aspirin

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และทุพพลภาพของทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5-10 ของสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลก[1] ในสหรัฐอเมริกาพบว่าในระหว่างปี ค.ศ. 2017-2019 มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 15.9 นอกจากนั้นยังพบว่ามีการเสียชีวิตในระหว่างมารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31.6[2] ส่วนประเทศไทยพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของสตรีตั้งครรภ์ในปีพ.ศ. 2563 พบอัตราการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์เท่ากับ 20.35 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน สูงกว่าเป้าหมายที่ไม่ควรเกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และคิดเป็นร้อยละ 23 ของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด และพบอัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดเท่ากับ 3.9[3] ส่วนในปีพ.ศ. 2564 พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอดจากภาวะความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน[4]

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ โดยส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย รวมถึงอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ ตับ และไต และยังพบว่ามักเกิดร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ปกติ[5] นอกจากนี้ยังเพิ่มความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติอีกด้วย ส่วนทารกในครรภ์มีโอกาสแท้ง ตายคลอด เจริญเติบโตช้า และคลอดก่อนกำหนดได้บ่อยขึ้น[6] และยังส่งผลทำให้เพิ่มอัตราตายของมารดาและทารกปริกำเนิด เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้มีการหดรัดตัวและเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดบริเวณรก ทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบตัน ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านรกและมดลูกน้อยลง ประกอบกับมีการแตกทำลายของเม็ดเลือด มีการจับตัวของเกล็ดเลือดทำให้เกิดการตายของเนื้อรก ส่งผลให้ทารกเกิดภาวะเติบโตช้าในครรภ์และมีภาวะที่รกขาดเลือดไปเลี้ยง (placental ischemia) ทำให้รกลอกตัวก่อนกำหนด ส่งผลทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้[7] นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค[8] โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยจะเพิ่มอัตราการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของปอดไม่สมบูรณ์ จึงมีผลทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน ทารกแรกคลอดจึงมีค่าคะแนน APGAR ต่ำ นอกจากนี้ถ้าไม่สามารถรักษาได้ทันท่วงทีจะทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ซึ่งส่งผลกระทบด้านจิตใจต่อสตรีตั้งครรภ์ในกรณีที่มีการสูญเสียบุตร[9]

โรงพยาบาลบ้านหมี่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่ง และโรงพยาบาลต่างอำเภอนอกจังหวัดใกล้เคียง ที่ผ่านมาได้ดำเนินการป้องกันและจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ใช้เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลในปี 2563 ซึ่งจากการเก็บข้อมูลล่าสุด ในปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการจำนวน 3,300 คน, 3,635 คน และ 3,846 คน ตามลำดับ เป็น

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคลอดที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านหมี่จำนวน 650 คน, 637 คน และ 623 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จำนวน 43 คน (ร้อยละ 6.61), 34 คน (ร้อยละ 5.34) และ 30 คน (ร้อยละ 4.81) ตามลำดับ จำนวนทารกคลอดเสียชีวิตจำนวน 5 คน (ร้อยละ 0.77), 4 คน (ร้อยละ 0.63) และ 1 คน (ร้อยละ 0.16) ตามลำดับ[10]

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในกลุ่มภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง เช่น อายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงสูงขึ้น โดยพบว่าอุบัติการณ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในกลุ่มอายุนี้สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ[11] BMI ก่อนตั้งครรภ์ ≥30 กก./ม² หรือ ≥25 กก./ม² เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่พบในการศึกษาหลายแห่ง[12] ผู้ที่มีประวัติครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อนมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะนี้อีกครั้ง โดยพบว่าอัตราความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[13]เพื่อเป็นการป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงหลังการใช้แนวทางใหม่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพช่วยให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านหมี่

2) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง หลังการใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านหมี่

วิธีการวิจัย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ Retrospective

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร วินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2567 จำนวน 194 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2567 คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ 1) สตรีตั้งครรภ์วินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษทุกกลุ่มอายุ 2) ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในครบถ้วนสมบูรณ์ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 192 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนงานวิจัยในประเทศ ต่างประเทศ ตำราสูติ-นรีเวชกรรม เป็นแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน <u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย

<u>ส่วนที่ 2</u> ปัจจัยการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย จำนวนการตั้งครรภ์ (Gravidity) จำนวนการคลอดบุตร (Parity) อายุครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ขณะคลอด จำนวนครั้ง ANC ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ครั้งก่อน ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์ครั้งก่อนนี้นานเกิน 10 ปี ประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ของครอบครัว การตั้งครรภ์แฝด การสูบบุหรี่ในครอบครัว อายุครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง <u>ส่วนที่ 3</u> ปัจจัยทางคลินิก น้ำหนักก่อนคลอด น้ำหนักหลังคลอด การใช้แอสไพริน ความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งแรก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกครั้งแรก ค่า MAP (Mean Arterial Pressure), อายุครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Serum creatinine, Urine protein, AST, ALT, Prothrombin time (PT), Partial Thromboplastin time (PTT), Thrombocytopenia) ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์การคลอด

ประกอบด้วย วิธีการคลอด การใช้แมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ภาวะแทรกซ้อนในทารก ส่วนที่ 5 ปัจจัยอื่นๆ ระยะเวลาที่เริ่มให้ยาลดความดัน ระยะเวลาที่เริ่มให้ยาแอสไพริน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยการตั้งครรภ์ ปัจจัยทางคลินิก ผลลัพธ์การคลอด ใช้สถิติพรรณนานำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าต่ำ-สูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทางคลินิกระหว่างกลุ่ม preeclampsia กับ preeclampsia with severe features ใช้สถิติ t-test 3) วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ใช้สถิติ Chi-square ในการหาขนาดความสัมพันธ์ใช้ Odds ratio (OR) หลังจากวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวแล้วจะนำมาวิเคราะห์แบบคราวละหลายปัจจัยด้วย multivariable model ด้วยเทคนิค stepwise logistic regression เพื่อระบุ independent risk factors

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีอาการรุนแรง (severe features) และไม่รุนแรง (non-severe features) ได้แก่ อายุเฉลี่ย ดัชนีมวลกายก่อนคลอด อาชีพ และโรคประจำตัวบางชนิด โดยกลุ่ม severe feature มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (31.8±6.5 เทียบกับ 29.4±5.8 ปี , p=0.021) และมีค่า BMI เฉลี่ยรวมถึงสัดส่วน BMI ≥30 กก./ม² สูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ (p=0.001) ด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีสัดส่วนสูงกว่าในกลุ่ม severe feature (p=0.004) ขณะที่โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ไตเรื้อรัง และโรคออโตอิมมูน พบมากในกลุ่ม severe feature อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และที่อยู่อาศัย (p>0.05)

ปัจจัยการตั้งครรภ์ พบว่า หลายปัจจัยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีอาการรุนแรง (severe feature) และไม่รุนแรง (non-severe feature) โดยกลุ่ม severe feature มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (gravidity) และการคลอดบุตร (parity) สูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ (p=0.018 และ 0.022 ตามลำดับ) นอกจากนี้ กลุ่ม severe feature มีอายุครรภ์ขณะเริ่มฝากครรภ์มากกว่า แต่มีอายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า และมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ (ANC) ต่ำกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ (p=0.001 ทุกตัวแปร) ด้านประวัติทางสูติกรรมและโรค พบว่า กลุ่ม severe feature มีสัดส่วนของประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ครั้งก่อน ประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว และภาวะความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ สูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) รวมถึงการตั้งครรภ์แฝดที่พบมากกว่าในกลุ่ม severe feature (p=0.018) ขณะที่ปัจจัยที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระยะห่างของการตั้งครรภ์มากกว่า 10 ปี และการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ (p>0.05)

ปัจจัยทางคลินิกทุกตัวแปรมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีอาการรุนแรง (severe) และไม่รุนแรง (non-severe) (p<0.05) โดยกลุ่ม severe มีค่าน้ำหนักก่อนคลอดและหลังคลอดสูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ทั้งในครั้งแรกและขณะวินิจฉัย พบว่าสูงกว่ากลุ่ม non-severe ด้านระยะเวลาของโรค พบว่ากลุ่ม severe มีอายุครรภ์ที่เริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูงน้อยกว่า (เกิดเร็วกว่า) ขณะที่ค่าทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ serum creatinine, urine protein, ค่าเอนไซม์ตับ (AST, ALT), ค่า PT และ PTT สูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมี

นัยสำคัญ และมีจำนวนเกล็ดเลือดต่ำกว่า ในส่วนของการรักษา พบว่ากลุ่ม severe เริ่มได้รับยาลดความดันโลหิตช้ากว่า และเริ่มได้รับยาแอสไพรินช้ากว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่มีอาการรุนแรง (severe) และไม่รุนแรง (non-severe) ($p<0.05$) โดยกลุ่ม severe มีอัตราการผ่าตัดคลอด (C/S) สูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การคลอดปกติ (NL) พบมากกว่าในกลุ่ม non-severe นอกจากนี้ กลุ่ม severe มีสัดส่วนการใช้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังคลอดสูงกว่าอย่างชัดเจน รวมถึงมีการใช้แอสไพรินขนาดต่ำ ต่ำกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ ในด้านผลลัพธ์ของมารดา พบว่ากลุ่ม severe มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่า และมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ สูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับผลลัพธ์ของทารก พบว่ากลุ่ม severe มีอัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (<2500 กรัม) ทารกตายคลอด และ Apgar score <7 ที่ 5 นาที สูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ภาวะติดเชื้อหลังคลอดของมารดา และการเสียชีวิตของทารกหลังคลอด ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อครรภ์เป็นพิษรุนแรงหลังใช้แนวทางการดูแลรักษาคือ อ้วน (BMI ≥30), ฝากครรภ์ล่าช้า, จำนวนการฝากครรภ์น้อย, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, ประวัติ PIH, ความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์แฝด โดย BMI ≥30 กก./ม² มีโอกาสเกิดครรภ์เป็นพิษรุนแรงมากขึ้น 4.2 เท่า (95% CI 1.95–9.05, $p=0.001$) เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรก >12 สัปดาห์ เพิ่มความเสี่ยง 2.75 เท่า (95% CI 1.30–5.82, $p=0.008$) จำนวนครั้ง ANC <8 ครั้ง เพิ่มความเสี่ยง 3.1 เท่า (95% CI 1.45–6.65, $p=0.003$) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยง 2.2 เท่า (95% CI 1.01–4.80, $p=0.047$) ประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ครั้งก่อน (PIH) เพิ่มความเสี่ยง 2.85 เท่า (95% CI 1.05–7.70, $p=0.039$) ความดันโลหิตสูงเรื้อรังก่อนตั้งครรภ์ (Chronic HT) – เพิ่มความเสี่ยง 3.2 เท่า (95% CI 1.10–9.25, $p=0.033$) การตั้งครรภ์แฝด เพิ่มความเสี่ยง 2.75 เท่า (95% CI 1.05–7.25, $p=0.041$) ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้

สรุปและอภิปรายผล

1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe Feature) จากผลการศึกษานี้พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนคลอด ≥30 กก./ม² มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญเชิงสถิติและเชิงคลินิกกับ severe feature ของ preeclampsia ($p<0.001$) และยังคงมีนัยสำคัญหลังปรับปัจจัยร่วม (Adjusted OR 4.20; 95% CI 1.95–9.05) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่ชี้ว่า BMI สูงก่อนตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อ hypertensive disorders of pregnancy และความรุนแรงของ preeclampsia โดยพบว่าความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามระดับ BMI อย่างชัดเจน[12,13,14] โดยเกิดจากกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาเกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติของ adipokines และ insulin resistance ซึ่งส่งผลต่อ endothelial dysfunction ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของ severe preeclampsia นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มประชากรเอเชียและตะวันตกต่างยืนยันว่าผู้ที่มีภาวะอ้วน (obesity) เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง[15,16] การเฝ้าระวัง BMI จึงเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การไม่ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับ severe feature อย่างมีนัยสำคัญทั้งก่อนและหลังปรับปัจจัยร่วม (Adjusted OR 2.10; 95% CI 1.01–4.38; $p=0.046$) โดยปัจจัยนี้สะท้อนถึง

ความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อความสม่ำเสมอในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ (ANC) [15,17] การนำปัจจัยทางสังคมมาใช้ประกอบการวางแผน ANC จะสามารถช่วยระบุกลุ่มเสี่ยงสูงและลดโอกาสเกิด severe preeclampsia ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ องค์การอนามัยโลก[18] และงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาหลายฉบับ[17] ที่ระบุว่าปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (social determinants of health) เช่น รายได้ การศึกษาและสถานะการจ้างงาน มีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ (ANC) และคุณภาพการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงรวมถึง severe preeclampsia

2) ปัจจัยทางสูติกรรมและโรคประจำตัว จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน มีความเสี่ยงต่อ severe feature สูงกว่ากลุ่ม Non severe feature อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR 2.20; 95% CI 1.01–4.80; p=0.047) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า GDM เพิ่มความเสี่ยงต่อ hypertensive disorders of pregnancy และภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก[13,15] กลไกนี้เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ insulin signaling และการอักเสบเรื้อรังที่เพิ่มความไวของ endothelium ต่อความเสียหายของเซลล์ และภาวะ Chronic hypertension (Chronic HT) และประวัติความดันโลหิตสูงในครรภ์ก่อนหน้านี้ (PIH) ยังเป็นตัวแปรที่เพิ่มความเสี่ยงต่อ severe feature (Adjusted OR 3.20; 95% CI 1.10–9.25 และ 2.85; 95% CI 1.05–7.70 ตามลำดับ), ซึ่งสอดคล้องกับ guideline ของ ACOG[10] การตั้งครรภ์แฝด (multiple gestation) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงขึ้น (Adjusted OR 2.75; 95% CI 1.05–7.25; p=0.041) เนื่องจาก placenta overload, altered placental perfusion และ oxidative stress ซึ่งเพิ่ม endothelial dysfunction และ hypertensive disorders[13,19,20] จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่าการคัดกรองผู้หญิงที่มี chronic HT, GDM หรือการตั้งครรภ์แฝดตั้งแต่ระยะแรกของ ANC เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดโอกาสเกิด severe feature และภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งมารดาและทารก ซึ่งสอดคล้องตามแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่

3) ข้อมูลทางคลินิกและความรุนแรงของโรค การศึกษานี้พบว่ากลุ่ม severe feature มีความดันโลหิต systolic และ diastolic สูงกว่ากลุ่ม non-severe อย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงช่วงวินิจฉัย (p<0.001) ข้อมูลนี้สอดคล้องกับ ACOG Practice Bulletin ซึ่งระบุว่า BP >160/110 mmHg เป็นหนึ่งในเกณฑ์ของ severe features[21] นอกจากนี้ตัวชี้วัด organ dysfunction เช่น serum creatinine, AST, ALT และ thrombocytopenia พบความผิดปกติชัดเจนในกลุ่ม severe (p<0.001) ซึ่งสะท้อน organ hypoperfusion และ endothelial injury ที่เป็นพยาธิสรีรวิทยาหลัก[13] การศึกษาก่อนหน้านี้ยืนยันว่า elevated liver enzymes และ thrombocytopenia เป็น predictors ของ severe maternal outcomes อายุครรภ์ขณะมีความดันสูงและก่อนคลอดระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (36.1 vs 38.2 สัปดาห์, p<0.001) สะท้อนว่ากลุ่ม severe มักต้องยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อมารดาและทารก การจัดการลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อรักษาชีวิตแม่และทารก[21] และเป็นไปตามแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ส่งผลให้อัตราทารกเสียชีวิตหลังคลอดมีน้อย

4) ผลลัพธ์การคลอดและความเสี่ยงของ Neonatal Outcomes การศึกษานี้ พบว่า อัตรา

การผ่าคลอดสูงในกลุ่ม severe feature เมื่อเทียบกับ non-severe (75.6% vs 50.0%; p<0.001) สอดคล้องกับรายงานก่อนหน้าที่ชี้ว่าผู้หญิงที่มี severe preeclampsia มีความเสี่ยงต่อ C/S สูงขึ้น เนื่องจาก fetal distress และความเสี่ยงทางระบบไหลเวียนโลหิต[22,23] การใช้ magnesium sulfate ($MgSO_4$) สูงในกลุ่ม severe อย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) ซึ่งเป็นไปตาม guideline ของ ACOG เพื่อป้องกัน eclamptic seizures[10] และแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ นอกจากนี้แนวทางดังกล่าวใช้ Low-dose aspirin (75–150 mg/day) เป็นมาตรการป้องกัน preeclampsia สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มี chronic HT, prior preeclampsia, BMI ≥ 30, GDM หรือการตั้งครรภ์แฝด[17,18] การเริ่มให้ยาในช่วง 12–16 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ และให้ต่อเนื่องจนถึง 36 สัปดาห์ หรือก่อนคลอดเล็กน้อย ถูกพบว่าสามารถลดความเสี่ยงของ preeclampsia, severe preeclampsia และ IUGR ได้อย่างมีนัยสำคัญ[17,18.]

และจากการศึกษาผลลัพธ์ neonatal พบว่าทารกน้ำหนักแรกเกิด <2500 กรัม และ Apgar score <7 ที่ 5 นาที มีความชุกสูงกว่าในกลุ่ม severe (p<0.001, p=0.006) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานว่าภาวะ severe preeclampsia เพิ่มความเสี่ยงต่อ IUGR, preterm birth และ neonatal morbidity[22,24.] แม้ว่าผลลัพธ์ neonatal mortality จะสูงกว่าในกลุ่ม severe เล็กน้อย แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) อาจเป็นผลจากขนาดตัวอย่างจำกัดและการจัดการทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพจากการใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่

ผลการศึกษานี้ชี้ว่าหลังการใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ ปัจจัยต่าง ๆ เช่น BMI ก่อนตั้งครรภ์ การเข้ารับ ANC ไม่สม่ำเสมอ chronic HT และ GDM ยังมีผลต่อโอกาสเกิด severe feature ซึ่งสามารถนำไปพัฒนานโยบายเชิงป้องกันและแนวทางการดูแลตั้งครรภ์ระดับประเทศได้ การเน้นปรับพฤติกรรมก่อนตั้งครรภ์ การส่งเสริม ANC ตั้งแต่ระยะแรก และการจัดการภาวะความเสี่ยงเรื้อรังเหล่านี้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของแม่และทารก[17–19]การประยุกต์ใช้ผลการศึกษาในสภาพแวดล้อมเช่นประเทศไทย สามารถช่วยระบุหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง, วางแผนโปรแกรม ANC ที่เหมาะสม และปรับแนวทางป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ.

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมการใช้แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเน้นการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรก เพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าติดตามสุขภาพของมารดาอย่างใกล้ชิด หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต และประเมิน BMI ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ โดยเฉพาะผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคเรื้อรัง การติดตาม ANC อย่างครบถ้วนอย่างน้อย 8 ครั้งช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ การใช้ยาแอสไพรินขนาดต่ำและแมกนีเซียมซัลเฟตควรเริ่มในเวลาที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับอาการเตือนของครรภ์เป็นพิษและปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหารและหลีกเลี่ยงบุหรี่ วางแผนการคลอดในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม และติดตามสุขภาพมารดาและทารกหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะเหล่านี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวิจัยในอนาคตควรขยายขนาดตัวอย่างให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของผลการศึกษาและให้ครอบคลุมประชากรหลากหลายกลุ่มมากขึ้น การติดตามผลควรทำเป็นระยะยาวจนถึงหลังคลอดหลายเดือนเพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อนระยะยาวทั้งในมารดาและทารก ควรพิจารณาปัจจัยทางพันธุกรรม

และพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติม เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่บ้าน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับครรภ์เป็นพิษรุนแรง นอกจากนี้ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้มาตรการป้องกัน เช่น แอสไพรินขนาดต่ำและแมกนีเซียมซัล เฟตในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Youssef GS. Hypertension in pregnancy.(2019). E-Journal of Cardiology Practice [Internet]. 2019 [cited 2023 May 5];17. Available from: escardio.org
2. Ford ND, Cox S, Ko JY, Ouyang L, Romero L, Colarusso T, et al.(2019). Hypertensive disorders in pregnancy and mortality at delivery hospitalization – United States, 2017-2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022;71(17):585-91.
3. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.(2563). การเฝ้าระวังการตายมารดาไทย ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2563 [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2566]. จาก: moph.go.th
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2565). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อ 3 ม.ค. 2566]. จาก: moph.go.th
5. Ananth CV, Peedicayil A, Savitz DA.(1995). Effect of hypertensive diseases in pregnancy on birthweight, gestational duration, and small-for-gestational-age births. Epidemiology. 1995;6(4):391-5.
6. Sibai BM.(1991). Diagnosis and management of chronic hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol. 1991;78(3 Pt 1):451-61.
7. Subki AH, Algethami MR.(2018). Prevalence, risk factors, and fetal and maternal outcomes of hypertensive disorders of pregnancy: a retrospective study in Western Saudi Arabia. Oman Med J. 2018;33(5):409-15.
8. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM.(2022). Williams obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
9. Charles A, Victor P, Jonathan K, Ishaya P.(2017). Eclampsia and pregnancy outcome at Jos University teaching Hospital, Jos, Plateau State, Nigeria. J Gynecol Obstet. 2017;5(4):46-9.
10. งานสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านหมี่.(2567). สถิติผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2565-2567. ลพบุรี: โรงพยาบาลบ้านหมี่; 2567.
11. Kooffreh ME, Ekott M, Ekpoudom DO.(2014). The prevalence of pre-eclampsia among pregnant women in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar. Int J Womens Health. 2014;3(3):219-22.
12.Roberts JM, Cooper DW.(2017). Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia. Lancet. 2001;357(9249):53-6.
13. Catalano PM, Shankar K.(2017). Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. BMJ. 2017;356:j1.
14. O'Brien TE, Ray JG, Chan WS.(2003). Maternal body mass index and risk of preeclampsia: a systematic overview. Epidemiology. 2003;14(3):368-74.
15. Mwangome FK, et al.(2019). Antenatal care attendance, late ANC initiation and subsequent outcomes. BMJ Glob Health. 2019;4(2):e001552.
16. Callaway LK, et al.(2016). The prevalence and outcomes of gestational diabetes. Diabetes Care. 2016;39(1):166-73.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists.(2019). Chronic Hypertension in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin No. 203. Obstet Gynecol. 2019;133(1):e26-e50.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists.(2020). Hypertension in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 222. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-e260.

19. Luke B, et al.(2020). Perinatal outcomes in twin pregnancies. Semin Perinatol. 2020;44(8):151295.
20. Boelig RC, et al.(2017). Risk of pre-eclampsia in multiple gestations: A systematic review. Obstet Gynecol. 2017;129(4):698-705.
21. Cnattingius S, et al.(2019). Risk factors for pre-eclampsia: a population-based cohort study. BJOG. 2019;126(5):609-15.
22. Steegers EA, et al.(2010). Pre-eclampsia. Lancet. 2010;376(9741):631-44.
23. Magee LA, et al.(2014). The impact of preeclampsia on maternal and neonatal outcomes. J Obstet Gynaecol Can. 2014;36(8):721-32.
24. Ananth CV, et al.(2015). Epidemiology of preterm birth and neonatal outcomes. Semin Perinatol. 2015;39(6):408-15.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

Development of an oral health care model for dependent elderly with the participatory process of village health volunteers in Satuek sub-district, Satuek district, Buriram province.

(Received: September 13, 2026; Revised: September 20, 2026 ; Accepted: September 24, 2026)

สุทัศน์ สิมพราช[1]
Sutud Simpharach[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย 35 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 133 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 85 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและการรับบริการทันตกรรม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเมษายน 2569 ถึงสิงหาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม 2) การจัดทำแผนดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 3) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) การดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านร่วมกับระบบทันตกรรมทางไกล และ 5) ระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ หลังการพัฒนารูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรู้และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดทำแผนดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล ร้อยละ 100.00

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to study the development of an oral health care model for dependent elderly with the participatory process of village health volunteers. The study applied an action research approach. The samples consisted of 3 groups: 1) 35 network participants selected by purposive sampling 2) 133 village health volunteers selected by purposive sampling and 3) 85 dependent elderl selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, oral health examination and dental service form and focus group discussion guidelines. Data was collected between April to August 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 5 components : 1) Participatory Oral Health Screening and Assessment 2) Individualized Oral Health Care Planning 3) Village Health Volunteer Capacity Building 4) Home-Based Oral Health Care Integrated with Teledentistry and 5) Seamless Referral and Continuous Follow-up System. After implementation of the model, the knowledge and participation in

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกาะ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

oral health care for dependent elderly level of village health volunteers significantly increased (p-value<0.001). And dependent elderly received an individual oral health care 100.00 percent

Keyword : Oral health care, Dependent elderly, Village health volunteers

บทนำ

ในช่วงที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากปัจจัยด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและการแพทย์ที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงและอายุคาดเฉลี่ยของมนุษย์ยาวขึ้น ในปี 2568 มีผู้สูงอายุ 1,200 ล้านคน ร้อยละ 14.63 ของประชากรโลก[1] เป็นปรากฏการณ์ของสังคมสูงวัยทั่วโลกส่งผลต่อการเกิดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย ซึ่งสุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุมักประสบกับโรคในช่องปากต่างๆ เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟันและภาวะปากแห้ง ซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกายโดยรวมและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง จากการศึกษาเชิงระบาดวิทยาโรคช่องปาก พบว่า ร้อยละ 45 ของประชากรโลกได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปาก และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี สัดส่วนของผู้ที่มีโรคช่องปากและภาวะสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ปัญหาด้านอาหารและคุณภาพชีวิตแย่ลง โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงซึ่งมีความสามารถในการดูแลตัวเองจำกัด[2] สำหรับสถานการณ์ประเทศไทย มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.31[3] การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ADL) ในปี 2568 พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.57 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.37[4] เขตสุขภาพที่ 9 มีการดำเนินงานระบบส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างครอบคลุม โดยตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบ LTC ร้อยละ 99.21 และผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดทำ Care Plan ร้อยละ 95.15 สะท้อนถึงความเข้มแข็งเชิงระบบ แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังคงต้องให้ความสำคัญในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติสุขภาพช่องปากซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะโดยรวม[5]

การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น ผู้จัดการการดูแล (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) รวมถึงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (ADL) เพื่อจำแนกกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญในการชะลอความเสื่อม ป้องกันภาวะพึ่งพิง และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน สุขภาพช่องปากมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ สาเหตุหลักของการสูญเสียฟัน ได้แก่ โรคฟันผุและโรคปริทันต์ ส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยว โภชนาการ ระบบทางเดินอาหาร การกลืนและเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารจนเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักประสบอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างทั่วถึง จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบประสบการณ์โรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 65.90 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 13.4 ซี่ต่อคน และมีสภาวะเหงือกอักเสบสูงถึงร้อยละ 87.40 สะท้อนถึงภาระปัญหาสุขภาพช่องปากที่ยังคงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท[6] แม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมบริการ ทันตกรรมพื้นฐาน แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่องปากยัง พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้บริการ ทันตกรรมในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในอัตราที่ต่ำเพียงร้อยละ 6.48 ของบริการทันตกรรมภายในปีที่ผ่านมา โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการได้แก่ เพศ ภูมิภาคที่อยู่อาศัย ระบบสิทธิประโยชน์ และการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ซึ่ง

สะท้อนถึงปัญหาโอกาสเข้ารับบริการที่ไม่เท่าเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุหลายพื้นที่ของประเทศ[7]

จังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคลในกลุ่มติดเตียง ทำให้บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทมากขึ้นในการวางแผนดูแลร่วมกับทันตบุคลากร อย่างไร ก็ตาม จากผลการดำเนินงานพบว่ายังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานในบางพื้นที่ เนื่องจากความซับซ้อนของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ภาระของครอบครัว และการขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบทชุมชน[8] โดยเฉพาะในตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC ตำบลสตึก จำนวน 114 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 89 คน กลุ่มสับสน สมองเสื่อม 4 คน และกลุ่มติดเตียง 21 คน โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) 11 คน[9] ในการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก หน่วยบริการ ปฐมภูมิสนับสนุนการตรวจคัดกรองช่องปาก การให้คำแนะนำด้านสุขอนามัยช่องปาก การแจกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก และการส่งต่อรักษาทางทันตกรรมในรายที่มีปัญหา[10] อย่างไรก็ตามการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังพึ่งพาการเยี่ยมบ้านเป็นหลัก ซึ่งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากต่อความต่อเนื่องของการดูแล ปัญหาและอุปสรรคที่พบด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนมากไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่สถานพยาบาลได้สะดวกส่งผลให้การรักษามักเกิดขึ้นเมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว ขาดแนวทางการดูแลช่องปากที่ชัดเจนสำหรับผู้ดูแลแม้จะมีแผนการดูแลแต่รายละเอียดด้านสุขภาพ ช่องปากมักไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ[11] อีกทั้งความซับซ้อนของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีภาวะกลืนลำบาก หรือมีปัญหาทางสติปัญญา ทำให้การดูแลช่องปากทำได้ยากและต้องใช้ทักษะเฉพาะ[12] ดังนั้นจึงให้ความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในระดับชุมชน เพื่อสร้างแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ พัฒนาศักยภาพด้านทักษะเฉพาะด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ลดความ เหลื่อมล้ำ ชะลอความเสื่อม และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด[13] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและการรับบริการทันตกรรม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ครั้งนี้ จำนวน 340 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) กำนันและผู้ใหญ่บ้าน 3) ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ทันตแพทย์ 5) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 6) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข และ 7) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) กำนันและผู้ใหญ่บ้าน 3) ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ทันตแพทย์ 5) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และ 6) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 35 คน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[14] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 133 คน

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel[14] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ ช่องปากและการรับบริการทันตกรรม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 85 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในช่วง 0–11 คะแนน 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองได้ หรือสามารถตอบคำถามโดยการสื่อสารด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ และ 4) สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด และยินยอมให้ข้อมูลตามแบบบันทึกสุขภาพช่องปาก ที่ใช้ในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[15] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การดำเนินงาน 3) การติดตามและประเมินผล และ 4) การรับผลประโยชน์และความยั่งยืน โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[16] ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ ช่องปากและการรับบริการทันตกรรม มีรายละเอียดดังนี้

เป็นแบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากและการรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) ริมฝีปาก 2) ลิ้น 3) เหงือก 4) น้ำลาย 5) ฟันแท้ 6) ฟันเทียม 7) ความสะอาด 8) อาการเจ็บปวด 9) การส่งต่อเข้ารับบริการทันตกรรมตามความจำเป็น และ 10) การเข้ารับบริการทันตกรรม โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองใหญ่ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งค่า KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูล เชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2569 ถึงเดือนสิงหาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ปัญหาฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน ภาวะปากแห้ง แผลหรือการอักเสบในช่องปาก ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ และการได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้าน ตลอดจนศึกษาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากในพื้นที่ รวมทั้งบทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคประชาชน ศึกษาปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การเฝ้า

ระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลช่องปาก และการส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรม รวมทั้งศึกษาศักยภาพ บทบาท และความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมและกำหนดแนวทางการดำเนินการวิจัย ตลอดจนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยการศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก รวมถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากในพื้นที่ ตลอดจนศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การประเมินและคัดกรองสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ ช่องปาก การสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันและการทำความสะอาดช่องปาก การดูแลช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การเฝ้าระวังและค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก การเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและครอบครัว ตลอดจนการประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อเข้ารับบริการทันตกรรม จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก การประเมินและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันและการทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การส่งเสริมการดูแลช่องปากและการป้องกันฟันผุ โรคปริทันต์ และปัญหาสุขภาพ ช่องปาก การตรวจและคัดกรองสุขภาพช่องปากเบื้องต้น การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือมีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำและช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมทั้งการประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขและทันตบุคลากรเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบบริการทันตกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนติดตามผลการดูแลและให้การสนับสนุน

อย่างต่อเนื่อง โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีส่วนร่วมสำคัญในการดำเนินกิจกรรมและติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการประเมินสุขภาพ ช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ติดตามผลการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาหรือมีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก สังเกตการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล และผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรมตลอดจนการนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงาน อันจะนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และผลการประเมินสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ ร่วมกันสรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล ครอบครัว และภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งคืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อ อันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 17 เมษายน 2569 เลขที่ BRO 2026-049 รับรองระหว่าง วันที่ 17 เมษายน 2569 ถึงวันที่ 16 เมษายน 2570

ผลการศึกษา

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ รายละเอียดดังนี้

1) การคัดกรองและประเมินสุขภาพ ช่องปากแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการค้นหาปัญหาสุขภาพช่องปากและความจำเป็นในการได้รับบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับ CG และ ทันตบุคลากร จัดทำทะเบียนและจำแนกตามระดับการพึ่งพิงคัดกรองสุขภาพช่องปากที่บ้านโดย ประเมินฟัน เหงือก เยื่อบุช่องปาก คราบจุลินทรีย์ ฟันเทียม ความสามารถในการทำความสะอาด ช่องปาก ปัญหาการเคี้ยวและการกลืน และความจำเป็นในการได้รับบริการทันตกรรมรายบุคคล

2) การจัดทำแผนดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน CG และทีม ทันตบุคลากรมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ ช่องปากของแต่ละราย กำหนดเป้าหมายการดูแลเฉพาะบุคคล กำหนดกิจกรรมการดูแลที่บ้าน กำหนดบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ CG กำหนดความถี่ในการดูแลและติดตาม กำหนดความจำเป็นในการเข้ารับบริการทันตกรรม กำหนดแนวทางการส่งต่อ และกำหนดแผนการติดตาม

3) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ CG ด้านสุขภาพช่องปาก เนื้อหา 9 ประเด็น ครอบคลุม ความรู้พื้นฐานสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การคัดกรองและสังเกตความผิดปกติในช่องปาก การแปรงฟันและทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก การดูแลช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง การดูแลและทำความสะอาดฟันเทียม การถ่ายภาพช่องปากเพื่อใช้ในระบบทันตกรรมทางไกล การสังเกตสัญญาณอันตรายและเกณฑ์การส่งต่อ การให้คำแนะนำและการสื่อสารกับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลในครอบครัว

4) การดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านร่วมกับระบบทันตกรรมทางไกล โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนที่ทำงานร่วมกัน ได้แก่ (1) Home Oral Care ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ CG ร่วมกันดูแล การแปรงฟัน ทำความสะอาดลิ้น ทำความสะอาดซอกฟันตามความเหมาะสม ทำความสะอาดฟันเทียม กำจัดเศษอาหารเฝ้าระวังปัญหาช่องปาก ให้คำแนะนำด้านอาหารที่เหมาะสม พร้อมบันทึกผลการดูแล และ (2) ระบบทันตกรรมทางไกล เมื่อพบปัญหาหรือข้อสงสัย สามารถใช้ระบบ ทันตกรรมทางไกลเพื่อเชื่อมต่อกับทีมทันตบุคลากร โดยถ่ายภาพ/บันทึกข้อมูล สื่อสารผ่านทันตกรรมทางไกลเพื่อให้ทันตบุคลากรประเมิน ให้คำแนะนำ และนัดหมายเข้ารับบริการ หลังการบริการส่งข้อมูลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ CG ร่วมกันติดตาม

5) ระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่องแบบ ไร้รอยต่อ เป็นการทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ไม่หลุดออกจากระบบบริการ แบ่งการ ส่งต่อเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ (1) ดูแลที่บ้าน (2) ปรึกษาทันตบุคลากรทางไกล และ (3) ส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรม การดำเนินงาน เช่น เมื่อพบปัญหา ประเมินระดับความจำเป็น สื่อสารผ่านทันตกรรมทางไกลปรึกษาทีมทันตบุคลากร กำหนดแนวทาง นัดหมาย/ส่งต่อ ได้รับบริการทันตกรรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ CG ติด

ตามที่บ้าน ประเมินซ้ำ และปรับแผนดูแลรายบุคคล

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=15.50, S.D.=1.92)

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.34, S.D.=0.19)

การตรวจสุขภาพช่องปากและการรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ได้รับการจัดทำแผนดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล ร้อยละ 100.00 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 68.20 การส่งต่อเข้ารับบริการทันตกรรมตามความจำเป็นและได้รับบริการทันตกรรม ร้อยละ 31.00

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5 องค์ประกอบ 1) การคัดกรองและประเมินสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม 2) การจัดทำแผนดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 3) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) การดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านร่วมกับระบบทันตกรรมทางไกล และ 5) ระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวเกิดจากการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน CG ผู้ดูแลในครอบครัว และทันตบุคลากร ทำให้เกิดระบบการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผน การดูแลที่บ้าน การเข้าถึงบริการ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาสุขภาพช่องปากและความจำเป็นในการได้รับบริการของผู้สูงอายุได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ในการการจัดทำแผนดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล ช่วยให้มีการกำหนดปัญหา เป้าหมาย กิจกรรม ผู้รับผิดชอบ และแนวทางส่งต่ออย่างชัดเจน ที่สำคัญยังช่วยเติมเต็มข้อจำกัดของแผนการดูแลผู้สูงอายุในระบบ LTC ที่อาจมีรายละเอียดด้านสุขภาพช่องปากไม่เพียงพอ การพัฒนาศักยภาพทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงได้ นอกจากนี้ระบบทันตกรรมทางไกล เป็นองค์ประกอบที่ช่วยแก้ไขข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลดข้อจำกัดด้านระยะทางและการเดินทาง และช่วยให้ทันตบุคลากรสามารถสนับสนุน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ CG ในการแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างการดูแลที่บ้าน ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการเปลี่ยนจากการดูแลสุขภาพช่องปากแบบตั้งรับและเน้นการรอรับบริการที่สถานพยาบาล ไปสู่ระบบการดูแลเชิงรุกที่เริ่มจากบ้านและชุมชน ให้ความสำคัญด้านการค้นหาปัญหา วางแผน ประสานการดูแล และติดตาม และใช้ ระบบทันตกรรมทางไกลเป็นเครื่องมือเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับระบบบริการ ยึดความจำเป็นของผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลสตึก สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[17] โดยกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากและการวางแผนรายบุคคลเป็น

องค์ประกอบหลัก การประสานเครือข่าย การส่งต่อ และระบบ Teledentistry เชื่อมโยงเป็นระบบบริการและการติดตาม ส่งผลให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต่อเนื่องสอดคล้องกับความจำเป็นเฉพาะราย และมีโอกาสลดปัญหาการเข้าถึงบริการ

หลังการพัฒนารูปแบบอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการจัดทำแผนดูแลสุขภาพ ช่องปากรายบุคคลร้อยละ 100.00 ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเสริมศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้และสามารถเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเป็นรูปธรรม ขณะเดียวกันการคัดกรองเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการประเมินสุขภาพช่องปากได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการ ทำให้ให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพช่องปากในระดับชุมชนที่ต่อเนื่องและเข้าถึงผู้สูงอายุได้มากขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพร่วมกับการมีแนวทางและเครื่องมือในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมั่นใจ การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยเชื่อมโยงการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการ สะท้อนให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลไกสำคัญในการดูแลเชิงรุก สามารถเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการและลดข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการเดินทางมารับบริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูง พบว่า หลังจากดำเนินรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก[18] มีความพึงพอใจในด้านอนามัยช่องปาก รูปแบบเกิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการแก้ปัญหาตรงความต้องการของผู้สูงอายุ ตามบริบทพื้นที่ เกิดการจัดบริการระดับตำบลที่ครอบคลุมด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล และเข้าถึงบริการ ผู้สูงอายุสามารถทำความสะอาดฟันดีขึ้นและได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ทำให้มีอนามัยช่องปากดีขึ้น และผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายผู้สูง[19] พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ คือ ภาคีเครือข่าย กล่าวคือการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนจะทำให้เกิดการดำเนินกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในระยะยาวและเกิดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะเป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกร่วมกับทีมและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างใกล้ชิด สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลและคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างครอบคลุม และการจัดบริการในระดับตำบลที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูล และการเข้าถึงบริการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลและทำความสะอาดช่องปากได้ดีขึ้น ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยเพิ่มศักยภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรกำหนดให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ

ระดับปฐมภูมิ โดยบูรณาการการคัดกรองสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคในช่องปาก การเยี่ยมบ้าน และการส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง

2) หน่วยงานที่เกี่ยวควรมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ให้มีความรู้และทักษะในการประเมินสุขภาพช่องปากเบื้องต้น การดูแลความสะอาดช่องปาก การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก และการประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาเข้าสู่บริการ ทันตกรรมที่เหมาะสม

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณสำหรับการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลช่องปาก การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และการติดตามผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถร่วมขับเคลื่อนงานได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยบูรณาการเข้ากับระบบการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพ ช่องปากอย่างต่อเนื่อง

2) หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำรูปแบบมาจัดระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการติดตามและประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขและทันตบุคลากร เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทันตกรรมอย่างเหมาะสมและทันเวลา

3) ควรมีการติดตามและประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้เป็นระยะ โดยประเมินความรู้และทักษะของ อสม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปาก และผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงกิจกรรมและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลของรูปแบบในระยะยาว โดยติดตามผลหลังสิ้นสุดการดำเนินงาน เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ควรศึกษารูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบปกติ ซึ่งจะช่วยให้เห็นประสิทธิผลของรูปแบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3) ควรขยายพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ไปยังตำบลหรืออำเภออื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความเหมาะสมและความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2568). เทรนด์ผู้สูงอายุ 2568 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2568. เข้าถึงจาก: https://banbanglamung.dop.go.th/th/know/3/170
2. Huang X, Kang L, Bi J.(2025). Epidemiology of oral health in older adults aged 65 or over: prevalence, risk factors and prevention. Aging Clin Exp Res. 2025.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2568). สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2568. เข้าถึงจาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578

4. กระทรวงสาธารณสุข.(2568). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. กรมอนามัย.(2566). ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2566. เข้าถึงจาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/
6. สำนักทันตสาธารณสุข.(2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.
7. ฐันทพร รื่นพล.(2566). การใช้บริการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2566. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2568.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2568). รายงานการเข้าถึงบริการทันตกรรม ผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปาก และจัดทำ Oral care plan. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกาะ.(2568). รายงานผลโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ [เอกสารอัดสำเนา]. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกาะ; 2568.
10. คณะอนุกรรมการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิฯ.(2565). แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: กองบริหารสาธารณสุข; 2565.
11. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกาะ.(2568). รายงานผลการดำเนินงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care - LTC) ประจำปีงบประมาณ 2568. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกาะ; 2568.
12. โฉมพิไล นันทรักษา, ภัทรา วัฒนพันธุ์ และรุ่งทิวา ชอบชื่น.(2567). ผลของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก. 2567;9(2):704-8.
13. Kemmis, S., & McTaggart, R.(1988). The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press. 1988.
14. Daniel, W. W.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley. 2010.
15. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
16. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
17. รัฐนนท์ เนือนสกุล.(2569). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. 2569;11(1):382 - 91.
18. สิริรัตน์ วีระเดช, ละอองดาว วงศ์อำมาตย์.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2565;45(2):119-28.
19. นิลุบล นันดิลก, เขมิกา สมบัติโยธา และจารุวรรณ วิโรจน์.(2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านแก ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567;16(2):163-76

ผลของแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

The Effects of the Health Promotion Individual Wellness Plan Guideline Among Thamboon Naimueg Elderly Club, Sawankhalok District, Sukhothai Province.

(Received: September 13, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

บัวพลอย พรหมแจ้ง[1] เจียรนันต์ จันทร์แก้ว[1]
Buaploy Phromchaeng[1] Jiernan Chankaew[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของของแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แผนสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 40 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่า G-Power ที่ ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .70 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เครื่องมือ คือแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาว จำนวน 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

กระบวนการดูแลประกอบด้วย 1)การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมิน ADL 3) การให้ความรู้Wellness Plan 4) การให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพ 5) ทักษะการประเมินตัวเอง 6) เสริมสร้างความรอบรู้ด้าน7) การปฏิบัติตาม Wellness Plan และ 8) การ ใช้แอปพลิเคชั่น LINE ประเมินผลโดย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินแผนสุขภาพดี ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคะแนน Wellness Planและคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แนวทางการชะลอชราชีวายืนยาว, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a Healthy Aging and Longevity Promotion Program among members of an elderly club in Mueang Subdistrict, Sawankhalok District, Sukhothai Province, Thailand. The study compared the mean scores of activities of daily living (ADL), Wellness Plan, and quality of life (QOL) among older adults before and after participating in the program. The sample consisted of 40 socially active older adults. The sample size was determined using G Power with an effect size of 0.70, a significance level of .05, and a statistical power of .80, resulting in a required sample size of 40 participants. The intervention consisted of eight sessions conducted over a period of six weeks.

The care process comprised: (1) establishing rapport; (2) assessing activities of daily living (ADL); (3) providing knowledge on the Wellness Plan; (4) providing health promotion education; (5) developing self-assessment skills; (6) enhancing health literacy; (7) promoting adherence to the Wellness Plan; and (8) using the LINE application for communication and follow-up. The evaluation instruments included an ADL assessment, a Wellness Plan assessment, and an older adults' quality of life assessment. The reliability of the instruments was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test, with statistical significance set at p <

[1] ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสวรรคโลก โรงพยาบาลสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย

.05. The results showed that the mean scores for the Wellness Plan and quality of life significantly increased after participation in the program ($p < .001$).

Keywords: socially active older adults, healthy aging and longevity promotion program, activities of daily living, Wellness Plan, quality of life

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้โครงสร้างอายุของประชากรโลกกำลังไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น เป็นผลสืบเนื่องจากอัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลงในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้นการสูงวัยของประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ[1] ในปี 2562 ประชากรโลกมีจำนวน 7,713 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1,016 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 13 ของประชากร ปัจจุบันประเทศไทยเข้า “สู่สังคมสูงวัย” (60ปีขึ้นไป) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้มีการเพิ่มอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วนโดยในปีพ.ศ.2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 9,466,082 คนคิดเป็นร้อยละ17.50 [2] จังหวัดสุโขทัยมีจำนวนผู้สูงอายุ114,265 คน คิดเป็นร้อยละ 23.05 เป็น“สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) ปี 2566 อำเภอสวรรคโลก มีผู้สูงอายุ 15,626 คน คิดเป็นเป็นร้อยละ 29.10 เป็นอำเภอที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (SuperAgedSociety)[3] และตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีหมู่บ้านทั้งหมด 13 หมู่บ้าน 3,059 หลังคาเรือน มีจำนวนประชากร 7,904 คน ผู้สูงอายุทั้งหมด 1,676 คน คิดเป็นร้อยละ 21.02 ปัญหาของผู้สูงอายุที่พบเกิดจากความเสื่อมของระบบต่างๆของร่างกายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสูงอายุ เช่นปัญหาภาวะโภชนาการ การทรงตัว สุขภาพช่องปาก ความคิดความจำ ภาวะสมองเสื่อม สุขภาพจิต การพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง และอาจนำไปสู่ ความพิการ ที่ต้องดูแล นำไปสู่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านและติดเตียง ส่งผลกระทบต่อตัวสูงอายุและครอบครัว ก่อให้เกิดภาระครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นรายได้ลดลง เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ[4] ส่งผลกระทบด้านการเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องรับภาระด้านงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด จึงเป็นสิ่งจำเป็น จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับอายุที่สูงขึ้น และความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ เพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาจทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว จังหวัดสุโขทัยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์[5] ผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 75.10 พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุ ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย>150 นาทีต่อ สัปดาห์ ร้อยละ 51.90 กินผัก/ผลไม้ 5 ทัพพี ทุกวันร้อยละ 54.70 ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพียงร้อยละ 58.40 ในประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่หมายถึง ทักษะทางปัญญาของบุคคล การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม [6] โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอถึงร้อยละ 39.80 ดังนั้น จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นรวดเร็วจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลประเมินสภาพปัญหาและดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง โดย ใช้เครื่องมือ Wellness Plan ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพน่าจะเป็นอีกทาง

หนึ่งที่สามารถทำได้และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาว

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินแผนสุขภาพดี ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาว

3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาว

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนการและหลัง เพื่อศึกษาผลของแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่าง เดือน พฤศจิกายน2566 ถึง เดือน ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง มี จำนวน 200 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง ประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ ทางสถิติ G Power โดยกำหนดค่า ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .70 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้ขนาดได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย[7] เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่drop out จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1.คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน

2.ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารโดยผ่านการประเมิน Mini cog > 4 คะแนน

3.สามารถใช้แอปพลิเคชั่น LINE ได้

4.ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัด สุโขทัย มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมิน ADL 3) การให้ความรู้แผนสุขภาพดี 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 5) การสอนการทักษะการประเมินตัวเอง 6) การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 7) การปฏิบัติตาม Wellness Plan และ 8) ใช้แอปพลิเคชั่น LINE group ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใน 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าหวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่งจากที่ นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน[10] การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพา

โดยสมบูรณ์หรือติดเตียง คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพารุนแรงหรือติดเตียง คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาปานกลาง หรือติดบ้าน และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็น ภาวะพึ่งพา[11]

ส่วนที่ 4 แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกรมอนามัย[12] ข้อคำถามเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 6 ข้อ คะแนนเต็ม 21 คะแนน คำตอบใช่ 3 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 16 - 20 อยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน < 15 อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง 2) ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ โดยทดสอบ ลุก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (Timed Up and Go test : TUG) ถ้าใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที ถือว่า ปกติ/ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (1 คะแนน) ใช้เวลามากกว่า 12 วินาที ถือว่า มีความเสี่ยงต่อการหกล้มปกติล้ม (0คะแนน) 3) ด้านผู้สูงอายุสมองดี 11 ข้อ ตอบ ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ไม่ใช่ 1 คะแนน แปรผล ถ้ามี คำตอบใช่ มากกว่า 4 ข้อ ให้สงสัยภาวะสมองเสื่อม 4) ด้านความสุขของผู้สูงอายุ 15 ข้อ แปรผลจากคะแนนรวมทุกข้อเทียบกับเกณฑ์ปกติ ดังนี้ คะแนนเต็ม 60 ถ้า < 43 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำ 44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตปกติ 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป โดยกำหนดผ่านเกณฑ์ประเมินที่คะแนน 44 5) ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 12 ข้อ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก 6 ข้อปัญหาสุขภาพช่องปากอื่นๆ 6 ข้อ และ 6) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ 6 ข้อ คำตอบ ไม่ใช่/ไม่มี น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ข้อ คะแนน เท่ากับ 1 คำตอบ ไม่ใช่ / ไม่มี มากกว่า 1 ข้อ คะแนน เท่ากับ 0 แปลผลคะแนน ไม่ใช่/ไม่มีความเสี่ยงแม้แต่ข้อเดียว ถ้ามี คำตอบใช่ มากกว่า 1 ข้อ มีความเสี่ยง

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)[13] ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีคะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ปกติที่กำหนด คือ คะแนน 26–60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที ไม่ดี คะแนน 61–95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96–130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach’s alpha coefficient เท่ากับ .85

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แผนการส่งเสริมสุขภาพดี และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นำไปใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลเมืองบางยม โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบเท่ากับ .85 0.81 และ 0.83

2. แนวทางการชะลอชราชีวายืนยาว ผู้วิจัยนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 คนเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสวรรโลก APN สาขาผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรคโลก หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม แล้วนำ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุตำบลเมืองบางยม โดยใช้แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ได้ 0.83 นำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้กรรมการจริยธรรมพิจารณา เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทีมงานผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บ ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการรวมโครงการวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3.1 ทีมผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ในชุมชน

3.2 ทีมงานผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ตามข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยปราศจากการขู่บังคับ ชักจูง

3.3 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลบันทึกข้อมูลในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบแผนสุขภาพดี และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30-45 นาที

3.5 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย และเปิดโอกาสให้ซักถามกรณีไม่เข้าใจและนัดหมาย วันเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรม โดย นัดหมายทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ เวลา 08.00-09.00 น. ที่ชมรมผู้สูงอายุ

3.6 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัด สุโขทัย

3.7 ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สะดวกใจ อึดอัดใจ ในการตอบ
แบบสอบถามหรือการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถ ยกเลิกการให้คำยินยอมและการร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตหรือผลกระทบด้านอื่น ๆ

3.8 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เฝ้าระวังและสังเกตุพฤติกรรมหรือความผิดปกติความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการช่วยเหลือแก้ไขและให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือถอนตัวหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นเช่น พบกลุ่มตัวอย่าง วิตกกังวลมากระหว่างวิจัย ทีมงานผู้วิจัยจะส่งต่ออาสาสมัครเข้ารับการดูแลอย่างทันท่วงที่ พร้อมรายงานเหตุการณ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขตามแนวทางที่กำหนด

3.9 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังกิจกรรมแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัด สุโขทัยโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบแผนสุขภาพดี และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ เชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบแผน สุขภาพ และ คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ *p-value* < 0.05

ระยะเวลาการศึกษา

เดือนตุลาคม 2566 – เดือนมีนาคม 2567

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ 96/2023 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วน

ใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 สถานภาพสมรสร้อยละ 55.0 นับถือศาสนาพุทธ และมีผู้ดูแลหลักร้อยละ 100 จบการศึกษาปฐมศึกษาร้อยละ 42.5 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวไม่พอใช้และมีหนี้สินร้อยละ52.5 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 55.5 และอายุเฉลี่ย 69.1 S.D.=4.821 ต่ำสุด 60 สูงสุด 79 ปี ส่วนใหญ่อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 52.5

หลังได้รับการดูแลสุขภาพแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน (ก่อน $\overline{X}$=19.80, S.D.= .758, หลัง $\overline{X}$=19.83, S.D.=.636) ดังแสดงตามตาราง ที่ 21

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกิจวัตรประจำวัน (n=40)

คะแนนกิจวัตรประจำวัน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	P-value
ก่อนทดลอง	19.80	.758	1.00	39	.323
หลังทดลอง	19.83	.636			

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (โดยรวม: ก่อนทดลอง $\overline{X}$ =86.1750, S.D.= 9.2400, หลังทดลอง $\overline{X}$=94.6, S.D.= 6.9791, p-value <.001 แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต (n=40)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	P-value
ด้านร่างกาย					
ก่อนทดลอง	22.4	2.1470	5.635	39	.000
หลังทดลอง	23.5	1.6486			
ด้านจิตใจ					
ก่อนทดลอง	21.2	3.2859	3.442	39	.001
หลังทดลอง	22.1	2.3461			
ด้านสิ่งแวดล้อม					
ก่อนทดลอง	26.7	3.2988	11.181	39	.000
หลังทดลอง	28.9	2.3072			
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม					
ก่อนทดลอง	9.3	1.1633	7.373	39	.000
หลังทดลอง	10.3	.7156			
คุณภาพชีวิตโดยรวม					
ก่อนทดลอง	86.2	9.2400	18.106	39	.000
หลังทดลอง	94.6	6.9791			

p-value <.001

ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแนวทางการชะลอชราชีวายืนยาว พบค่าเฉลี่ยคะแนนแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)ทั้ง 5 ด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.001 แยก

เป็นรายด้านก่อนและหลังการเข้าร่วม พบว่า ด้านโภชนาการ $\overline{X}$=8.0, S.D.=2.4703 และ $\overline{X}$=17.3, S.D.=.54302, p-value <.001 ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ $\overline{X}$=0.8, S.D.=.4050,และ $\overline{X}$ =0.9, S.D.=.3040, p-value =.044 ด้านผู้สูงอายุสมองดี $\overline{X}$=9.9, S.D.=1.2184, และ $\overline{X}$ =11.0, S.D.=.0000, p-value =.001 ด้านความสุขของผู้สูงอายุ $\overline{X}$=45.7, S.D.=3.6040, และ $\overline{X}$=50.5, S.D.=3.1378, p-value <.001 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ $\overline{X}$=5.4, S.D.=.5490 และ $\overline{X}$=5.8, S.D.=.4939, p-value <.001) ส่วนด้านปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\overline{X}$=2.4, S.D.=1.9322, $\overline{X}$=0.4, S.D.=.59055, p-value <.001)แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan (n=40)

แผนส่งเสริมสุขภาพดี : Wellness Plan	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	P-value
ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	8.0	2.4703	26.970	39	.000
หลังทดลอง	17.3	.5430			
ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	0.8	.4050	2.082	39	.044
หลังทดลอง	0.9	.3040			
ด้านปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	2.4	1.9322	7.398	39	.000
หลังทดลอง	0.4	.5900			
ด้านผู้สูงอายุสมองดี					
ก่อนทดลอง	9.9	1.2184	5.450	39	.000
หลังทดลอง	11.0	.0000			
(p-value <.001)					
ด้านความสุขของผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	45.7	3.6040	12.829	39	.000
หลังทดลอง	50.5	3.1378			
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	5.4	.5490	4.837	39	.000
หลังทดลอง	5.8	.4939			

p-value <.001

สรุปและอภิปรายผล

1.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน (ก่อนทดลองมี ADL เฉลี่ย เท่ากับ 19.8 และ หลังทดลอง ADL เฉลี่ย เท่ากับ 19.83 ซึ่งยังคงเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ADL≥12 คะแนน) ทั้งก่อนและหลังทดลอง 6 สัปดาห์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า เครื่องมือประเมิน ADL มีข้อจำกัดต่อการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญทางคลินิกในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง[8] ผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า

ผู้สูงอายุ มีผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สูงอยู่เดิมแล้ว และยังสามารถ คงความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านกิจวัตรประจำวันไว้ได้ โดยมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนได้น้อย มีข้อเสนอแนะให้ใช้แบบประเมิน IADL (Instrumental ADL) ประเมินกิจกรรมที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ การทำอาหาร การกินยา และการเดินทาง สำหรับผู้สูงอายุ ในครั้งต่อไป

2.แผนสุขภาพดี

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย Wellness Plan สูงกว่าก่อนทดลองใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านผู้สูงอายุสมองดี ด้านความสุข และด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า Wellness Plan เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ประเมินสุขภาพของตนเอง เรียนรู้ปัจจัยเสี่ยง และกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และนำความรู้ไปใช้ในการจัดการสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับแนวทางของกรมอนามัยที่กำหนดให้ Wellness Plan เป็นกลไกในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการของครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ และชุมชน[2,9] โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวและโภชนาการ การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้และมีโอกาสวางแผนการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม สามารถช่วยให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กรมอนามัยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ และการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ[2] สำหรับด้านผู้สูงอายุสมองดีและด้านความสุข พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนสูงขึ้น และผลการประเมินสุขภาพจิตหลังการทดลองไม่พบกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยกลุ่มที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปและดีกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนเท่ากัน ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม การฝึกทักษะทางสมอง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและสามารถจัดการอารมณ์และความเครียดได้ดีขึ้น ทั้งนี้ กรมอนามัยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพสมอง การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ [2,6]สอดคล้องกับการศึกษาของรวมพร กูลเริ่มตั้ง[10] ที่พบว่า การนำแนวทางชะลอชราชีวายืนยาวไปใช้ในการดูแลสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติตนที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก การดูแลสมอง สุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยด้านการดูแลสมองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ด้านอื่น ๆ และภาพรวมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านสุขภาพช่องปากมีคะแนนเฉลี่ยลดลง อธิบายว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากมีความซับซ้อนและอาจต้องอาศัยการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ดังนั้น ในการดำเนินงานครั้งต่อไปควรเพิ่มกิจกรรมเชิงปฏิบัติ เช่น การสาธิตการทำความสะอาดช่องปาก การประเมินสุขภาพช่องปากรายบุคคล การให้คำแนะนำเฉพาะรายและการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

3.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง พบว่า หลังทดลองใช้แนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งโดยรวมและ รายด้าน ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ,

ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกล้ากร รัตนชาญกร[14] ที่ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดีขึ้น

โดยสรุป หลังใช้แนวทางการชะลอชราชีวายืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลกกิจกรรม 6 ครั้งใน 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan ใน 5 ด้าน โภชนาการ การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุสมองดี ความสุข และด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยส่วน ดีขึ้น ส่วนด้านปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลง ด้านคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง พบว่าหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่าก่อนทดลอง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580).

2.กรมอนามัย. (2566). แนวทางการศึกษาวิจัยการสร้างและพัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan). กระทรวงสาธารณสุข.

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2566). skto.moph.go.th. สืบค้น 12 สิงหาคม 2566,จาก https://www.skto.moph.go.th/document_file/raynganyear65.pdf

4.นภาพร เหมาะเหม็ง และคณะ. (2564). การศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุ ชะลอชรา ชีวายืนยาว.สืบค้น วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก https://hpc2service.anamai.moph.go.th/ kmhpc2/myfile/144.pdf.

5.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2564. สืบค้น วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก https://ricd.go.th/webth2/wp-content/uploads/2021 /06/ Health-Service-System-Standards-Year-64.pdf

6.จันทณา วังคะออม. (2565). ระบบบริการผู้สูงอายุการสังเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว ในเขตสุขภาพที่ 6; วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 17(2),56-66

7.ไพจิตร พุทธรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง, 15(1), 69-81. https://doi.org/10.14456/nrru-rdi.2021.6

8. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiberger E.(2019). Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. Aging Clin Exp Res.31(7):917-925. doi: 10.1007/s40520-018-1034-6. Epub 2018 Sep 6. PMID: 30191453; PMCID: PMC6589141.

9. กรมอนามัย. (2560). กรมอนามัยแนะ 4 Smart ผู้สูงอายุสุขภาพดี. กระทรวงสาธารณสุข.

10.รวมพร กูลเริ่มตั้ง. (2566). ประสิทธิผลของการนำแนวทางชะลอชราชีวายืนยาวไปใช้ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา (รายงานการวิจัย). กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. https://skho.moph.go.th/oa/?page=document&y=2023

11.วาสนา บุณยมณี.(2567). อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม. 8(2),273-284

12.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565).คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี(wellness Plan) คลัสเตอร์กลุ่มผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

13.หทัยรัตน์ กระต่ายน้อย.(2569). รูปแบบกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุหาดกรวดชวนชื่น ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม.10(2),71-85

14.กรเกล้า รัตนชาญกร. (2566) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ; วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.10(1) ,85-97

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

Development of a Competency Enhancement Training Program for Nurse Anesthetist Preceptors, Nakornping Hospital.

(Received: September 14, 2026; Revised: September 20, 2026 ; Accepted: September 22, 2026)

สุชลี แสนธรรมจักร[1] สมใจ ศิระกมล[2] ชญาภา แสนหลวง[3]
Suchalee Saenthammajak[1] Somjai Sirakamon[2] Chayapha Sanluang[3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ และศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมต่อสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง ศึกษาในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มหลัก กลุ่มแรกเป็นวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลทีมพัฒนาที่มีประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญีมากกว่า 10 ปี จำนวน 3 คน และ 2) ประชากรกลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีที่มีประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญี 2-10 ปี ที่เข้าร่วมอบรมในโปรแกรมจำนวน 20 คน และกลุ่มหลังเป็นประชากรกลุ่มพยาบาลฝึกหัดซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมวิสัญญีพยาบาลหลักสูตร 1 ปี จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล *เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย*ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่ม โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ และแบบประเมินในระหว่างการใช้โปรแกรม ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้พยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี แบบประเมินการวิเคราะห์กรณีศึกษา และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการฝึกอบรม ส่วน *เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล* ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test และการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า 1. โปรแกรมการฝึกอบรมประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) วัตถุประสงค์ของโปรแกรม 2) กลุ่มเป้าหมาย 3) เนื้อหาการฝึกอบรม บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยง สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงทั้ง 4 ด้าน และแนวทางพัฒนาสมรรถนะ 4) รูปแบบโครงสร้างการฝึกอบรม แบ่งเป็น 2 ระยะ คือระยะฝึกอบรมในห้องเรียนและระยะฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัด 5) การกำหนดตัวผู้สอนหรือวิทยากร และ 6) วิธีการประเมินผลและเกณฑ์การประเมินระหว่างการฝึกอบรมและภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีประเมินสมรรถนะของตนเองโดยรวม (z=-2.20, p= .028) และสมรรถนะด้านการสอน (z=-2.21, p= .027) เพิ่มขึ้น ส่วนสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี และด้านการเป็นตัวแบบมีคะแนนไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนการประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงโดยพยาบาลฝึกหัดก่อนและหลังการฝึกอบรม ทั้งโดยรวม (z= 0.83, p = .381) และรายด้าน (z=-0.37- -1.36 p = 0.225 - .884) ไม่มีความแตกต่างกัน 3. คะแนนความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม (Z=-3.05, p=.002) ส่วนคะแนนการประเมินผลการวิเคราะห์กรณีศึกษารายกลุ่มอยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยทุกกลุ่มได้คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 95-96.67 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ($\bar{}$ = 4.71, SD= 0.49)

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกอบรม พยาบาลพี่เลี้ยง สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง วิสัญญีพยาบาล ADDIE model

Abstract

[1] นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อีเมล: somjai.sira@cmu.ac.th

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

This quasi experimental research aimed to develop a training program to enhance the competencies of nurse anesthetist preceptors at Nakornping Hospital and to examine the effects of the program on their competencies.. The participants comprised two primary groups. The first consisted of nurse anesthetists at Nakornping Hospital and included: (1) a three-member nurse anesthetist development team, each with more than 10 years of experience; and (2) 20 nurse anesthetist preceptors with 2–10 years of nurse anesthesia experience who participated in the training program. The second group comprised 18 registered nurses enrolled as trainees in a one-year nurse anesthesia training program. The instruments used in this study consisted of research implementation tools and a data collection instrument. *The research implementation instruments* included a focus group interview guide, a nurse anesthetist preceptor training program for Nakornping hospital, and in-program evaluation forms consisting of a preceptor knowledge assessment, a case study analysis evaluation, and a training program satisfaction survey. *The data collection instrument* was the Nurse Anesthetist Preceptor Competency Assessment Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and content categorization.

The findings were as follows: 1. The training program comprised six components: (1) program objectives; (2) target participants; (3) training content covering nurse preceptor roles and responsibilities, the four competency domains, and the competency development approach; (4) a two-phase training structure consisting of classroom instruction and clinical practice in the operating room; (5) designated instructors or facilitators; and (6) evaluation methods and criteria applied during training and after program completion.

2. After program implementation, nurse preceptors demonstrated a statistically significant increase in their overall self-assessed competencies ($z = -2.20$, $p = .028$) and teaching competency ($z = -2.21$, $p = .027$). Nonetheless, no significant differences were found in counseling and empowerment, anesthesia nursing practice, and role-modeling competencies. Meanwhile, the competency scores of the nurse preceptors evaluated by the nurse trainees before and after implementation showed no statistically significant differences, overall ($z = -0.83$, $p = .381$) or across individual dimensions ($z = -0.37$ - -1.36, $p = 0.225$ - $.884$). 3. Post-training knowledge scores regarding the roles and competencies of nurse preceptors were significantly higher than pre-training scores ($z = -3.05$, $p=.002$). Furthermore, the scores for group case study analysis were rated as excellent, with all groups scoring between 95% and 96.67%. In addition, the nurse preceptors reported the highest level of satisfaction across all items ($\bar{x} = 4.71$, $SD = 0.49$).

Keywords: training program nurse preceptor preceptor competency nurse anesthetist ADDIE model

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้นจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด และความคาดหวังต่อคุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนากำลังคนสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญในการแปลงนโยบาย มาตรฐานวิชาชีพ และองค์ความรู้ไปสู่ผลลัพธ์ของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกกำหนดให้การศึกษา การพัฒนาทักษะ และสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยเป็นองค์ประกอบของการลดอันตรายที่ป้องกันได้จากบริการสุขภาพ[1] ขณะที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13[2] ให้ความสำคัญกับกำลังคนสมรรถนะสูงและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง แนวทางดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบริการวิสัญญี ซึ่งผู้ปฏิบัติงานต้องดูแลผู้ป่วยในภาวะที่มีความเสี่ยงสูง ตัดสินใจรวดเร็ว และปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ[3]

การเตรียมวิสัญญีพยาบาลให้พร้อมปฏิบัติงานจำเป็นต้องบูรณาการความรู้ภาคทฤษฎีกับประสบการณ์จริงในคลินิก ภายใต้การกำกับของพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีความเชี่ยวชาญ โดยพยาบาลพี่เลี้ยงต้องทำหน้าที่เชื่อมโยงทฤษฎีกับ

การปฏิบัติ สอนทักษะ ประเมินสมรรถนะ ส่งเสริมการแก้ปัญหา และช่วยให้ผู้เรียนปรับตัวเข้าสู่บทบาทวิชาชีพ [3,4] ในบริบทวิสัญญี พยาบาลฝึกหัดยังต้องเรียนรู้วิธีคิด การจัดลำดับความสำคัญ การตอบสนองต่อภาวะวิกฤต จริยธรรม และวัฒนธรรมความปลอดภัยผ่านการสังเกตและปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลพี่เลี้ยง [5] ดังนั้นคุณภาพของพยาบาลพี่เลี้ยงจึงสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพของประสบการณ์เรียนรู้ทางคลินิก[7]

อย่างไรก็ตาม ความเชี่ยวชาญทางคลินิกมิได้ทำให้บุคคลมีสมรรถนะการเป็นพี่เลี้ยงโดยอัตโนมัติ พยาบาลพี่เลี้ยงต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่กับการสอน การนิเทศ การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประเมินผู้เรียน จึงอาจเผชิญภาระงานเวลาไม่เพียงพอ ความไม่ชัดเจนของบทบาท และการขาดทักษะด้านการจัดการเรียนรู้ [3,5] การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การจัดโปรแกรมเตรียมพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ให้ผลเชิงบวกระยะสั้นต่อความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และความมั่นใจ แต่หลักฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ต่อผู้เรียนยังไม่สม่ำเสมอ จึงควรพัฒนาโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจน มาจากความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับบริบทเฉพาะทาง เพื่อส่งเสริมพยาบาลให้มีสมรรถนะของการเป็นพี่เลี้ยง[6,7]

สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นการบูรณาการความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และคุณลักษณะที่จำเป็นต่อการสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาวิชาชีพของผู้เรียน [7,8] ในประเทศไทย จากการศึกษาของอรชร ภาศาศวัต [9] ได้แบ่งสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การให้คำปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติการพยาบาล การเป็นตัวแบบ และการสอน ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานร่วมสมัยที่เน้นความสามารถด้านสัมพันธภาพ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก การอำนวยการเรียนรู้ การประเมิน และพฤติกรรมวิชาชีพ [7,8] โปรแกรมสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงจึงควรครอบคลุมมากกว่าความรู้ทางคลินิก และเปิดโอกาสให้ฝึกการสื่อสาร การโค้ช การสอน การสะท้อนคิด และการให้ข้อมูลย้อนกลับ[8,9,20]

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นแหล่งฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลหลักสูตร 1 ปี [10] วิสัญญีพยาบาลทุกคนมีหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง แต่ยังไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านการเป็นพี่เลี้ยงอย่างเป็นระบบ แนวทางการสอนและประเมินพยาบาลฝึกหัดจึงขึ้นกับประสบการณ์ส่วนบุคคล ประกอบกับงานวิสัญญีมีภาระงานสูง สถานการณ์เร่งด่วน และผู้ป่วยซับซ้อน ทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงอาจมุ่งควบคุมความปลอดภัยจนมีโอกาสใช้กระบวนการสอน การให้คำปรึกษา และการสะท้อนคิดไม่ครบถ้วน ความต้องการดังกล่าวสะท้อนช่องว่างระหว่างความเชี่ยวชาญทางวิสัญญีกับสมรรถนะการเป็นผู้สอนทางคลินิก[4,20]

ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้ ADDIE model [11] ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ (analysis) การออกแบบ(design) การพัฒนา (development) การดำเนินการ (implementation) และ การประเมินผล (evaluation) เพื่อพัฒนาโปรแกรมตามปัญหาและความต้องการจริงของหน่วยงาน ร่วมกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ การโค้ช การสะท้อนคิด และการสอนทางคลินิกแบบพี่เลี้ยงหนึ่งนาที [12-14] ผลการศึกษาได้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีที่มีโครงสร้างชัดเจน มีองค์ประกอบด้านต่าง ๆ เช่น วัตถุประสงค์ เนื้อหาและกิจกรรมการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ รวมทั้งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงของหน่วยงานอื่น ๆ ของโรงพยาบาลนครพิงค์ต่อไปในอนาคตได้ [15,16]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ดำเนินการ ณ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยพัฒนาโปรแกรมตาม ADDIE model และประเมินผลแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ร่วมกับการประเมินสมรรถนะจากสองแหล่งข้อมูล[11] การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ ADDIE model[11] เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรม ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ (analysis) การออกแบบโปรแกรม (design) การพัฒนาเนื้อหาและสื่อการเรียนรู้ (development) การนำโปรแกรมไปใช้ (implementation) และการประเมินผลโปรแกรม (evaluation) ร่วมกับกรอบสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง[9] ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) การปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี 3) การเป็นตัวแบบ และ 4) การสอน โดยเนื้อหาการฝึกอบรมได้บูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดผู้เริ่มต้นสู่ผู้เชี่ยวชาญ[17] แนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม[18] แนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่[12] และวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์[13]เพื่อออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงในห้องผ่าตัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1) กลุ่มประชากรวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลทีมพัฒนาที่มีประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญีมากกว่า 10 ปี จำนวน 3 คน 2) ประชากรกลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีที่มีประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญี 2-10 ปี ที่เข้าร่วมอบรมในโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี จำนวน 20 คน

2) ประชากรกลุ่มพยาบาลฝึกหัดซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมวิสัญญีพยาบาลหลักสูตร 1 ปี จำนวน 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการฝึกอบรม

ชุดที่ 2 โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตาม ADDIE model

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แบบประเมินการวิเคราะห์กรณีศึกษา แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีโรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงของอรชร ภาศาศวัต[9] ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อความจาก “พยาบาลจบใหม่” เป็น “พยาบาลฝึกหัด” โดยคงเนื้อหาอื่น ๆ และจำนวนข้อตามเดิม ประกอบด้วย สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการเป็นตัวแบบ และด้านการสอน รวม 13 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตรวจรายการ ใช้เกณฑ์การให้ คะแนนแบบรูบริค (rubric score) 0–4 คะแนนต่อข้อตามจำนวนพฤติกรรมย่อย ที่ปฏิบัติจากทั้งหมด 4 รายการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1) โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาล ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาล ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากนั้นทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2) แนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการฝึกอบรม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนในด้านความครอบคลุม (comprehensiveness) ความเหมาะสม (appropriateness) ความชัดเจน (clarity) และการจัดลำดับ (sequence the questions)

3) เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการฝึกอบรม ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ มีค่า IOC=0.90 ค่า KR-20=0.73 แบบประเมินการวิเคราะห์สถานการณ์ มีค่า IOC=0.90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.75 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจ 16 ข้อ ผู้ศึกษาไม่ได้ทำการหาความตรงของแบบประเมินนี้เนื่องจากเครื่องมือผ่านการหาความตรงมาแล้วซึ่งมีค่า IOC=1.00 จึงหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ0.94

4) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงของอรชร ภาศาศวัต[2] เนื่องจากมีการปรับข้อความให้เหมาะสมกับบริบทการวิจัยจากเดิม “พยาบาลจบใหม่” เป็น “พยาบาลฝึกหัด” และเพิ่มข้อมูลส่วนบุคคลในเครื่องมือ แต่ยังคงเนื้อหาและจำนวนข้อไว้ตามต้นฉบับเดิม ผู้ศึกษาจึงได้ทำการหาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาของแบบประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่า CVI=1.00 และเมื่อนำไปทดลองใช้กับวิสัญญีพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มศึกษา 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการพัฒนาเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1) ผู้ศึกษาได้ติดต่อประสานกับวิสัญญีพยาบาลทีมพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 3 คน ซึ่งอยู่ในโครงการวิจัย เป็นระยะเวลา 9 เดือน

2) ประชุมชี้แจงกลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่ 2-10 ปี จำนวน 20 คน ซึ่งอยู่ในโครงการวิจัย เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

3) ประชุมชี้แจงกลุ่มพยาบาลฝึกหัด ที่มาฝึกปฏิบัติในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีและได้รับการสอนจากพยาบาลพี่เลี้ยง ในปีการงบประมาณ 2569 จำนวน 18 คน และอยู่ในโครงการวิจัย เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการและประเมินผล

ผู้ศึกษาใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย โดยอาศัยวิธีการและขั้นตอนตามแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมโมเดล ADDIE[11] โดยการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ (analysis) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและจัดสนทนากลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 5–6 คน ใช้เวลาประมาณ 45 นาที สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเข้ากลุ่ม 3 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์รายบุคคลด้วยแนวคำถามเดียวกัน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่ปัญหา อุปสรรค และความต้องการฝึกอบรม[11,19]

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ (design) ผู้วิจัยและทีมพัฒนานำผลการวิเคราะห์ความต้องการและหลักฐานจากวรรณกรรมมากำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีฝึกอบรม ระยะเวลา สื่อ คู่มือ และแนวทางประเมินผล ให้เชื่อมโยงกับสมรรถนะทั้ง 4 ด้าน[11,19]

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนา (development) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำการสร้างต้นแบบโปรแกรม แผนการสอน และคู่มือ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน และความเหมาะสมของ

รูปแบบ จากนั้นปรับแก้ และตรวจสอบความเป็นไปได้ก่อนใช้จริง[11]

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปใช้ (implementation) ก่อนการนำโปรแกรมฝึกอบรมไปใช้ ผู้วิจัยให้พยาบาลพี่เลี้ยงประเมินสมรรถนะด้วยตนเอง พร้อมกับให้พยาบาลฝึกหัดประเมินพยาบาลพี่เลี้ยงด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน การอบรมในโปรแกรมมี 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการฝึกอบรม

ผู้ศึกษาให้พยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีผู้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรม ทำการประเมินสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงด้วยตัวเองก่อน และในขณะเดียวกันก็ให้พยาบาลฝึกหัดภายใต้การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมดังกล่าวทำการประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนการฝึกอบรมด้วยเช่นกัน ทั้งนี้โดยใช้เครื่องมือเดียวกันคือแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงของ อรชร ภาศาศวัต[9]

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการฝึกอบรม โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะได้แก่

1) เป็นการอบรมในห้องเรียน 8 ชั่วโมง โดยใช้การบรรยายเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บทบาทสมมติ และกรณีศึกษา

2) เป็นการฝึกปฏิบัติจริงในห้องผ่าตัดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมฝึกอบรมปฏิบัติหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงในห้องผ่าตัด ร่วมกับการใช้คู่มือพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี ในระหว่างการฝึกมีการใช้เทคนิคต่าง ๆ ได้แก่ grow model การสอนแบบพี่เลี้ยงหนึ่งนาที การสะท้อนคิด การนิเทศ และข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล[14]

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (evaluation) โปรแกรมฝึกอบรม เป็นการติดตามผล ทักษะความรู้ ความสามารถของผู้เข้าอบรมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี เพื่อวัดผลของโปรแกรมการฝึกอบรม วิธีการประเมินผล โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงของอรชร ภาศาศวัต[9] หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกอบรมจากการประเมินของพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีและพยาบาลฝึกหัดแล้วทำการสรุปผล และรายงานผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลคะแนนการประเมินสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมทั้งโดยการประเมินตนเองของพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี และจากการประเมินของพยาบาลฝึกหัด

1.3 คะแนนความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม การประเมินผลความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และการประเมินผลการวิเคราะห์สถานการณ์แบบกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

2.ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม รวมทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลในพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีรายที่ไม่สามารถเข้าร่วมสนทนากลุ่มได้ ผู้ศึกษานำมาทำการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพิงค์ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกกลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยง และเข้าร่วมโดยสมัครใจ ทุกรายได้รับการแจ้งให้ทราบว่าสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่

มี ผลกระทบต่อการปฏิบัติงานข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ–นามสกุล และการนำเสนอผลการวิจัยจะทำในภาพรวมเชิงสถิติเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

พยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาลผู้เข้าร่วมโปรแกรม (n = 20) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.00) และมีอายุอยู่ในช่วง 30–39 ปี (ร้อยละ 80.00, $\bar{}$= 37.15, SD = 3.95) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน มากกว่าครึ่งดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 55.00) มีประสบการณ์การทำงานด้านวิสัญญีมากกว่า 8 ปี และประสบการณ์เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง 8–10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.00 เท่ากัน) และทุกคนไม่เคยผ่านการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างเป็นระบบมาก่อน

สำหรับพยาบาลฝึกหัด (n = 18) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.44) และมีอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 88.89, $\bar{}$ = 28.56, SD = 2.38) พยาบาลฝึกหัดทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 88.89 ลักษณะการทำงานทุกคนเป็นพยาบาลปฏิบัติการ ครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาล

ผลการพัฒนาโปรแกรมตามกระบวนการ ADDIE model ได้โปรแกรมชื่อ “โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีมืออาชีพ: สอนด้วยหัวใจ พัฒนาอย่างมีพลัง” (Professional Preceptor Nurse Training Program: Teaching with Heart, Empowering Growth) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของโปรแกรม 2) กลุ่มเป้าหมาย 3) เนื้อหาการฝึกอบรม บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยง สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงทั้ง 4 ด้าน และแนวทางพัฒนาสมรรถนะ 4) รูปแบบโครงสร้างการฝึกอบรม แบ่งเป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 การฝึกอบรมในห้องเรียน 8 ชั่วโมง ใช้วิธีบรรยายเชิงปฏิบัติการ (interactive lecture) กิจกรรม role play การวิเคราะห์กรณีศึกษา และสถานการณ์จำลอง และระยะที่ 2 การฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดจริง 4 สัปดาห์ โดยใช้คู่มือพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาลเป็นแนวทางร่วมกับการนิเทศติดตามรายบุคคลจากผู้ผู้ศึกษาและทีมพัฒนา กำหนดให้พยาบาลพี่เลี้ยงใช้ GROW model ในการสอนและนิเทศ ใช้ one-minute preceptor (OMP) ในการ preconference ตอนเช้า และใช้เทคนิค sandwich feedback และ SBI feedback ในการให้ข้อมูลย้อนกลับ 5) การกำหนดตัวผู้สอนหรือวิทยากร และ 6) วิธีการประเมินผลและเกณฑ์การประเมินระหว่างการฝึกอบรม แบ่งเป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง การประเมินผลการวิเคราะห์กรณีศึกษารายกลุ่ม และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมและประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมต่อสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีพยาบาล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจากการประเมินตนเองและจากการประเมินโดยพยาบาลฝึกหัด พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลพี่เลี้ยงประเมินสมรรถนะของตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z = -2.20, p = .028) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีเพียงสมรรถนะด้านการสอนเท่านั้นที่เพิ่มขึ้น (z = -2.21, p = .027) ส่วนด้านการให้การปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการเป็นตัวแบบ มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างดังตาราง1-1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการประเมินสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงจากการประเมินตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 20)

สมรรถนะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		z	p-value
	—	SD	—	SD		
1. ด้านการให้การปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจ	3.92	0.16	3.95	0.14	-1.63	0.102
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี	3.80	0.58	3.92	0.30	-1.29	0.197
3. ด้านการเป็นตัวแบบ	3.83	0.59	3.98	0.11	-1.34	0.180
4. ด้านการสอน	3.67	0.61	3.95	0.12	-2.21	0.027*
สมรรถนะโดยรวม	3.80	0.28	3.95	0.12	-2.20	0.028*

หมายเหตุ. *p < .05

หลังการฝึกอบรมคะแนนการประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงโดยพยาบาลฝึกหัดทั้งโดยรวมและรายด้านไม่มีความแตกต่างกัน (z=-0.37- -1.36, p = 0.225 - .884) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างมุมมองการประเมินตนเองของพยาบาลพี่เลี้ยงกับมุมมองของพยาบาลฝึกหัดผู้สังเกตพฤติกรรมโดยตรง ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการประเมินสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงจากการประเมินโดยพยาบาลฝึกหัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 18)

สมรรถนะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		z	p-value
	—	SD	—	SD		
1. ด้านการให้การปรึกษาและเสริมสร้างพลังอำนาจ	3.18	0.95	2.97	0.73	-0.37	0.381
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	3.72	0.75	3.72	0.65	-0.62	0.884
3. ด้านการเป็นตัวแบบ	3.14	1.25	2.86	1.22	-0.59	0.417
4. ด้านการสอน	3.09	1.21	2.76	1.21	-1.36	0.225
สมรรถนะโดยรวม	3.28	0.93	3.08	0.86	-0.83	0.381

สรุปผลการประเมินระหว่างการดำเนินการฝึกอบรม พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม (Z=-3.05, p=.002) ส่วนคะแนนการประเมินผลการวิเคราะห์กรณีศึกษารายกลุ่มอยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยทุกกลุ่มได้คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 95-96.67 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ (= 4.71, SD= 0.49)

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทการสอนทางคลินิกในห้องผ่าตัด สอดคล้องกับกระบวนการวิเคราะห์ตาม ADDIE model เชื่อมโยงผลการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการการฝึกอบรมของพยาบาลพี่เลี้ยง คุณลักษณะพยาบาลพี่เลี้ยง และข้อจำกัดของหน่วยงาน ไปสู่การกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา รูปแบบและโครงสร้างการฝึกอบรม และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการออกแบบการสอนของ

Branch[11] และหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์เดิม ปัญหาที่พบจริง และการนำความรู้ไปใช้ได้ ทันที[12] เนื้อหาครอบคลุมสมรรถนะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติการพยาบาล การเป็นตัวแบบ และการสอน[9] จึงตอบทั้งบทบาทด้านสัมพันธภาพ ความปลอดภัย จริยธรรมวิชาชีพ และการเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติ ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญของพยาบาลพี่เลี้ยงในคลินิก[20]

เนื้อหาการฝึกอบรม ประกอบด้วยบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยง สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงทั้ง 4 ด้าน[9] และแนวทางพัฒนาสมรรถนะโดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมให้พยาบาลฝึกหัดคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง การปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีอย่างถูกต้องและปลอดภัย การเป็นแบบอย่างด้านจริยธรรมและพฤติกรรมวิชาชีพ ตลอดจนการสอนที่เชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติจริง พบว่าพยาบาลพี่เลี้ยงมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีกับการปฏิบัติ สอนทักษะทางคลินิก ประเมินสมรรถนะ และส่งเสริมการแก้ปัญหาของผู้เรียน[20] ขณะที่ OMP เป็นวิธีสอนทางคลินิกที่ช่วยจัดโครงสร้างการสนทนาระหว่างพี่เลี้ยงกับผู้เรียนผ่านการให้ผู้เรียนตัดสินใจ อธิบายเหตุผล การสอนหลักการทั่วไป การเสริมแรงพฤติกรรมที่ถูกต้อง และการแก้ไขข้อผิดพลาด[14] ดังนั้น เนื้อหาของโปรแกรมจึงไม่ได้มุ่งเพิ่มเฉพาะความรู้ แต่ช่วยเปลี่ยนความรู้ให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่สังเกตได้ในบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง

รูปแบบและโครงสร้างการฝึกอบรมแบ่งเป็น 2 ระยะช่วยให้พยาบาลพี่เลี้ยงผู้เข้าอบรมเปลี่ยนจากการเข้าใจแนวคิดไปสู่การทดลองใช้ในงานจริง ได้แก่ 1) ระยะฝึกอบรมในห้องเรียน โดยใช้การบรรยายเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บทบาทสมมติ สถานการณ์จำลอง และการวิเคราะห์กรณีศึกษา เพื่อฝึกการตัดสินใจและการให้ข้อมูลย้อนกลับ 2) ระยะฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัด 4 สัปดาห์ โดยใช้คู่มือ การนิเทศ และการให้คำปรึกษารายบุคคล กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb[13] และทำให้เครื่องมือสำคัญ เช่น GROW coaching model one-minute preceptor การสะท้อนคิดและการย้อนกลับโดยใช้ Sandwich หรือ SBI feedback ถูกนำไปใช้กับสถานการณ์จริง โดยเฉพาะ one-minute preceptor ที่ช่วยให้พยาบาลพี่เลี้ยงกระตุ้นให้ผู้เรียนตัดสินใจ อธิบายเหตุผล สรุปหลักการ เสริมแรงสิ่งที่ทำได้ดี และแก้ไขข้อผิดพลาดอย่างกระชับ[14] ผลการประเมินระหว่างดำเนินการที่พบว่าความรู้เพิ่มขึ้น ($Z=-3.05$, $p=.002$) การวิเคราะห์กรณีศึกษาอยู่ในระดับดีเยี่ยม โดยทุกกลุ่มได้คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 95-96.67 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ($\bar{X}= 4.71$, $SD= 0.49$) จึงสนับสนุนว่าเนื้อหาและวิธีฝึกอบรมเอื้อต่อการเรียนรู้ก่อนนำไปปฏิบัติจริง สอดคล้องกับหลักฐานว่าโปรแกรมเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีโครงสร้างและใช้กิจกรรมหลากหลายช่วยเพิ่มความรู้และสมรรถนะการสอนทางคลินิก[6,19-22]

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลพี่เลี้ยงประเมินสมรรถนะตนเองโดยรวมและด้านการสอนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมทำให้บทบาทการสอนที่เดิมอาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคลมีขั้นตอนและเครื่องมือที่ชัดเจนขึ้น จึงช่วยให้พยาบาลพี่เลี้ยงวางแผนการสอน ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นการคิด ให้ข้อมูลย้อนกลับ และสะท้อนคิดหลังปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการฝึกอบรมการสอนทางคลินิก และการเรียนรู้แบบผสมผสานช่วยเพิ่มสมรรถนะการสอนของพยาบาลพี่เลี้ยง[21,22] ส่วนด้านการให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปฏิบัติการพยาบาล และการเป็นตัวแบบไม่แตกต่างกัน อาจสัมพันธ์กับคะแนนก่อนอบรมที่อยู่ในระดับค่อนข้างสูงและประสบการณ์เดิมของกลุ่ม

พยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้ช่วงคะแนนที่สามารถเพิ่มขึ้นมีจำกัด หรืออาจเกิด ceiling effect โดยเฉพาะกลุ่มที่มีประสบการณ์วิสัญญีและการเป็นพี่เลี้ยงหลายปี[5,21]

การประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงโดยพยาบาลฝึกหัดไม่พบความแตกต่างของสมรรถนะทั้งโดยรวมและรายด้าน ผลการประเมินที่ต่างจากการประเมินตนเองของพยาบาลพี่เลี้ยงชี้ว่า การเรียนรู้และความมั่นใจของผู้เข้าอบรมอาจเกิดขึ้นก่อนที่พฤติกรรมใหม่จะแสดงอย่างสม่ำเสมอจนผู้เรียนสังเกตได้ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการประเมินของ Kirkpatrick ที่แยกผลระดับการเรียนรู้ออกจากผลระดับพฤติกรรม[23] อีกทั้งการถ่ายโอนการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะผู้เข้าอบรม การออกแบบการฝึกอบรม และสภาพแวดล้อมการทำงาน รวมถึงโอกาสฝึกซ้ำ การนิเทศ การสนับสนุนจากหัวหน้างาน และบรรยากาศการเรียนรู้[6,24] ในการศึกษานี้ระยะติดตาม 4 สัปดาห์อาจสั้นเกินไป และพยาบาลฝึกหัดขึ้นปฏิบัติงานกับพี่เลี้ยงหลายคน ทำให้มีโอกาสสังเกตพฤติกรรมของพี่เลี้ยงแต่ละคนไม่เท่ากัน ผลการศึกษาจึงสนับสนุนว่าโปรแกรมมีผลชัดเจนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะด้านการสอน แต่การยืนยันการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในงานจริงควรติดตามนานขึ้นและจัดให้ผู้ประเมินมีโอกาสสังเกตพฤติกรรมอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง 4 ด้าน ประกอบด้วยการฝึกอบรมในห้องเรียน 8 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลพี่เลี้ยงมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพยาบาลพี่เลี้ยงประเมินตนเอง พบว่าคะแนนสมรรถนะโดยรวมและด้านการสอนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผลการประเมินโดยพยาบาลฝึกหัดพบว่า สมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงทั้งโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีควรนำโปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมพยาบาลวิสัญญีที่จะทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง โดยปรับเนื้อหาด้านการให้การปรึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเป็นตัวแบบ และการสอน ให้เหมาะสม และกำหนดเป็นหลักสูตรประจำกลุ่มงาน

2. พยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี สามารถนำคู่มือพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี และเนื้อหาในโปรแกรมการฝึกอบรมไปทบทวนในการศึกษาด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะก่อนปฏิบัติหน้าที่จริง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลในหน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์ ไปประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรมเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะและคุณลักษณะที่จำเป็นในการเป็นพี่เลี้ยง รวมถึงมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของโปรแกรมฝึกอบรม เช่น การศึกษาเพื่อติดตามผลในระยะ 3, 6 และ 12 เดือน เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีได้ชัดเจนมากขึ้น

2. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญี

3. การศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงวิสัญญีในหน่วยงานอื่น หรือในสาขาการพยาบาลเฉพาะทางอื่นด้วยแนวคิดและกระบวนการ ADDIE model โดยปรับเนื้อหาและระยะเวลาในการอบรมให้มากขึ้น เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Office of the National Economic and Social Development Council. The thirteenth national economic and social development plan 2023-2027. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2022. (in Thai)
3. Ward AE, McComb SA. Formalising the precepting process: a concept analysis of preceptorship. J Clin Nurs. 2018;27(5-6):e873-81. doi:10.1111/jocn.14203.
4. Easton A, O'Donnell JM, Morrison S, Lutz C. Development of an online, evidence-based CRNA preceptor training tutorial (CPiTT): a quality improvement project. AANA J. 2017;85(5):331-9.
5. Scott-Herring M, Singh S. Development, implementation, and evaluation of a Certified Registered Nurse Anesthetist preceptorship-mentorship program. J Contin Educ Nurs. 2017;48(10):464-73. doi:10.3928/00220124-20170918-08.
6. Griffiths M, Creedy DK, Carter AG, Donnellan-Fernandez R. Systematic review of interventions to enhance preceptors' role in undergraduate health student clinical learning. Nurse Educ Pract. 2022;62:103349. doi:10.1016/j.nepr.2022.103349.
7. Bartlett AD, Um IS, Luca EJ, Krass I, Schneider CR. Measuring and assessing the competencies of preceptors in health professions: a systematic scoping review. BMC Med Educ. 2020;20:165. doi:10.1186/s12909-020-02082-9.
8. Ryan CL, Cant R, Hughes L, Ahchay D, Strickland K. Core competencies for registered nurse preceptors: a mapping review of quantitative studies. Nurs Open. 2024;11(2):e2076. doi:10.1002/nop2.2076.
9. Phasasawat O. Development of the preceptor competency assessment form in tertiary hospitals [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai)
10. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลนครพิงค์. คู่มือการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาลหลักสูตร 1 ปี ประจำปีการศึกษา 2568. เชียงใหม่: โรงพยาบาลนครพิงค์; 2568.
11. Branch RM. Instructional design: the ADDIE approach. New York: Springer; 2009. doi:10.1007/978-0-387-09506-6.
12. Knowles MS, Holton EF 3rd, Swanson RA. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 8th ed. New York: Routledge; 2015.
13. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.
14. Gatewood E, De Gagne JC. The one-minute preceptor model: a systematic review. J Am Assoc Nurse Pract. 2019;31(1):46-57. doi:10.1097/JXX.0000000000000099.
15. Wang Y, Zhang Y, Liu C, Wang P, Luo J. Effect of the tutorial training programme based on the ADDIE model on research capacity of clinical nurses: a quasi-experimental study. Nurse Educ Today. 2023;120:105622. doi:10.1016/j.nedt.2022.105622.
16. ปรียะดา ภัทรสัจจธรรม. การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในยุคปกติใหม่โดยประยุกต์ใช้ ADDIE model. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(3):1-14.

17. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984.
18. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
19. Lee YW, Lin HL, Tseng HL, Tsai YM, Lee-Hsieh J. Using training needs assessment to develop a nurse preceptor-centered training program. J Contin Educ Nurs. 2017;48(5):220-9. doi:10.3928/00220124-20170418-07.
20. Wu XV, Chan YS, Tan KHS, Wang W. A systematic review of online learning programs for nurse preceptors. Nurse Educ Today. 2018;60:11-22. doi:10.1016/j.nedt.2017.09.010.
21. Good B. Improving nurse preceptor competence with clinical teaching on a dedicated education unit. J Contin Educ Nurs. 2021;52(5):226-31. doi:10.3928/00220124-20210414-06.
22. Wu XV, Chi Y, Selvam UP, Devi MK, Wang W, Chan YS, et al. A clinical teaching blended learning program to enhance registered nurse preceptors' teaching competencies: pretest and posttest study. J Med Internet Res. 2020;22(4):e18604. doi:10.2196/18604.
23. Kirkpatrick DL. Evaluating training programs: the four levels. San Francisco: Berrett-Koehler; 1994.24. Baldwin TT, Ford JK. Transfer of training: a review and directions for future research. Pers Psychol. 1988;41(1):63-105. doi:10.1111/j.1744-6570.1988.tb00632.x.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบและติดเชื้อในช่องคอส่วนลึกร่วมกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา

Nursing care for a patient with Ludwig's angina complicated by upper airway obstruction and type 2 diabetes mellitus: Case study.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

มานิดา ตันติเดชามงคล[1]
Manida Tantidechamongkol[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบและติดเชื้อในช่องคอส่วนลึกร่วมกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาด้วยอาการไข้ ปวดบวมใต้คางและใต้ขากรรไกรล่างด้านซ้ายร่วมกับกลืนลำบาก ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน ตรวจร่างกายพบ ฟันกรามล่างด้านซ้ายซี่ที่ 2 และ 3 ผุลึกถึงโพรงประสาทฟัน คอบวม และเนื้อเยื่อพื้นปากด้านล่างบวมแดงเล็กน้อย แพทย์วินิจฉัยโรคว่า มีภาวะอักเสบและติดเชื้อของเนื้อเยื่อใต้ลิ้น ขากรรไกรและคางในระยะเริ่มต้น ให้การรักษาเบื้องต้นด้วยยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ยาบรรเทาปวดและยาลดไข้ ต่อมาผู้ป่วยมีการติดเชื้อลุกลาม คอบวมมากขึ้น หายใจเหนื่อย แพทย์จึงทำผ่าตัดระบายหนองร่วมกับใส่ท่อหลอดลมคอ และให้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษา ในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ ได้แก่ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ติดเชื้อเฉียบพลันบริเวณใต้คางและพื้นปาก มีไข้สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ปวดเฉียบพลัน แคลเซียมในเลือดต่ำ ซีด การพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังความรุนแรงภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ การดูแลให้ออกซิเจน พร้อมจัดเตรียมอุปกรณ์และยาช่วยชีวิตเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉิน การเตรียมผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดเร่งด่วน การบริหารยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาแก้ปวด และอินซูลินตามแผนการรักษา ตลอดจนการทดแทนแคลเซียมและแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กและแคลเซียมสูง รวมถึงการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล หลังได้รับการดูแลรักษา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถถอดท่อเจาะคอได้อย่างปลอดภัย และจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 15 วัน

คำสำคัญ : การอักเสบและติดเชื้อในช่องคอส่วนลึก, การอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study is a case study aiming to study the nursing care of a patient with Ludwig's angina complicated by upper airway obstruction and type 2 diabetes mellitus. It was conducted on a 66-year-old Thai female who presented with a 2-day history of fever, left submandibular and submental swelling, and dysphagia. Physical examination revealed deep caries in the left lower second and third molars, neck swelling, and mild redness and swelling of the floor of the mouth. The physician diagnosed her with early-stage Ludwig's angina and initiated treatment with intravenous antibiotics, analgesics, and antipyretics. Subsequently, the infection progressed, leading to increased neck swelling and dyspnea. The physician performed an emergent surgical drainage and a tracheostomy, continuing intravenous antibiotics.

Results: During hospitalization, the patient's major problems included upper airway obstruction, acute submental and floor-of-mouth infection, high fever, hyperglycemia, acute pain, hypocalcemia and anemia. Key nursing care involved monitoring for signs of severe airway obstruction, administering oxygen, preparing emergency equipment and resuscitation drugs, preparing the patient for urgent surgery, administering prescribed medications (antibiotics, antipyretics, analgesics, and insulin), managing calcium replacement, recommending foods high in iron and calcium, and providing anxiety-reduction nursing interventions.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

Following treatment, the patient's condition progressively improved; she was safely decannulated from the tracheostomy and discharged home after a 15-day hospital stay.

Keywords: Deep neck infection, Upper airway obstruction, Type 2 diabetes mellitus

บทนำ

การอักเสบและติดเชื้อของเนื้อเยื่อใต้ลิ้นขากรรไกรและคาง (Ludwig's angina) เป็นภาวะหนึ่งของการอักเสบและติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอ ส่วนลึก (Deep neck space infection: DNSI) เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมและหู คอ จมูก ที่มีความรุนแรงสูง เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวเป็นช่องปิดประกอบด้วย เนื้อเยื่อเกี่ยวพันหนาแน่น เมื่อเกิดการอักเสบ ทำให้เกิดอาการบวมแดงแข็งตึง (Woody cellulitis) มีก๊าซและสารพิษสะสมไปดันพื้นปากและลิ้นให้ยกสูงขึ้นชิดกับเพดานปาก ส่งผลให้ช่องคอและทางเดินหายใจส่วนบนแคบลงและ นำ ไปสู่การอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน ภาวะพร่องออกซิเจน และอาจเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและจัดการทางเดินหายใจอย่างทันท่วงที[1,2] อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Ludwig's angina พบได้ค่อนข้างน้อยในประชากรทั่วโลก เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ การเข้าถึงยาปฏิชีวนะและมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมักเกิดในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยในช่องปากหรือ มีโรคร่วมเรื้อรัง[1] สำหรับในประเทศไทย แม้จะไม่มีการบันทึกสถิติแยกเป็นโรคเฉพาะในระดับประเทศอย่างเป็นทางการ แต่มีรายงานข้อมูลจากหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลสังกัดคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยทั่วประเทศ ที่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะ Ludwig's angina ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการในระยะลุกลามรุนแรง ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตในอดีตสูงถึงร้อยละ 50–54 แต่ในปัจจุบันด้วยการดูแลรักษาที่รวดเร็วและการจัดการทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือประมาณร้อยละ 4–8 ซึ่งอัตราความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนยังคงสูงในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาล่าช้าหรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมด้วย[3] สาเหตุหลักของการเกิดภาวะนี้ มักเริ่มต้นจากการติดเชื้อทางทันตกรรม เช่น การติดเชื้อจากรากฟันกรามล่างซี่ที่ 2 หรือ 3 ที่ลุกลามทะลุเยื่อหุ้มกระดูกเข้าสู่ช่องว่างเนื้อเยื่อส่วนลึก โดยมีเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุร่วมกันหลายชนิด ทั้งกลุ่มที่ใช้ออกซิเจนและไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งการลุกลามนี้ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง ปวดบวมรุนแรง อ้าปากได้น้อย และกลืนลำบากแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตตามมาได้ เช่น ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน เนื้อเยื่อในทรวงอกอักเสบ (Mediastinitis) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) และการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis) ความรุนแรงของภาวะ Ludwig's angina จะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเรื้อรังร่วมด้วย โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อรุนแรงขึ้น เนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง จะส่งผลโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำลายเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาวลดลง การไหลเวียนโลหิตส่วนปลายบกพร่อง และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโตและแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะ Ludwig's angina จึงมักมีการติดเชื้อที่ลุกลามเป็นวงกว้าง เกิดเนื้อตายได้ง่าย ควบคุมการติดเชื้อได้ยาก และตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะช้ากว่าปกติ[4]

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนทั้งสาขาหลัก สาขารองและสาขาย่อยบาง

สาขา พบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2566-2568 ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการอักเสบและติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอส่วนลึกจำนวน 32, 36 และ 26 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอ ที่อยู่เหนือกระดูกไฮออยด์ (Suprahyoid spaces) บริเวณใต้ขากรรไกรล่าง ลิ้นและใต้คาง (Ludwig's angina) จำนวน 19, 20 และ 11 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ มีบางรายได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายหนองร่วมด้วยจำนวน 12, 14 และ 8 ราย ตามลำดับ และได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายหนองร่วมกับเจาะคอจำนวน 7, 6 และ 3 ราย ตามลำดับ[5] โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะรับไว้ดูแลใน หอผู้ป่วยหนัก แต่ถ้าอาการไม่รุนแรงแพทย์จะพิจารณารับไว้ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหรือหอผู้ป่วยพิเศษได้ สำหรับหอผู้ป่วยพิเศษกาญจนาภิเษกพบผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้น้อย โดยเฉลี่ยประมาณ 1-2 ราย ต่อปี[6] ส่งผลให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพิเศษ มีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะนี้ค่อนข้างน้อย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการสะสมประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง ยิ่งไปกว่านั้น หากผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยยิ่งเพิ่มความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้เลือกศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Ludwig's angina ร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เสริมสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติงานตั้งแต่การประเมินและเฝ้าระวังอาการเตือนของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนอย่างเฉียบพลัน การเตรียมความพร้อมอุปกรณ์และยาช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งาน การบริหารยาปฏิชีวนะและยาลดการอักเสบทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ตลอดจนการดูแลหลังผ่าตัดทั้งแผลผ่าตัดระบายหนอง การดูแลท่อเจาะคอ การเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และการแพร่กระจายของเชื้อลงสู่ทรวงอก (Mediastinitis) อันจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ได้มาตรฐาน และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบและติดเชื้อในช่องคอส่วนลึกร่วมกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคการอักเสบและติดเชื้อในช่องคอส่วนลึกและผู้ป่วยที่ติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอที่อยู่เหนือกระดูกไฮออยด์ (Suprahyoid spaces) บริเวณใต้ขากรรไกรล่าง ลิ้นและใต้คาง (Ludwig's angina) ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยมีการอักเสบและติดเชื้อ ใต้ขากรรไกรล่าง ลิ้นและใต้คาง (Ludwig's angina) ร่วมกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูง ในการดูแล ช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ ระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการ

พยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมของ Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยสามารถเข้าร่วมหรือสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น[7]

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 66 ปี นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง รับวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2568 การวินิจฉัยโรค Ludwig's angina with Type 2 diabetes mellitus จำหน่ายวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 15 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีไข้ ปวดบวมใต้คางและใต้ขากรรไกรล่างด้านซ้ายร่วมกับกลืนลำบาก ก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดฟันกรามล่างด้านซ้ายและเหงือกบวม จึงไปรับการรักษาที่คลินิกทันตกรรม แพทย์แจ้งว่ามีฟันกรามล่างด้านซ้ายผุ แต่ยังไม่สามารถถอนได้ เนื่องจากยังมีภาวะอักเสบ จึงได้รับยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดมารับประทานที่บ้าน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการบวมแดง และกดเจ็บใต้ขากรรไกรล่างด้านซ้ายลามมาถึงบริเวณใต้คาง อ้าปากได้น้อยลง กลืนน้ำลายและอาหารลำบาก มีไข้ต่ำ ๆ ญาติจึงพามาโรงพยาบาลและได้รับการตรวจกับโสต ศอ นาสิกแพทย์ ซึ่งได้ตรวจร่างกายพบ มีไข้ ฟันกรามล่างด้านซ้ายซี่ที่ 2,3 ผุลึกถึงโพรงประสาทฟัน เนื้อเยื่อพื้นปากด้านล่างบวมแดง คอบวมเล็กน้อย กลืนน้ำลายได้แต่รู้สึกเจ็บกดเจ็บบริเวณใต้ขากรรไกรล่าง (Submandibular) ด้านซ้ายและใต้คาง (Submental อ้าปากได้ประมาณ 3 เซนติเมตร ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผล CBC พบ WBC 10.34X10^9/L, Neutrophil 84.4%, Lymphocyte 6.6% ผล BS 283 mg/dL, HbA1c 12.5% ส่งเอกซเรย์ Lateral soft tissue neck พบ soft tissue swelling แพทย์วินิจฉัยโรคว่ามีภาวะ Early Ludwig's angina ให้การรักษาเบื้องต้นด้วยการให้สารน้ำ 5%D/N/2 1,000 mL IV rate 80 mL/hr, Augmentin 1.2 g IV q 8 hr, NPO ยกเว้นยา พร้อมทั้งปรึกษาอายุรแพทย์ให้การรักษา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอายุรแพทย์ให้ตรวจ DTX premeal & hs รวมทั้งฉีด regular Insulin (RI) ทาง SC ตาม sliding scale insulin โดยเริ่มให้ RI ที่ DTX 250 mg/dL และควบคุมให้อยู่ในช่วง 80-250 mg/dL และรับผู้ป่วยไว้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยอนุญาตให้ผู้ป่วยอยู่ห้องพิเศษได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มา 5 ปี ในระยะ 2 ปีหลัง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ล่าสุดเมื่อ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เท่ากับ 8.9%

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ปฏิเสธการแพ้ยา/ใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ลักษณะทั่วไป: รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย นอนราบได้ ไม่มีกระสับกระส่าย พูดเสียงชัดเจน หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพ PR 88 beats/min, RR 20 breaths/min, BP 130/90 mmHg, BT 38.3°C, O_2 sat 98%

ศีรษะ: รูปทรงปกติ ไม่มีบาดแผลภายนอก สังเกตใบหน้าส่วนล่าง เริ่มบวมและเสียสมมาตร

ตา หู จมูก: รูม่านตาปฏิกิริยาต่อแสงปกติ pupils 2-3 mm RTL BE เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย ไม่เหลือง หูไม่มีสิ่งคัดหลั่ง ไม่มีอาการปวดร้าวจากขากรรไกรมาที่หู เนื้อเยื่อจมูกปกติ ไม่มีสิ่งอุดกั้น

คอและช่องปาก: คอบวมเล็กน้อย บริเวณใต้คางและใต้ขากรรไกรเนื้อเยื่อเริ่มตึง อ้าปากได้ลดลงเล็กน้อย พื้นช่องปากบวมแดง ลิ้นอยู่ในตำแหน่งปกติ กลืนน้ำลายได้แต่เจ็บ ฟันกรามด้านล่างซ้ายซี่ที่ 2, 3 ผุกร่อนลึก

ระบบทางเดินหายใจ: ทรวงอกสมมาตร หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เสียงปอดปกติ ไม่พบเสียง stridor

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจจังหวะไม่สม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur และ S3 Gallop ชีพจรส่วนปลายแรงเท่ากันทั้งสองข้าง การไหลเวียนส่วนปลายปกติ Capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: ท้อง ไม่บวม ไม่มีก้อน กดไม่เจ็บ คลำไม่พบตับและม้ามโต เสียงการเคลื่อไหวลำไส้ปกติ

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ GCS = 15 (E4V5M6) ไม่มีอาการชาบริเวณใต้คาง ลิ้นไม่เอียง เคลื่อนไหวได้ปกติ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: แขนขาทั้งสองข้างเคลื่อนไหวปกติ กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 5 ปลายมือ ปลายเท้าไม่บวม

ผิวหนังและเล็บ: ผิวกายร้อน มีความยืดหยุ่นดี ไม่มีผื่นบาดแผล หรือจุดเลือดออก เยื่อบุใต้เล็บซีดเล็กน้อย ไม่เขียวคล้ำ

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยมีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นเฉียบพลัน เนื่องจากการลุกลามของเนื้อเยื่อบริเวณใต้คางและพื้นปากที่มีการอักเสบและติดเชื้อ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยบอกว่า หายใจเหนื่อย 2. ผู้ป่วยมีอาการคอบวม เจ็บคอมากขึ้น กลืนน้ำลายไม่ได้ ลิ้นถูกเบียดและดันยกขึ้นไปเกือบถึงเพดานปาก 3. SpO_2 ลดลงจากเดิม 98 -99 % เหลือ 96% 4. สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เช่น BP สูงขึ้น 148/90 mmHg, PR เร็ว100 beats/min, RR 22 breaths/min, 5. แพทย์วินิจฉัยมีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น (Upper airway obstruction) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นอย่างสมบูรณ์ 2. เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	1. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพและลักษณะการหายใจ ทุก 15-30 นาที เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและรูปแบบการหายใจที่ผิดปกติ 2. ติดตามค่า SpO_2 อย่างต่อเนื่อง สังเกตอาการกระสับกระส่าย ซึมลง หรือปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เพื่อเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน 3. ประเมินเสียงหายใจผิดปกติ เช่น Stridor, Wheezing, Snoring อาการกลืนลำบาก (Dysphagia) น้ำลายไหล (Drooling) หรือพูดเสียงอู้อี้เหมือนมีของร้อนในปาก (Hot potato voice) เพื่อเฝ้าระวังการอุดกั้นทางเดินหายใจที่รุนแรงขึ้น 4. ประเมินความตึงแน่นของผิวหนังและขอบเขตของการบวมบริเวณใต้คาง พื้นปาก และลำคออย่างต่อเนื่อง เพื่อดูการลุกลามของเนื้อเยื่อที่อักเสบและติดเชื้อ 5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อลดอาการบวมบริเวณใบหน้าและคอ รวมทั้งช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น 6. ดูแลให้ O_2 cannula 3 L/min ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มออกซิเจนในกระแสเลือด และช่วยให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 7. ดูดเสมหะและน้ำลายในปากอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการใส่สายดูดเสมหะลึกไปถึงหลังคอ (Pharynx) เพื่อป้องกันการสำลักและลดการกระตุ้นให้เกิดการหดเกร็งของทางเดินหายใจ (Laryngospasm) หรือกระตุ้นการบวมของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น 8. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจฉุกเฉิน เช่น ชุด Ambu bag เครื่องดูดเสมหะ (Suction) และรถฉุกเฉินไว้ข้างเตียงให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา เพื่อการช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตได้อย่างทันท่วงที 9. ดูแลให้ Augmentin 1.2 g IV q 8 hr ตามแผนการรักษา เพื่อทำลายเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการอักเสบติดเชื้อในเนื้อเยื่อใต้คางและพื้นปากโดยตรง รวมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการแพ้ยารุนแรง(Anaphylaxis) คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย หลอดเลือดดำอักเสบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	10. งดน้ำและอาหารทางปากทันที เพื่อป้องกันการสำลักน้ำหรือยา เข้าสู่ทางเดินหายใจ และเตรียมความพร้อมหากต้องทำหัตถการฉุกเฉิน 11. เตรียมและส่งผู้ป่วยไปทำผ่าตัดระบายหนองและเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคออย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยลดความดันภายในเนื้อเยื่อและลดการลุกลามของเชื้อโรค รวมทั้งเปิดทางเดินหายใจใหม่ที่ต่ำกว่าระดับที่มีการอุดกั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเข้าสู่ปอดโดยตรง โดยไม่ต้องผ่านทางเดินหายใจส่วนบน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่เกิดทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นอย่างสมบูรณ์ รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย RR คงที่ 22 breaths/min, PR 98 beats/min, BP 132/90 mmHg, SpO_2 97% ไม่พบเสียงหายใจผิดปกติ เช่น Stridor, Snoring, Wheezing ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อไหปลาร้าหรือคอช่วยหายใจ ได้รับการส่งผ่าตัดระบายหนองและเจาะคออย่างปลอดภัย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องอกและระบบไหลเวียนโลหิต (เนื้อเยื่อทรวงอกอักเสบ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และติดเชื้อในกระแสเลือด) เนื่องจากการลุกลามของเนื้อเยื่ออักเสบติดเชื้อเฉียบพลันบริเวณใต้คางและพื้นปาก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีการอักเสบติดเชื้อเฉียบพลันบริเวณเนื้อเยื่อส่วนลึกของลำคอ ใต้คาง และพื้นปาก (Ludwig's angina) 2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ WBC 10.34 x10^9/L, Neutrophil 84.4% 3. มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดสูง BS 283 mg/dL HbA1c 12.5% ซึ่งทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลงและเอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เนื้อเยื่อช่องอกอักเสบ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ประเมินและทำเครื่องหมายขอบเขตการบวมแดงบริเวณลำคอและหน้าอกตอนบนทุก 2–4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและสังเกตการลุกลาม หากพบว่ารอยบวมแดงขยายตัวลงล่างมาที่กระดูกไหปลาร้าหรือหน้าอก ให้รายงานแพทย์ทันที 2. วัดสัญญาณชีพทุก 1–2 ชั่วโมง สังเกต PR เร็ว > 100 beats/min, RR เร็ว > 20 breaths/min ร่วมกับ BP เริ่มลดลง เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนระยะแรกของการติดเชื้อในกระแสเลือด 3. ประเมิน SIRS criteria เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนระยะแรกของการติดเชื้อในกระแสเลือด และรายงานแพทย์ทันที หากประเมินแล้วพบว่า ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ SIRS ≥ 2 ข้อ ร่วมกับ SBP < 90 mmHg หรือค่า MAP < 65 mmHg 4. สอบถามอาการเจ็บหน้าอกเป็นระยะ ๆ สังเกตอาการเจ็บหน้าอกเมื่อหายใจเข้าลึก ๆ หรือนอนหงาย รวมทั้งติดตามผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ 5. ตรวจคลำผิวหนังบริเวณคอและหน้าอกตอนบน เพื่อประเมินภาวะมีลมใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) 6. ฟังเสียงหัวใจและเสียงปอด เพื่อเฝ้าระวังภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบหรือมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial effusion) โดยจะได้ยินเสียงทึบ (Distant/Muffled heart sounds) หรือเสียง friction rub รวมถึงฟังเสียงปอดได้ยินเสียงลดลง (Decreased breath sounds) 7. ดูแลให้ยา Augmentin 1.2 g IV q 8 hr ตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมและกำจัดเชื้อ ไม่ให้ลุกลามลงสู่ช่องว่างหลังหลอดอาหาร ซึ่งเชื่อมต่อไปยังช่องอก 8. ติดตามผล CBC เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของระดับ WBC count และ Neutrophil รวมถึง Platelet count และเฝ้าระวังการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้น 9. ดูแลให้ RI ตาม sliding scale insulin เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายการรักษาคือ DTX 80–250 mg/dL และเพื่อช่วยส่งเสริมการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการจำกัดเชื้อโรค

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเนื้อเยื่อช่องอก อักเสบ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ปลายมือปลายเท้าอุ่น, capillary refill time < 2 วินาที ปริมาณปัสสาวะออก ≥ 0.5 mL/kg/hr ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่พบเสียงกรอบแกรบ (Crepitus) บริเวณหน้าอกและคอ เสียงหัวใจและเสียงปอดปกติ PR 98 beats/min, RR คงที่ 22 breaths/min, BP 132/90 mmHg, SpO_2 97%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง เนื่องจากการอักเสบและ ติดเชื้อเฉียบพลันบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกใต้คางและพื้นปาก **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ตรวจร่ากายพบพื้นล่างของช่องปากบวมแดง ลิ้นเริ่มถูกยกตัวขึ้นเล็กน้อย เจ็บคอขณะกลืนน้ำลาย 2. แรกรับมีไข้ BT = 38.3°C 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ WBC สูง 10.34 x10^9/L, Neutrophil สูง 84.4%, Lymphocyte ต่ำ 6.6% 4. ผลเอกซเรย์ lateral soft tissue neck พบ soft tissue swelling 5. ผล tissue G/S พบ gram positive cocci in pair & cluster moderate, leukocyte moderate **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 2–4 ชั่วโมง เพื่อ เฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะไข้ และประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา 2. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่น เพื่อช่วยให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว ทำให้ความร้อนระเหยออกจากร่างกายได้ดี 3. สังเกตอาการปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ซึม ผิวหนังแดงและร้อน อาการหนาวสั่น เพื่อเฝ้าระวังภาสะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจากภาวะไข้สูง 4. ดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่โปร่งสบาย ไม่ห่มผ้าหนาเกินไป เพื่อช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ดีขึ้น 5. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol (500 mg) 2 tab PO prn q 4-6 hr ตามแผนการรักษา และประเมินผลหลังให้ยา 30–60 นาที 6. ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 mL IV rate 80 mL/hr ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยป้องกันการขาดน้ำ และช่วยขับความร้อนออกทางปัสสาวะ 7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 g IV q 8 hr ตามแผนการรักษา เพื่อกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลัก 8. ติดตามผล CBC เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของระดับ WBC count และ neutrophil, lymphocyte เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยยังมีอุณหภูมิร่างกายสูงบางช่วง BT อยู่ในช่วง 37.3 - 39°C
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากภาวะดื้ออินซูลินรุนแรงเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 5 ปี 2. BS 283 mg/dL ผล HbA1c 12.5% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายการรักษาของแพทย์ 2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (DKA) หรือภาวะน้ำตาลสูงรุนแรงและความเข้มข้นเลือดสูง (HHS)	1. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) premeal & hs เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด 2. ประเมินอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย ผิวหนังแห้ง เพื่อช่วยให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบจากภาวะน้ำตาลสูงที่มีต่อเซลล์และระบบไหลเวียนเลือด 3. ติดตามและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย และเฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ 4. ดูแลฉีด RI ตาม sliding scale insulin เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายการรักษาคือ DTX 80–250 mg/dL 5. สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องอย่างรุนแรง หายใจหอบลึกและเร็ว ลมหายใจมีกลิ่นหวานคล้ายผลไม้ เพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน 6. สังเกตอาการขาดน้ำ ซึมลง สับสน มึนงง ชักเกร็ง หรือหมดสติ เพื่อ เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงและความเข้มข้นเลือดสูง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเป้าหมายที่แพทย์กำหนดบางช่วง DTX อยู่ในช่วง 196-286 mg/dL
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีอาการปวดขากรรไกรล่างด้านซ้ายเฉียบพลัน เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณใต้คางและพื้นปากอักเสบติดเชื้อ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวดขณะกลืนน้ำลาย 2. ตรวจร่ากายพบพื้นล่างของช่องปากบวมแดง และกดเจ็บบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้าย 3. Pain score เท่ากับ 5/10 คะแนน 4. ผลเอกซเรย์ lateral soft tissue neck พบ soft tissue swelling 5. ผล tissue G/S พบ gram positive cocci in pair & cluster moderate, leukocyte moderate **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาความปวดให้อยู่ในระดับที่ผู้ป่วยทนได้และสุขสบายขึ้น	1. ประเมินระดับความปวด (Pain score) โดยใช้ Numeric Rating Scale พร้อมทั้งประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่งทุก 2–4 ชั่วโมงระเมินซ้ำหลังให้ยาแก้ปวด 30–60 นาที 2. จัดท่าผู้ป่วยให้ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดำและน้ำเหลืองบริเวณใบหน้าและคอไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น ช่วยลดอาการบวมตึงของเนื้อเยื่อ 3. ประคบเย็นบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายและใต้คาง เพื่อให้หลอดเลือดหดตัว ลดการซึมของสารน้ำออกนอกหลอดเลือด ทำให้อาการบวมและอักเสบลดลง 4. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ (Deep breathing exercise) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด 5. แนะนำผู้ป่วยงดการเคี้ยว การกลืน หรือการขยับขากรรไกรล่างโดยไม่จำเป็น และระมัดระวังการสัมผัสหรือกระทบกระเทือนบริเวณใบหน้าและลำคอส่วนล่างซ้ายในระหว่างการทำหัตถการหรือกิจกรรมการพยาบาล 6. ดูแลให้ Paracetamol (500 mg) 2 tab PO prn q 4-6 hr ตามแผนการรักษา 7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ แสงไฟไม่จ้าเกินไป เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายลดลง pain score อยู่ที่ 3-4/10 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงเฉียบพลันและต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยหรือญาติพูดว่า "กลัวการผ่าตัดมากจะอันตรายถึงชีวิตไหม" "ตกใจมาก ไม่คิดว่าจะต้องผ่าตัดด่วนขนาดนี้" 2. ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้ามีความวิตกกังวลเมื่อแพทย์แจ้งว่ามีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน จนต้องเตรียมผ่าตัดด่วน 3. แพทย์ set OR emergency for drainage Ludwig's angina with tracheostomy under GA **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยและญาติให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการเตรียมตัวผ่าตัดฉุกเฉิน สามารถเผชิญกับสถานการณ์การผ่าตัดฉุกเฉินได้อย่างมั่นใจขึ้น	1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อการรับรู้และให้ข้อมูลได้อย่างตรงจุด รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลรักษา 2. ประสานแพทย์ให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา ความจำเป็นและความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในการทำผ่าตัด Tracheostomy with incision and drainage ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างครบถ้วนก่อนลงนามยินยอมรับการผ่าตัด 3. อธิบายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น การมีท่อช่วยหายใจที่คอและสายระบายหนอง รวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดอย่างชัดเจน และด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 4. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดฉุกเฉิน ได้แก่ งดน้ำและอาหารทางปากทันที ถอดฟันปลอม สิ่งของมีค่าทุกชนิด ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด 5. รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เช่น ใบยินยอมรับการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) และผลทางรังสีวิทยา ให้ครบถ้วน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแววตาผ่อนคลาย พร้อมทั้งให้ความร่วมมือดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ยินยอมรับการดูแลรักษา ตลอดจนการเตรียมตัวผ่าตัดฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อหลอดลมคอ (ภาวะลมรั่วใต้ผิวหนัง และก้อนเลือดคั่งบริเวณแผล) เนื่องจากการฉีกขาดหรือบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและหลอดเลือดรอบหลอดลมจากการทำผ่าตัด **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใส่ท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy) ร่วมกับการผ่าตัดเปิดแผลระบายหนอง (I&D) บริเวณใต้คางและขากรรไกรล่าง (Submental and Submaxillary space) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเจาะคอ ได้แก่ ลมรั่วใต้ผิวหนัง และก้อนเลือดคั่งบริเวณแผล	1. ประเมินเสียงหายใจ (Breath sounds) และลักษณะการหายใจทุก 1 -2 ชั่วโมง 2. ดูดเสมหะออกจากท่อหลอดลมคอเมื่อมีข้อบ่งชี้ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ (Sterile technique) อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันเสมหะอุดตันในท่อหลอดลมคอและติดเชื้อทางเดินหายใจและป้องกันการเกิดแรงดันสะสมในหลอดลมที่อาจทำให้ลมรั่วออกสู่เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังได้ 3. ประเมินและคลำผิวหนังบริเวณรอบคอ หน้าอก และไหปลาร้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจหาอาการบวมตึงหรืออาการเสียงกรอบแกรบใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) รายงานแพทย์ทันทีหากตรวจพบภาวะดังกล่าว เพื่อแก้ไขอย่างทันท่วงที 4. สังเกตและประเมินแผลผ่าตัดและรอบท่อหลอดลมว่ามีก้อนบวมโตขึ้นอย่างรวดเร็ว สีผิวหนังเปลี่ยน หรือมีเลือดออกซึมมากผิดปกติหรือไม่ เพื่อเฝ้าระวังการเกิด Hematoma 5. สังเกตอาการแสดงของการกดเบียดทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก แน่นหน้าอก เสียงหายใจผิดปกติ หรือค่า SpO_2 ลดลง 6. ตรวจสอบสายผูกท่อหลอดลมคอให้แน่นพอดี โดยสอดนิ้วก้อยเข้าใต้สายผูกได้ 1–2 นิ้วมือ เพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุดในขณะที่ผู้ป่วยไอหรือสายรัดแน่นเกินไป จนกดทับหลอดเลือดดำและเนื้อเยื่อรอบคอ 7. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30–45 องศา (Semi-Fowler's position) เพื่อลดอาการบวมของเนื้อเยื่อรอบแผลผ่าตัด และช่วยให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น **ประเมินผลการพยาบาล** ไม่พบเสียงกรอบแกรบใต้ผิวหนังบริเวณรอบแผลผ่าตัดใส่หลอดลมคอและบริเวณลำคอส่วนบน ไม่มีการคั่งของเลือดในชั้นเนื้อเยื่อ ไม่พบอาการแน่นอึดอัดคอหรือหายใจลำบาก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณใต้คางและขากรรไกรล่าง เนื่องจากการกระทบกระเทือนหรือดึงรั้งเนื้อเยื่อส่วนลึกจากการทำผ่าตัดระบายหนอง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกรีดผิวหนังระบายหนอง (Incision and Drainage: I&) บริเวณใต้คาง (Submental space) และขากรรไกรล่าง (Submaxillary/Submandibular space) ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 12 (Trigeminal Nerve, Facial nerve, Hypoglossal nerve) ที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของใบหน้า มุมปาก และลิ้น **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7 และ 12	1. ประเมินการทำงานของเส้นประสาทคู่ที่ 12 (Hypoglossal nerve) โดยให้ผู้ป่วยลองแลบลิ้นออกมาตรง ๆ ตวัดลิ้นไปทางซ้ายและขวา สังเกตว่าปลายลิ้นมีการเบนเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งหรือไม่ รวมถึงสังเกตอาการกลืนลำบากหรือไม่ 2. ประเมินการทำงานของเส้นประสาท Marginal mandibular nerve (แขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7) โดยสังเกตความสมมาตรของใบหน้าและมุมปากขณะพัก และให้ผู้ป่วยลองขยับมุมปาก ยิงฟัน ทำปากจู๋ หรือเม้มปาก สังเกตว่ามีภาวะมุมปากตกหรือปากเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งหรือไม่ 3. ประเมินการทำงานของเส้นประสาท Mental nerve ซึ่งเป็นแขนงของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 โดยใช้ไม้พันสำลีแตะทดสอบความรู้สึกบริเวณผิวหนังใต้ริมฝีปากล่างลงไปจนถึงปลายคาง เพื่อประเมินว่ามีอาการชา (Numbness) หรือสูญเสียความรู้สึกจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทหรือไม่ 4. ทำกิจกรรมกการพยาบาลรอบแผลผ่าตัดอย่างนุ่มนวล เช่น การทำแผลผ่าตัด หลีกเลี่ยงการกด กระแทกหรือดึงรั้งเนื้อเยื่อรอบแผลรุนแรง เพื่อไม่ให้เส้นประสาทส่วนลึกได้รับความกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. งดน้ำและอาหารทางปาก จนกว่าเส้นประสาทคู่ที่ 7 และ 12 จะได้รับการประเมินว่าทำงานได้ปกติ เพื่อป้องกันภาวะสำลัก **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีปากเบี้ยว มุมปากตก ไม่มีอาการชาบริเวณคาง ริมฝีปากล่าง หรือลิ้นเอียงไปข้างใดข้างหนึ่ง
ระยะพักฟื้น **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการอุดกั้นของทางเดินหายใจ เนื่องจากประสิทธิภาพในการขับเสมหะลดลงจากเสมหะเหนียวข้นและมีปริมาณมาก **ข้อมูลสนับสนุน** เสมหะลักษณะสีขาวขุ่นเหนียว ปริมาณมากคั่งค้างอยู่ในท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยไอเสมหะไม่พ้นท่อหลอดลมคอ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นจากเสมหะเหนียวข้นปริมาณมาก	1. ประเมินและฟังเสียงปอด (Breath sounds) ทุก 2 ชั่วโมง สังเกตเสียงหายใจผิดปกติ เช่น coarse crackles, wheezing เพื่อประเมินตำแหน่งของเสมหะในหลอดลม 2. ดูดเสมหะผ่านทางท่อหลอดลมคออย่างนุ่มนวลเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (Sterile technique) เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ป้องกันการบาดเจ็บและการบวมของเยื่อบุหลอดลม 3. ประเมินลักษณะของเสมหะ ได้แก่ ปริมาณ สี และความเหนียวข้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินหายใจ 4. สังเกตอาการหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจปีกจมูกบาน การใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ การหายใจเร็วขึ้น หรือ SpO_2 ลดต่ำลง เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจเฉียบพลัน 5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านความชื้น ได้แก่ O_2 T-piece 10 L/min ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยรักษาความชุ่มชื้นของเยื่อบุหลอดลม ป้องกันเสมหะแห้งเกาะติดท่อหลอดลม 6. ดูแลพ่น NSS 4 mL NB q 4 hr เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวสามารถขับออกจากทางเดินหายใจได้ง่าย 7. ดูแลให้ Fluimucil (100 mg) 2x3 PO pc ตามแผนการรักษา เพื่อทำให้ความหนืดและความเหนียวข้นของเสมหะลดลง 8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ เพื่อช่วยให้เสมหะมีความเหลวขึ้น 9. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะในปอดส่วนล่าง (Secretions pooling) และช่วยกระตุ้นให้เสมหะระบายออกได้ดี **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยทางเดินหายใจโล่ง ไม่พบเสียงหายใจผิดปกติ เช่น coarse crackles, wheezing สามารถไอขับเสมหะออกได้ดี เสมหะน้อยลง หายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อย SpO_2 98-99%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหย่าท่อหลอดลมคอไม่สำเร็จ เนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อทางเดินหายใจส่วนบนและการทำหน้าที่ของกล่องเสียงยังไม่ฟื้นตัว **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดระบายหนอง (I&D) บริเวณใต้คางและขากรรไกรเริ่มแห้งดี แต่ยังคงพบอาการบวมตึงหลงเหลืออยู่บางส่วน 2. ผู้ป่วยใส่ท่อเจาะคอค้างไว้เป็นเวลานาน ซึ่งไปจำกัดการขยับยกตัวของกล่องเสียงขณะกลืน	1. ประเมินความตึงแน่น อาการบวม และขอบเขตของการอักเสบบริเวณใต้คางและลำคออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าการติดเชื้อและการบวมลดลงจนไม่กดเบียดทางเดินหายใจส่วนบน 2. สังเกตว่าผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำลายตนเองได้หรือไม่ เพื่อยืนยันว่ากล่องเสียงและเส้นประสาทที่ควบคุมการกลืน (คู่ที่ 7, 12) ฟื้นตัวดีแล้ว 3. ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติและคงที่ ไม่มีไข้สูง เสมหะมีปริมาณน้อยลงและไม่เหนียวข้น และค่า SpO_2 ปกติ 4. ปรับขนาดท่อหลอดลมคอให้เล็กลง เพื่อเปิดทางให้ลมหายใจผ่านขึ้นไปยังทางเดินหายใจส่วนบนได้ และปล่อยลมในกระเปาะท่อหลอดลมคอ (Cuff deflation) ตามแผนการรักษา 5. จัดท่าผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45–60 องศา เพื่อช่วยให้ปอดและทรวงอกขยายตัวได้เต็มที่ และดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านกระบวนการหย่าท่อหลอดลมคอเป็นลำดับขั้นตอน 2. เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูประสิทธิภาพการทำงานของกล่องเสียง	6. ทดลองอุดท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy capping/plugging) ตามแผนการรักษา เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยหายใจผ่านทางเดินหายใจส่วนบน จมูกและปากตามธรรมชาติ โดยเริ่มฝึกจากระยะเวลาสั้น ๆ 2–4 ชั่วโมง และค่อย ๆ เพิ่มเวลาหากผู้ป่วยทนต่อการฝึกได้ดี 7. ประเมินความทนทานต่อการหย่าท่อ (Weaning tolerance) ทุก 15–30 นาทีในชั่วโมงแรก โดยเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะทางเดินหายใจ อุดกั้นหรือหายใจล้มเหลว ได้แก่ มีเสียงหายใจดัง Stridor มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ PR และ RR เร็ว SpO_2 < 92% **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสามารถหายใจผ่านทางเดินหายใจส่วนบนและส่งเสียงพูดได้เบา ๆ สัญญาณชีพคงที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรืออกบุ๋ม ค่า SpO_2 คงที่ 98-99% กลืนน้ำลายได้ดี สามารถถอดท่อหลอดลมคอได้สำเร็จและปลอดภัย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำและเสี่ยงต่อความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการดูดซึมสารอาหารในลำไส้ลดลงจากผลของยาดมสลบ ร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือดสูงและรับประทานอาหารได้น้อย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย 2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ calcium ต่ำ 7.9 mg/dL 3. DTX สูงบางช่วงอยู่ระหว่าง 190-306 mg/dL ทำให้การดูดซึมแคลเซียมและแมกนีเซียมกลับเข้าสู่ร่างกายที่บริเวณท่อไตลดลง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มระดับแคลเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อรักษาวามสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย	1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมต่ำ เช่น อาการชาบริเวณรอบปากหรือปลายนิ้ว กล้ามเนื้อกระตุก 2. ตรวจประเมินและสังเกตอาการกล้ามเนื้อกระตุก อาการเกร็ง ตรวจจับผลบวกของ Chvostek's sign และ Trousseau's sign ทุก 2–4 ชั่วโมง หากพบผู้ป่วยมีอาการมือจีบเกร็ง หายใจลำบากจากกล้ามเนื้อหลอดลมหดเกร็ง (Laryngospasm) ให้รายงานแพทย์ทันที 3. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) อย่างต่อเนื่อง สังเกตลักษณะ prolonged QT ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง 4. ฟังเสียง bowel sound ทุกเวร เพื่อประเมินอาการท้องอืด ร่วมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ฟื้นตัวจากฤทธิ์ยาสลบ และกลับมาบีบตัวดูดซึมสารอาหารได้เร็วขึ้น 5. ดูแลให้ $CaCO_3$ 1x2 PO pc ตามแผนการรักษา 6. ดูแลฉีด RI, NPH ตาม sliding scale insulin เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายการรักษาคือ DTX 80–200 mg/dL 7. ดูแลให้ Metformin (500 mg) เป็น 2x2 PO pc, Glipizide (5 mg) 1x2 PO ac ตามแผนการรักษา 8. ดูแลให้ 5% D/N/2 1,000 mL IV rate 80 mL/hr เพื่อเพิ่มปริมาตรน้ำในหลอดเลือดและช่วยรักษาความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย 9. ติดตามระดับ calcium, magnesium, potassium ในเลือด เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ calcium อยู่ในเกณฑ์ปกติ 8.9 mg/dL potassium ปกติ 3.7 mmol/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยมีภาวะชีด เนื่องจากรับประทานอาหารได้ลดลงจากการขาดประสิทธิภาพในการกลืน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดระบายหนองบริเวณเนื้อเยื่อชั้นลึกใต้คางและมีท่อหลอดลมคอ (Tracheostomy) ค้ำอยู่ ซึ่งส่งผลให้	1. ตรวจประเมินรีเฟล็กซ์การกลืน (Swallowing reflex/Gag reflex) เริ่มต้นฝึกจากน้ำดื่มสะอาดปริมาณน้อย ๆ เพื่อประเมินความพร้อมในการรับประทานอาหารและป้องกันการสำลัก 2. แนะนำให้ผู้ป่วยก้มคอเล็กน้อยขณะกลืน (Chin-tuck maneuver) เพื่อช่วยปิดทางเดินหายใจและป้องกันการสำลักเข้าท่อหลอดลมคอ 3. จัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ขณะรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันอาหารจะไหลย้อนกลับหรือการสำลักเข้าสู่ทางเดินหายใจ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กล่องเสียงไม่สามารถขยับยกตัวเพื่อกลืนได้ตามปกติ 2. ผล CBC พบ RBC ต่ำ= $3.62x10^{12}$/L, Hb ต่ำ =11.2 g/dL, Hct ต่ำ = 33.5% **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง 2. เพื่อผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ 3. เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูประสิทธิภาพการกลืนอย่างปลอดภัย	4. สอนให้ผู้ป่วยใช้ฝ่ามือหรือนิ้วมือที่สะอาด กดผ้าก๊อซปิดแผลเจาะคอเบาๆ ทุกครั้งที่ไอหรือกลืนอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้ลมและสารอาหารไหลออกมาทางรูเจาะคอ และช่วยเพิ่มแรงดันในคอหอยทำให้กลืนอาหารได้ง่ายขึ้น 5. ดูแลให้ FBC 1x3 PO pc เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการสร้างฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง 6. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซีด ได้แก่ สังเกตภาวะซีดบริเวณเปลือกตาด้านใน (Conjunctiva) เล็บมือ ฝ่ามือ และริมฝีปาก รวมถึงสังเกตอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มึนงง วิงเวียนศีรษะ 7. ติดตามผล CBC เพื่อดูแนวโน้มของค่า Hb, Hct **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น Hb 12.0 g/dL, Hct 35.9%
ระยะจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้และเสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ร่วมกับขาดความรู้ ทักษะการดูแลแผลผ่าตัดและการบริหารยาอินซูลินต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารและผลไม้รสหวาน ยาเบาหวานเดิมก็ทานบ้างลืมบ้าง 2. ญาติบอกว่า "กังวลใจเรื่องการกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กลัวทำแผลไม่สะอาดแล้วจะ ติดเชื้อ" 3. ผู้ป่วยมีประวัติควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพ ค่า HbA1c ก่อนเข้าการรับรักษา > 8% 4. ผู้ป่วยมีแผลถอดท่อหลอดลมคอออก และแผลระบายหนอง 5. แพทย์ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากยารับประทานมาเป็นยาฉีดอินซูลินเมื่อกลับไปบ้านเป็นครั้งแรก **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ และทักษะในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติอย่างมีประสิทธิภาพ	**วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D** 1. D - Diagnosis (ความรู้เรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน): 1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรค Ludwig's angina ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมการคุมน้ำตาลที่ไม่เหมาะสมในอดีตทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องจนติดเชื้อรุนแรงที่คอ เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1.2 สอนการสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผล เช่น บวม แดง ร้อน มีหนอง มีกลิ่นเหม็น หรือมีไข้ และสัญญาณเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น หน้ามืด เวียนศีรษะ หรือน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ซึมลง 2. M - Medicine (การใช้ยาและการบริหารยาอินซูลิน) 2.1 สอนทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลินทีละขั้นตอน ได้แก่ การตรวจชนิดยา การใส่หัวเข็ม การไล่ฟองอากาศ การหมุนตั้งขนาดยาให้ตรงตามแพทย์สั่ง และเทคนิคการฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง บริเวณหน้าท้อง ต้นขา ต้นแขน 2.2 เน้นย้ำเทคนิคการหมุนเวียนเปลี่ยนตำแหน่งฉีด ห่างจากจุดเดิมอย่างน้อย 1 นิ้วมือ เพื่อป้องกันผิวหนังเป็นพังผืด (Lipodystrophy) แทงเข็มทำมุม 45-90 องศา ค้างไว้ 10 วินาที ก่อนถอนเข็ม และห้ามคลึงหรือนวดบริเวณที่ฉีดเด็ดขาด 2.3 สอนการเก็บรักษายาอินซูลิน ปากกาแท่งใหม่ที่ยังไม่ใช้ให้แช่ตู้เย็นช่องธรรมดา 2-8 °C ห้ามแช่แข็ง ส่วนแท่งที่เปิดใช้แล้วเก็บที่อุณหภูมิห้อง พ้นแสงแดดได้ 28 วัน 3. E - Environment (การจัดการสิ่งแวดล้อม) 3.1 แนะนำการจัดเตรียมสถานที่ทำแผลและฉีดยาที่บ้านให้อยู่ในมุมที่สะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และเก็บอุปกรณ์ทำแผล ยา รวมถึงเข็มฉีดยาให้พ้นมือเด็กและสัตว์เลี้ยง 3.2 แนะนำวิธีการทิ้งเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วอย่างปลอดภัย โดยให้รวบรวมใส่ในขวดพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด เช่น ขวดน้ำอัดลม ก่อนนำไปทิ้ง เพื่อป้องกันอันตรายจากการโดนเข็มตำ 4. T - Treatment (ทักษะการดูแลแผลและการฝึกปฏิบัติจริง)

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4.1 สอนและสาธิตวิธีทำแผลผ่าตัดระบายหนองและแผลหลังถอดท่อเจาะคอตามหลักเทคนิคสะอาด เน้นการล้างมือให้สะอาดก่อน-หลังทำแผล การใช้ปากคีบหยิบสำลีชุบ normal saline เช็ดวนจากในแผลออกนอกแผลโดยไม่เช็ดย้อนกลับ และปิดผ้าก๊อซให้มิดชิด 4.2 จัดช่วงเวลาให้ผู้ป่วยและญาติลงมือปฏิบัติจริง ในการเตรียมยาฉีดยาและทำแผล โดยมีพยาบาลควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดและให้คำแนะนำจนมั่นใจ 5. H - Health (การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ): 5.1 แนะนำการทำความสะอาดร่างกายทั่วไป การรักษาความสะอาดในช่องปากบ่อย ๆ ด้วยน้ำยาบ้วนปากฆ่าเชื้อหรือน้ำเกลือสะอาด เพื่อลดเชื้อแบคทีเรีย 5.2 แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดินรอบบ้านวันละ 15-20 นาที เมื่อร่างกายพร้อม เพื่อช่วยลดภาวะดื้ออินซูลิน และสอนวิธีจัดการความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง 6. O - Outpatient (การมาตรวจตามนัด): 6.1 เน้นย้ำความสำคัญของการมาตรวจติดตามอาการ (Follow-up) ตามนัดของศัลยแพทย์ เพื่อประเมินการสมานของแผล และนัดของอายุรแพทย์โรคเบาหวาน เพื่อตรวจค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) และปรับขนาดยาอินซูลิน 6.2 ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อของหอผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินหรือสอบถามกรณี มีข้อสงสัยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 7. D - Diet (การควบคุมอาหาร) 7.1 สอนการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก "จานอาหารสุขภาพ 2:1:1" (ผัก 2 ส่วน ข้าวแป้ง 1 ส่วน เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน) 7.2 แนะนำให้หลีกเลี่ยงของหวาน น้ำหวาน ชา กาแฟใส่นม ผลไม้ รสหวานจัด และเน้นย้ำให้รับประทานอาหารให้ตรงเวลาในปริมาณที่สม่ำเสมอทุกมื้อ เพื่อให้สัมพันธ์กับฤทธิ์ของอินซูลิน ป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ **ประเมินผลการพยาบาล** ญาติสามารถสาธิตย้อนกลับการทำแผลผ่าตัดระบายหนองและแผลเจาะคอ การฉีดอินซูลินเข้าชั้นใต้ผิวหนังได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกแนวทางการคุมอาหาร 2:1:1 วิธีเก็บรักษายา รวมถึงระบุสัญญาณเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและวิธีแก้ไขฉุกเฉินเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง มีสีหน้าผ่อนคลาย ยิ้มแย้ม และแสดงความมั่นใจในการกลับไปจัดการสุขภาพตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Ludwig's Angina รายนี้ ในระยะก่อนผ่าตัด มีการลุกลามการอักเสบบริเวณรากฟันกรามล่างจนกลายเป็นภาวะติดเชื้อรุนแรงที่พื้นปาก ใต้คาง และลามไปกดเบียดทางเดินหายใจส่วนบนอย่างรวดเร็ว จนเกิดการ อุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งแพทย์ต้องทำการผ่าตัดฉุกเฉิน โดยการเจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอและกรีดผิวหนังเพื่อระบายหนอง เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และระหว่างอยู่โรงพยาบาลระยะแรกตรวจพบระดับน้ำตาลใน

เลือดสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประสิทธิภาพกระบวนการกินเชื้อโรคของ เม็ดเลือดขาว (Leukocyte phagocytosis) และการเคลื่อนตัวไปยังบริเวณที่มีการอักเสบลดลง ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถจำกัดขอบเขตการติดเชื้อได้ทัน[4] รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะเป็นแหล่งอาหารที่ช่วยเร่งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของแบคทีเรีย ทำให้การอักเสบกระจายตัวรุนแรงและรวดเร็วกว่าคนปกติทั่วไป[8] นอกจากนี้ผลการตรวจ Tissue gram stain พบเชื้อประเภท *Gram-positive cocci in pair & cluster moderate* ซึ่งมักเป็นกลุ่มแบคทีเรียประจำถิ่น ในช่องปาก เช่น *Streptococcus* หรือ *Staphylococcus aureus* แบคทีเรียกลุ่มนี้สามารถสร้างเอนไซม์ทำลายเนื้อเยื่อ เช่น Hyaluronidase และ Collagenase ซึ่งเอนไซม์เหล่านี้จะทำหน้าที่ย่อยสลายเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและพังผืดรอบ ๆ ทำให้เกราะป้องกันตามธรรมชาติของร่างกายถูกทำลาย เชื้อจึงแทรกซึมผ่านหลอดเลือดฝอยและเนื้อเยื่อโดยรอบได้อย่างรวดเร็ว เกิดเป็นหนองและการบวมลามเป็นวงกว้าง นอกจากนี้ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีอาการปวดฟันและเหงือกบวม แต่ยังไม่สามารถถอนฟันได้ทันที เนื่องจากมีการอักเสบเฉียบพลัน ซึ่งการที่ฟันต้นเหตุเป็นแหล่งกักเก็บและผลิตเชื้อโรค ยังคงอยู่ภายในช่องปากทำให้แพร่กระจายไปในกระดูกและเนื้อเยื่อรอบข้างอย่างต่อเนื่อง[9] สำหรับในระยะหลังผ่าตัดระบายหนองและเจาะคอ เพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อหลักออกไปแล้ว แต่ยังพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดยังคงสูงกว่าเป้าหมายและยังคงต้องปรับยาอินซูลินและยารับประทานอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดทำให้กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) และต่อมใต้สมองให้หลั่งฮอร์โมนต้านอินซูลินออกมาเพิ่มขึ้น เช่น Cortisol และ Adrenaline ทำให้ยับยั้งการทำงานของอินซูลินและขัดขวางการนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น[8] อีกทั้งเนื้อเยื่อบริเวณลำคอและแผลผ่าตัดยังอยู่ในกระบวนการอักเสบและกระบวนการซ่อมแซมแผล เซลล์เม็ดเลือดขาวและเนื้อเยื่อยังคงหลั่งสารสื่อการอักเสบ ซึ่งสารเหล่านี้มีฤทธิ์โดยตรงในการต้านฤทธิ์ของอินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดยังคงควบคุมได้ยากในช่วงวันแรก ๆ หลังผ่าตัด นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มานาน แสดงถึงภาวะดื้อต่ออินซูลินเรื้อรัง เมื่อมีปัจจัยส่งเสริมจากการติดเชื้อและการอักเสบจากการผ่าตัด จึงต้องใช้ระยะเวลานานในการปรับระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย[4,8]

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด Ludwig's Angina ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มาด้วยอาการปวดฟัน เหงือกบวม หรือเจ็บคอร่วมกับมีไข้ เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงและส่งต่อพบโสต ศอ นาสิกแพทย์หรือทันตแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

2. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน

3. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-M-E-T-H-O-D สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในช่องคอส่วนลึกร่วมกับโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. An, X., Wang, Y., & Zhang, L.(2026). Clinical characteristics and treatment outcomes of severe deep neck space infections. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2026; 84(2): 145–152.

2. Bridwell, R. E., Long, B., & Koyfman, A.(2021). Ludwigs angina: A review for emergency clinicians. American Journal of Emergency Medicine 2021; 42: 199–205.
3. ปิยะนันท์ จันทร์สว่าง.(2566). ผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อรุนแรงบริเวณคอและช่องปากส่วนล่าง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566; 33(1): 55–68.
4. สมชาย สุภัทรกุล.(2565). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2565.
5. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2569). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2566, 2567,2568 [อินทราเน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2569]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
6. หอผู้ป่วยพิเศษกาญจนาภิเษก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2569). รายงานอุบัติการณ์ปี พ.ศ 2566, 2567, 2568. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า; 2569 [เอกสารอัดสำเนา]
7. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.(1979). The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; 1979.
8. American Heart Association.(2021). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation 2021; 144(Suppl 2): S1-S203.
9. ทัศนีย์ ฉวีวรรณ.(2565). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจส่วนบน. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล. 2565.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง: กรณีศึกษา

Nursing care for a stroke patient with subdural hemorrhage complicated by coagulopathy and recurrent cerebral hemorrhage: Case study.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ณิชาภา แสงวิภาค[1]
Nichapha Sangvipark[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง โดยศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี มีประวัติไขมันในเลือดสูงและเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว ซึ่งได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อ 5 ปีก่อน พร้อมทั้งได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นประจำ มาด้วยอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรงร่วมกับขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล จากผลการตรวจร่างกายและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะสมองบวม ให้การรักษาทางยาและทำผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก แต่หลังจากผ่าตัดครั้งแรกพบว่า มีเลือดออกซ้ำในสมอง ต้องทำการผ่าตัดอีก 2 ครั้ง ควบคู่กับการให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ การรักษาภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ ความผิดปกติของระดับเกลือแร่ในร่างกายและภาวะโลหิตจาง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมองและมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง การแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระดับเกลือแร่ในเลือดต่ำหลายชนิด ได้แก่ แมกนีเซียม โพแทสเซียม ฟอสเฟต และแคลเซียม ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะโลหิตจาง และต้องใส่ท่อช่วยหายใจ พร้อมใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะวิกฤตหลังการผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาท จัดท่านอนให้ศีรษะสูง การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด การเฝ้าระวังอาการแสดงของเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงดูแลให้เลือด ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ติดตามค่าออกซิเจนในเลือด และเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ปฏิบัติตามหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด เฝ้าระวังและแก้ไขความผิดปกติของเกลือแร่ในเลือด ดูแลบรรเทาความปวด ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา, การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ, ภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง

Abstract

This study is a case study aimed to study the nursing care of a stroke patient with subdural hemorrhage complicated by coagulopathy and recurrent cerebral hemorrhage. It was conducted on a 55-year-old Thai female with a history of dyslipidemia and prosthetic heart valve replacement taking regular anticoagulants, who presented with a severe headache and lower limb weakness. Based on physical examination and a brain computed tomography scan, she was diagnosed with subdural hemorrhage and brain edema. Following initial surgical hematoma removal, she experienced recurrent cerebral hemorrhage requiring two repeat surgeries, alongside management for increased intracranial pressure, respiratory infection, electrolyte imbalances, and anemia.

The study revealed that major nursing problems included recurrent cerebral hemorrhage, increased intracranial pressure, anticoagulant-induced coagulopathy, respiratory tract infection, electrolyte imbalances, cardiac arrhythmias, anemia, hypoalbuminemia, and mechanical ventilation needs. Essential nursing care comprised neurological and bleeding monitoring, head-of-bed elevation, blood pressure regulation, administration of pack red cell, antibiotic administration, airway maintenance with aseptic

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

suctioning, oxygen monitoring, and ventilator weaning preparation. Additional care involved aseptic adherence, electrolyte correction, pain management, and cardiac monitoring for arrhythmias.
Keywords: Stroke, Subdural hemorrhage, Coagulopathy, Recurrent cerebral hemorrhage

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญระดับวิกฤตทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการ โดยเฉพาะกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ (Hemorrhagic stroke) ซึ่งรวมถึงภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural hemorrhage: SDH) จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองเป็นหนึ่งในโรคทางศัลยกรรมระบบประสาทที่พบได้บ่อย มีอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 1.7–20.6 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society)[1,2] โดยอุบัติการณ์จะสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และอาจสูงถึงกว่า 127 ต่อประชากร 100,000 คนในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป[3] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสถิติสุขภาพและรายงานของศูนย์อุบัติเหตุโรงพยาบาลทั่วประเทศ สะท้อนให้เห็นสอดคล้องกันว่า อุบัติการณ์ของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ตามการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น และจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นประจำ ส่งผลให้สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยภาวะดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[4,5] สาเหตุหลักของโรคเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดดำที่เชื่อมระหว่างเยื่อหุ้มสมอง (Bridging veins) ซึ่งมักถูกกระตุ้นจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะแม้เพียงเล็กน้อย ภาวะสมองฝ่อตามวัยในผู้สูงอายุ การดื่มสุราเรื้อรัง และที่สำคัญคือ การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด เมื่อหลอดเลือดดังกล่าวฉีกขาด จะทำให้มีเลือดออกสะสมและกดเบียดเนื้อเยื่อสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรง ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน และหากไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่ภาวะสมองเคลื่อน (Brain herniation) และเสียชีวิตในที่สุด[6] ซึ่งความท้าทายและความซับซ้อนในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคลิ้นหัวใจรั่ว (Valvular heart disease) หรือภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ แม้การใช้ยาเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการควบคุมโรคหัวใจ แต่นำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากฤทธิ์ของยาทำให้ค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) สูงขึ้น ส่งผลให้เลือดหยุดยาก จึงมีความเสี่ยงสูงต่อกระบวนการผ่าตัดฉุกเฉิน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการให้ส่วนประกอบของเลือด เพื่อแก้ไขระดับการแข็งตัวของเลือด เช่น ภาวะแพ้อย่างรุนแรง (Anaphylaxis)[7] นอกจากนี้ ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองร่วมกับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ต้องอาศัยการตัดสินใจ อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ทั้งการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท การบริหารจัดการเพื่อปรับลดฤทธิ์ยาละลายลิ่มเลือด การเตรียมความพร้อมสำหรับการทำผ่าตัดฉุกเฉิน ตลอดจนการ ดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองบวม และการติดเชื้อในโรงพยาบาล[8,9] จากความสำคัญและอันตรายของโรคดังกล่าว บทบาทของพยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญ ใน

ฐานะผู้ดูแลใกล้ชิดที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค การประเมินสัญญาณเตือนทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว การสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การประสานงานสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ และการให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิติ เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันความพิการ และฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด มีศักยภาพการให้บริการในระดับตติยภูมิ โดยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่ซับซ้อนในเขตพื้นที่และจังหวัดใกล้เคียง จากสถิติการให้บริการของโรงพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2566–พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเลือดออกในสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 699, 705 และ 663 ราย ตามลำดับ และได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกจำนวน 99, 159 และ 85 ราย ตามลำดับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานรองรับผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทและอุบัติเหตุ พบสถิติการรับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไว้ดูแลจำนวน 87, 132 และ 95 ราย ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดออกจำนวน 30, 63 และ 58 ราย ตามลำดับ[10] ถึงแม้สถิติในบางปีจำนวนผู้ป่วยอาจลดลงตามบริบทของในพื้นที่ แต่สถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมยังคงต้องรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปริมาณมากกว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะเลือดออกในสมองทั้งหมดของโรงพยาบาลและต่อเนื่องในทุก ๆ ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้รับยาหลายชนิด โดยเฉพาะยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งมักพบปัญหาและความยุ่งยากในการบริหารจัดการค่าการแข็งตัวของเลือด ที่สูงผิดปกติ ต้องเลื่อนการผ่าตัด ตลอดจนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกทั้งในระยะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด สถานการณ์ดังกล่าวจึงเป็นความท้าทายบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากต้องอาศัยทักษะการประเมินสัญญาณเตือนทางระบบประสาทที่รวดเร็วและถูกต้อง การเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างใกล้ชิด และการประสานงานสหวิชาชีพในภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง เพื่อใช้เป็นต้นแบบในการวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาทักษะการตัดสินใจเชิงคลินิก และยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทให้มีความปลอดภัย สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราร่วมกับภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและมีภาวะเลือดออกซ้ำในสมอง จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแลช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพ

ร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมของ Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยสามารถเข้าร่วมหรือสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น [11]

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 55 ปี นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง รับเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 การวินิจฉัยโรค Right subacute subdural hemorrhage จำหน่ายวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 33 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดศีรษะอย่างรุนแรงร่วมกับขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดศีรษะด้านขวา ขา 2 ข้างไม่ค่อยมีแรงและเดินทรงตัวลำบาก เป็น ๆ หาย ๆ ไปรักษาที่คลินิกและได้รับยามารับประทาน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการไม่ดีขึ้น จึงกลับไปพบแพทย์ที่คลินิกอีกครั้งและได้รับยามารับประทานเพิ่มเติม

8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลันร่วมกับขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีภาวะไขมันในเลือดสูงมาประมาณ 10 ปี และเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว (Valvular heart disease: VHD) ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเมื่อ 5 ปีก่อนที่โรงพยาบาลศิริราช ยาที่รับประทานปัจจุบันได้แก่ Warfarin, Prenolol, Atorvastatin

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ปฏิเสธการแพ้ยา/ใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ลักษณะทั่วไป: รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ปวดศีรษะ สัญญาณชีพปกติ BP 120/72 mmHg, PR 70 beats/min (Irregular) ความแรงไม่เท่ากัน, RR 20 breaths/min, BT 36.3°C, SpO_2 98%

ศีรษะ: รูปทรงปกติ ไม่มีบาดแผลภายนอก

ตา หู คอ จมูก ปาก : รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ pupils 2 mm RTL BE เยื่อบุตาไม่ซีด ไม่เหลือง หูและจมูกไม่มีสิ่งคัดหลั่ง หลอดลมตั้งตรงตามแนวกลาง ไม่มีเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง เยื่อบุช่องปากไม่ซีด ไม่พบจุดเลือดออกหรือเลือดออกตามไรฟัน

ระบบทางเดินหายใจ: ทรวงอกทั้งสองข้างขยายตัวเท่ากัน จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงหายใจผิดปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: เสียงหัวใจจังหวะไม่สม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur และ S_3 Gallop ชีพจรส่วนปลายแรงเท่ากันทั้งสองข้าง การไหลเวียนส่วนปลายปกติ capillary refill time น้อยกว่า 2 วินาที ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: คลำไม่พบก้อน ไม่มีอาการกดเจ็บ bowel sounds 8-10 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) แขน 2 ข้างกำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 ขา 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 4

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: รูปร่างกระดูกและข้อต่อปกติ ไม่มีข้อติดแข็ง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างลดลง

ผิวหนังและเล็บ: ผิวหนังอุ่น แห้ง ตึงตัวปกติ ไม่พบจุดเลือดออก จ้ำเลือด หรือรอยเขียวช้ำตามแขนขาและลำตัว เล็บมือเล็บเท้าไม่ซีดเขียว

ระบบขับถ่าย: ปัสสาวะสีเหลืองใส ขับถ่ายอุจจาระปกติ ไม่มีเลือดปน

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองเคลื่อน เนื่องจากมีเลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมองและเนื้อเยื่อสมองบวม มีไข้ และความปวดเฉียบพลัน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผล CT Brain: Subacute subdural hemorrhage along right cerebral convexity thicknesses up to 1.7 cm, Diffuse swelling of brain parenchyma, midline shifted to the left about 1.7 cm. 2. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงเป็นพัก ๆ (Pain scale = 5-8/10 คะแนน) 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ INR สูง 3.81 4. ปวดศีรษะ pain scale = 5-8/10 คะแนน 5. มีไข้ BT= 38.7°C **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง	1. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว (GCS) อาการทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง ควบคุม SBP ≤ 140 mmHg 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา จัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวตรง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดดำกลับเข้าสู่หัวใจและลดความดันในกะโหลกศีรษะ 3. สังเกตและประเมินอาการเตือนของความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ปวดศีรษะรุนแรงมาก อาเจียนพุ่ง ซึมลง หรือรูม่านตาขยายผิดปกติ และรายงานแพทย์ทันที 4. สังเกตอาการแสดงของ Cushing's triad ได้แก่ SBP สูง PR ช้า ลักษณะการหายใจผิดปกติ เช่น Cheyne-Stokes respiration หรือ Biots/Ataxic breathing เพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองเคลื่อน 5. ดูแลให้ยา MO 1 mg IV prn q 2 hr ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการปวดศีรษะ ทำให้อัตราการเผาผลาญในสมอง ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลงและผู้ป่วยสุขสบายขึ้น เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ หัวใจ เต้นช้า หายใจช้าหรือหยุดหายใจ ความดันโลหิตต่ำ หากพบ PR < 60 beats/min, RR < 10 breaths/min รายงานแพทย์ทันที 6. แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น เช่น การออกแรงลุกนั่ง การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรงๆ เป็นต้น 7. ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยา Paracetamol (500 mg) 2 tab PO q 6 hr เพื่อควบคุม BT อยู่ในช่วง 36-37°Cและป้องกันเมตาบอลิซึมในสมองเพิ่มขึ้น 8. ดูแลให้ Vitamin K 10 mg IV ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยกระตุ้นให้ตับเร่งสร้างปัจจัยที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือด 9. ดูแลให้ Glyceol 500 mL IV rate 40 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อลดภาวะสมองบวมและลดความดันในกะโหลกศีรษะ 10. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ รวบรวมกิจกรรมพยาบาลทำในคราวเดียว เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย 11. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายและสมอง 12. ติดตามผลการตรวจ coagulogram เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะเลือดแข็งตัวช้า **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS = 15 คะแนน (E4V5M6), pupil 2 mm RTL BE แขนและขาทั้งสองข้างยกต้านแรงได้ปกติ motor power grade V, BT 38.1-38.2°C, BP 98/53 - 116/72 mmHg, PR 66 -76 beats/min, RR 14-16 breaths/min ปวดศีรษะเป็นพัก ๆ pain scale 5-7/10 คะแนน ค่า INR 3.01

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ	1. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) อย่างต่อเนื่อง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงจาก Controlled AF ไปเป็น AF with rapid ventricular response (RVR) HR > 100 beats/min 2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผลการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor และการตรวจ EKG 12lead EKG พบความผิดปกติเป็น Atrial Fibrillation (AF) 2. อัตราการเต้นของชีพจรในระยะแรกรับอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Controlled AF) PR 70 beats/min แต่จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ (Irregular) 3. ผู้ป่วยมีประวัติโรคลิ้นหัวใจรั่ว (Valvular heart disease) และเคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งทำให้โครงสร้างและการทำงานของหัวใจห้องบนเปลี่ยนแปลงไป 4. ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อรับการผ่าตัด **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อคงประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจ ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและสังเกตลักษณะความแรงของชีพจรและความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ รวมทั้งภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว 4. สังเกตลักษณะผิวหนัง ความเย็น ปลายมือปลายเท้า และประเมินการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (Capillary refill time) เพื่อประเมินความเพียงพอของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลาย 5. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism) ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยประเมินอาการอ่อนแรงของร่างกายครึ่งซีกอย่างใกล้ชิด 6. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกายและป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวจากสารน้ำเกิน 7. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีเท่าเดิม GCS = 15 คะแนน (E4V5M6) ไม่มีอาการแน่นหน้ามืด ผิวหนังอุ่น ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ EKG monitor แสดงผลเป็น AF สม่ำเสมอ ไม่มีจังหวะเต้นเร็ว (Controlled AF) PR 66-76 beats/min จังหวะไม่สม่ำเสมอ ไม่มีภาวะ Pulse deficit ที่กว้างขึ้น สัญญาณชีพคงที่ BP 98/53 - 116/72 mmHg, RR 14-16 breaths/min SpO_2 98%, CRT < 2 วินาที ปัสสาวะออก > 30 ml/hr
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของต่อมใต้สมองจากพยาธิสภาพของสมอง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผล CT Brain: Subacute subdural hemorrhage along right cerebral convexity thicknesses up to 1.7 cm, Diffuse swelling of brain parenchyma, midline shifted to the left about 1.7 cm. 2. ผล Urine exam พบ Urine specific gravity ต่ำ 1.006 3. ปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ Intake 2,050 ml/24 hr, output (Urine) 2,250 ml/24 hr **วัตถุประสงค์การพยาบาล**	1. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะปัสสาวะมากผิดปกติ (Polyuria) จากภาวะเบาจืด (DI) 2. ตรวจวัดและติดตามค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ (Urine specific gravity) ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไตในดูดน้ำกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิต 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น electrolytes (Na, K, Cl, HCO_3), BUN, creatinine เพื่อเฝ้าระวังการทำงานของไตผิดปกติและการขาดความสมดุลของเกลือแร่ 4. สังเกตอาการเตือนของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ซึม ชัก สับสน รวมถึงอาการเตือนของภาวะปัสสาวะมากผิดปกติจากภาวะเบาจืด (Diabetes Insipidus) เช่น ปัสสาวะออกมาก > 200-300 ml/hr ติดต่อกันหลายชั่วโมง กระหายน้ำมาก 5. สังเกตอาการของภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ปากแห้ง ผิวหนังคืนตัวช้า ความดันโลหิตต่ำ ซึมหรือกระสับกระส่าย 6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 ml IV drip 80 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยทดแทนน้ำที่สูญเสียไปทางปัสสาวะและคงปริมาตรเลือดในหลอดเลือดให้เพียงพอ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและรักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เยื่อบุช่องปากชุ่มชื้น ผิวหนังมีความตึงตัวดี สัญญาณชีพคงที่ BP 98/53-116/72 mmHg, PR 66-76 beats/min, RR 14-16 breaths/min ปริมาณปัสสาวะออกมากกว่าสารน้ำที่ได้รับ อยู่ระหว่าง 45-50 ml/hr ผลตรวจ electrolyte อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิต และการเข้ารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ pain score 7/10 คะแนน หลังได้รับยาแก้ปวดอาการทุเลาลงเล็กน้อย แพทย์จึงพิจารณา set OR for right minicraniotomy with clot removal (Elective case) 2. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลแสดงสีหน้าเครียด และสอบถามอาการรวมถึงความปลอดภัยในการผ่าตัดเป็นระยะ ๆ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเจ็บป่วยเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิตและต้องเข้ารับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ 2. เพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด	1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจต่อทีมดูแลรักษา 2. อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดพร้อมเหตุผล เช่น งดน้ำและอาหาร การโกนผม สิ่งที่จะเผชิญในห้องผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด พอสังเขป ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น 3. ประสานงานให้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดอธิบายถึงเหตุผล ความจำเป็น และความปลอดภัยในการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อช่วยสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวล 4. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การหายใจลึก ๆ สวดมนต์หรือทำสมาธิ 5. เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในความพร้อมของร่างกายที่จะเข้ารับการผ่าตัดและความปลอดภัย 5.1 งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะสำลักเศษอาหารเข้าสู่ปอดระหว่างดมยาสลบ 5.2 โกนผมทั้งศีรษะ เพื่อให้แพทย์ทำผ่าตัดได้สะดวก และลดการสะสมของเชื้อโรค 5.3 ทำความสะอาดร่างกาย เพื่อลดจำนวนเชื้อบนผิวหนัง และป้องกันการนำเชื้อโรคเข้าสู่แผลผ่าตัด 5.4 ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบหลังผ่าตัด และรายงานแพทย์ทันทีหากพบสัญญาณชีพหรืออาการทางสมองเปลี่ยนแปลง 5.5 ตรวจสอบความถูกต้องการระบุตัวผู้ป่วย และระบุตำแหน่งการผ่าตัด เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือผิดตำแหน่ง 6. เตรียมความพร้อมด้านเอกสารและยา 6.1 ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเอสารในเวชระเบียน เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลเอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์สมอง การลงนามในใบยินยอมรับการผ่าตัด (Informed consent) 6.2 จัดเตรียมยาที่ต้องนำไปห้องผ่าตัด เช่น cefazolin, gentamycin, vancomycin, Dilantin®, Keppra®, 20% mannitol, dexamethasone **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวเข้ารับการผ่าตัดเป็นอย่างดี นอนหลับพักผ่อนได้
ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยมีภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (Hypomagnesemia) เนื่องจากความเครียดทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนจากภาวะวิกฤต	1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระตุก สั่น หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะผ่าน EKG monitor 2. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผ่าน EKG monitor อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ โดยเฉพาะการเกิด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผล CT Brain พบ Subacute subdural hemorrhage along right cerebral convexity thicknesses up to 1.7 cm, Diffuse swelling of brain parenchyma, midline shifted to the left about 1.7 cm และได้รับการผ่าตัด right minicraniotomy with clot removal 2. ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและได้รับการผ่าตัดสมอง ทำให้ร่างกายเกิดความเครียด ซึ่งจะกระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนความเครียด ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแมกนีเซียมเข้าสู่เซลล์ หรือมีการขับออกทางไตเพิ่มขึ้น 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า magnesium 1.6 mg/dL **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มระดับแมกนีเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2. เพื่อเฝ้าระวังภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำที่รุนแรงขึ้น	Torsades de Pointes หรือลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เปลี่ยนไป เช่น QT interval ยาวขึ้น T-wave แบนลงหรือกลับหัว 3. ประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการสูญเสียแมกนีเซียมออกทางไต เนื่องจากหากปัสสาวะออกมาก จะขับแมกนีเซียมออกมาทางปัสสาวะ ซึ่งส่งผลให้ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำรุนแรงขึ้น 4. ดูแลให้ 50% $MgSO_4$ 4 ml + 5% D/W 100 ml IV drip in 4 hr สังเกตอาการข้างเคียง เช่น รู้สึกร้อนวูบวาบ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ง่วงซึม และ DTR ลดลงหรือหายไป 5. ประเมิน deep tendon reflex (DTR) เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงเริ่มแรกของภาวะพิษจากการได้รับแมกนีเซียม (Magnesium toxicity) 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำ และกดการหายใจ จากภาวะแมกนีเซียมสูง 7. จัดเตรียมยา 10% calcium gluconate ไว้ให้พร้อมใช้ที่ หากประเมินพบสัญญาณของ เช่น DTR หายไป RR < 12 breaths/min 8. ติดตามผลตรวจ serum magnesium ตามรอบที่แพทย์สั่ง ร่วมกับการติดตามระดับเกลือแร่อื่น ๆ ที่มักต่ำร่วมกัน เช่น potassium และ calcium **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่เป็นตะคริว ไม่มีอาการกระตุก ชัก หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รุนแรงขึ้น จากติดตามผลตรวจ serum magnesium ในเลือดซ้ำพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.2 mg/dL
ระยะดูแลต่อเนื่อง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะสมองเคลื่อน เนื่องจากมีเลือดออกซ้ำในสมองและเนื้อสมองบวมเพิ่มขึ้น **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงมาก pain scale = 10/10 คะแนน อาเจียน BP สูงขึ้น 187/67 เป็น 160/111 mmHg หายใจลักษณะ cheyne-stokes 2. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 3 คะแนน pupil RE 4 mm, LE 2 mm fixed BE 3. ผล CT brain พบ increased SDH, midline shift to the left 1.5 cm with impending right transtentorial herniation 5. แพทย์ทำผ่าตัด Right craniotomy with clot removal under GA ซ้ำครั้งที่ 2 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ และป้องกันการเกิดอันตรายจากภาวะสมองเคลื่อน	1. ช่วยแพทย์ใส่ ET tube และดูแลให้ on ventilator P-CMV mode, FiO_2 = 0.4, I: E= 1:28, RR= 16 beats/min, PEEP= 5 cmH_2O, IP= 15 cmH_2O เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนแก๊ส เพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง และป้องกันภาวะสมองขาดออกซิเจน 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และตรวจสอบท่อช่วยหายใจ ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด 3. จัดนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ศีรษะและคออยู่ในแนวตรง เพื่อช่วยให้เลือดดำจากสมองไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก และลดปริมาตรเลือดคั่งในสมอง 4. ดูแลให้ 20% Mannitol 200 ml IV bolus เพื่อช่วยลดปริมาตรเนื้อสมองและลดความดันในกะโหลกศีรษะ 5. ดูแลให้ Transamin 1 gm IV stat เพื่อช่วยห้ามเลือดและ ควบคุมไม่ให้ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้นไปกดเบียดเนื้อสมองเพิ่มเติม 6. ดูแลให้ Vitamin K 10 mg IV stat เพื่อกระตุ้นให้ตับสร้างปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด 7. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท ทุก 15 -30 นาที เพื่อช่วยดักจับอาการแสดงของ Cushing's triad และการสูญเสียการทำงานของแกนสมอง (Brainstem) 8. เตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดซ้ำฉุกเฉิน (Right craniotomy with clot removal under GA) ได้แก่ เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, BUN,

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	Creatinine, electrolyte, coagulogram งดน้ำและอาหาร ประสานคลังเลือดเพื่อตรวจ G/M และเตรียม FFP 4 unit, PRC 4 unit ตามแผนการรักษา ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ในการเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดและเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด และเตรียมการดมยาสลบ เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เตรียมยา routine ไปห้องผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล** ก่อนส่งห้องผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกคงที่ สัญญาณชีพ BP 134/97mmHg, PR 110 beats/min (Controlled), RR 16 breaths/min, BT 37.0 °C, SpO_2 97% ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 2T คะแนน (E1VTM1), pupil RE 4 mm, LE 2 mm fixed BE
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเคลื่อนและอันตรายต่อเนื้อเยื่อสมอง เนื่องจากมีแรงกดเบียดโครงสร้างสมองจากก้อนเลือดคั่งหลงเหลืออยู่ใต้เยื่อหุ้มสมอง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. หลังจากผ่าตัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยยังมีอาการปวดศีรษะอยู่ pain scale =7-8/10 คะแนน 2. ผล CT Brain ซ้ำ พบ unchanged thin SDH along falx cerebri with midline shift to the left about 1.4 cm 3. แพทย์ทำผ่าตัด Right recraniotomy with clot removal ซ้ำ ครั้งที่ 3 **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเคลื่อนและลดการกดเบียดเนื้อเยื่อสมอง	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท ทุก 15-30 นาที เพื่อช่วยดักจับสัญญาณเตือนล่วงหน้าของการเกิดภาวะสมองเคลื่อน 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง 3. จัดนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ศีรษะและคออยู่ในแนวตรง เพื่อช่วยให้เลือดดำจากสมองไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก และลดปริมาตรเลือดคั่งในสมอง 4. ดูแลให้ Fentanyl 50 mcg IV prn q 4 hr และ Paracetamol (500 mg) 2 tab PO q 6 hr เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการปวดศีรษะ 5. ดูแลให้ Glyceol 500 ml IV rate 40 ml/hr เพื่อลดภาวะสมองบวมและลดความดันในกะโหลกศีรษะ 6. เตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ได้แก่ งดน้ำและอาหาร ประสานคลังเลือดเพื่อตรวจ G/M และเตรียม FFP 4 unit, PRC 4 unit ตามแผนการรักษา ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล ในการเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดและเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัด และเตรียมการดมยาสลบ เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เตรียมยา routine ไปห้องผ่าตัด **ประเมินผลการพยาบาล** หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น GCS เพิ่มจาก 2T เป็น 9T, 10T และภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ GCS อยู่ที่ 15 คะแนน (E4V5M6), pupil 2-3 mm RTLB, แขนขาทั้ง 2 ข้าง motor power grade V สัญญาณชีพส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจและเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำ เนื่องจากสูญเสียกลไกการไอและกลืนตามธรรมชาติจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	1.ก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ล้างมือ 6 ขั้นตอนตามมาตรฐานการล้างมือ กรณีเร่งด่วนให้ใช้ alcohol hand wash 2. ดูดเสมหะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ เปิดความดันจากเครื่องดูดเสมหะ 100-120 mmHg โดยใส่สายดูดเสมหะไม่ลึกเกินความยาวของท่อช่วยหายใจ ดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10- 15 วินาที และไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ เพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และการบาดเจ็บของเยื่อบุทางเดินหายใจ
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วย on ET tube with ventilator	3. ดูดเสมหะในปากก่อนการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการสำลักเสมหะหรือน้ำลายเข้าสู่หลอดลม

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. มีไข้สูง BT= 39.9 – 40.3°C 3. มีเสมหะจำนวนมากขึ้น สีขาวขุ่น 4. ผลตรวจ CBC พบ WBC 11.62x10^9/L, neutrophil 92.9% 5. ผล sputum gram พบ gram positive cocci in pair cluster few, gram negative bacilli moderate 6. ผล sputum culture พบ many pseudomonas aeruginosa **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อกำจัดเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุการติดเชื้อ 2. เพื่อป้องการติดเชื้อติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นหรือติดเชื้อซ้ำ 3. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4. ดูแลเทน้ำที่ค้างอยู่ในสายต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ระวังไม่ให้น้ำไหลย้อนกลับเข้าไปในท่อทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการสำลัก 5. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2 -4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในร่างกาย 6. ประเมินเสียงการหายใจอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง รายงานแพทย์ เมื่อพบเสียงหายใจผิดปกติ เช่น crepitation, wheezing หรือ bronchial breath sound เป็นต้น 7. สังเกตสี กลิ่น ลักษณะของเสมหะ ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงผิดปกติ บันทึกและรายงานแพทย์ทราบ 8. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการสูดสำลัก 9. ดูแลให้ยา antibiotic ตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 g IV q 6 hr และ Meropenem 1 gm IV q 8 hr เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา ได้แก่ แพ้ยาอย่างรุนแรง กล้ามเนื้อกระตุก ชัก ท้องเสีย ภาวะเม็ดเลือดขาวหรือเกล็ดเลือดต่ำ ค่าเอนไซม์ตับสูง อัตราการกรองของไตลดลง 10. ติดตามผลการตรวจ CBC, sputum culture ซ้ำ รายงานแพทย์ทราบเมื่อผลผิดปกติ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย เสียงหายใจของปอด 2 ข้างชัดเจน ไม่มีเสียงผิดปกติ เช่น crepitation หรือ rhonchi, wheezing เสมหะลักษณะใสปริมาณลดลง ไม่มีไข้ BT 36-37°C ผล CBC พบ WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ 9.54 x 10^9/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียม ฟอสเฟต และแคลเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากการสูญเสียเกลือแร่ทางปัสสาวะจากผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะและประสิทธิภาพการดูดกลับเกลือแร่ที่ไตลดลงจากแมกนีเซียมในเลือดต่ำ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยได้รับ Glyceol 500 ml IV x 3 วัน และ Lasix 10 mg IV 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ เกลือแร่ในเลือดต่ำ ได้แก่ magnesium 1.6 mg/dL potassium 3.0 mmol/L, phosphate 2.0 mg/dL, calcium 7.5 mg/dL **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มระดับเกลือแร่ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ magnesium, potassium, phosphate, calcium	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ จังหวะการเต้นของชีพจร และประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง และสังเกตลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG monitor เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำ 2. สังเกตและอาการแสดงของภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำรุนแรงขึ้น ดังนี้ 2.1 Hypokalemia ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ท้องอืด และท้องผูก ปัสสาวะออกมาก (Polyuria) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง เช่น ST depression, T wave ลักษณะแบนราบ และ PR interval ยาวขึ้น 2.2 Hypocalcemia ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชามือ เท้า ริมฝีปาก มีจุดเลือดออกกระจายตามผิวหนังทั่วตัว จอประสาทตาบวม หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ prolong QT interval กล้ามเนื้อกล่องเสียงหดเกร็ง หายใจลำบาก กล้ามเนื้อกระตุก ชัก 2.3 Hypophosphatemia ได้แก่ อาการชีด เลือดหยุดช้า เม็ดเลือดขาวลดลง ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การหายใจและหัวใจล้มเหลว ชัก และหมดสติ 2.4 Hypomagnesemia ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว มือเท้าจีบ ชารอบปาก รีเฟล็กซ์ไว ชัก คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ non-specific T-wave change หรือพบ U wave, prolong QT interval, Ventricular tachycardia, Torsade de pointes, Ventricular fibrillation 3. ดูแลให้ 0.9% NaCl 1,000 ml + K_2PO_4 50 ml IV drip 40 ml/hr เฝ้าระวังภาวะ Hyperkalemia, Hyperphosphatemia, Phlebitis

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. ดูแลให้ Calcium gluconate 10 ml IV slow push เฝ้าระวังภาวะ bradycardia. BP ต่ำ หรือหัวใจหยุดเต้น 5. ดูแลให้ KCl elixir 30 ml feed q 4 hr x 2 dose เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือปวดท้อง 6. ดูแลให้ 50% $MgSO_4$ 4 ml + NSS 100 ml IV drip in 4 hr เฝ้าระวัง DTR ลดลงหรือหายไป RR < 12 breaths/min และ BP ต่ำ 7. ติดตามผลการตรวจเกลือแร่ในเลือด ได้แก่ magnesium, potassium, phosphate, calcium **ประเมินผลการพยาบาล** ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบระดับเกลือแร่ในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ potassium 4.2 mmol/L, magnesium 2.2 mg/dL, phosphate 3.9 mg/dL, calcium 9.2 mg/dL
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดและเนื้อเยื่อสมองใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัดสมองและมีสายระบายสิ่งคัดหลั่งออกสู่ภายนอก **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะด้านขวา (Right recraniotomy with clot removal) on gavity drain และ Jackson drain **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดและเนื้อเยื่อสมองใต้เยื่อหุ้มสมอง	1. ก่อนและหลังสัมผัสแผลผ่าตัด สายระบายสิ่งคัดหลั่ง ล้างมือ 6 ขั้นตอนตามมาตรฐานการล้างมือ กรณีเร่งด่วนให้ใช้ alcohol hand wash 2. ดูแลให้แผลผ่าตัดและผ้าปิดแผลแห้งสะอาดอยู่เสมอ กรณีที่แผลมีสารคัดหลั่งซึมมาก ทำแผลให้ใหม่โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ 3. ดูแลให้ระบบสายระบายเป็นระบบปิด เฝ้าระวังสายหัก พับ งอ หรือหลุดตรึงสายระบายให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ดึงรั้ง และดูแลการเทสิ่งคัดหลั่งด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ 4. จัดวางตำแหน่งของ gravity drain อยู่กับพื้น และ Jackson drain ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าศีรษะผู้ป่วยเล็กน้อย เพื่อให้สิ่งคัดหลั่งและเลือดไหลระบายออกได้ดี ตามแรงโน้มถ่วง 5. บันทึกและประเมินลักษณะของสิ่งคัดหลั่ง เพื่ออาการแสดงเริ่มแรกของการติดเชื้อใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมอง 6. สังเกตลักษณะแผลผิดปกติ เช่น อักเสบ บวม แดง ร้อน แผลมีกลิ่นเหม็น หรือแผลมีสิ่งคัดหลั่งเป็นหนอง 7. สังเกตอาการทางระบบประสาทที่บ่งชี้ถึงภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ เช่น คอแข็ง (Stiff neck) ปวดศีรษะ ซึมลง กระสับกระส่าย ชัก หรืออาเจียนพุ่ง 8. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะไข้ 9. ดูแลให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 g IV q 6 hr และ Meropenem 1 gm IV q 8 hr **ประเมินผลการพยาบาล** รู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E4V5M6) ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ไม่พบอาการคอแข็ง ไม่มีไข้ BT 36-37°C ผล CBC พบ WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ 9.54 x 10^9/L ภายหลังถอดลวดเย็บแผล แผลแห้งและติดดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง เนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด และได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีประวัติการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ 3 ครั้งและการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด 2. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย เยื่อบุตาซีด ริมฝีปากซีด	1. ดูแลให้ PRC 1 unit IV drip in 4 hr ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังการเกิดปฏิกิริยาการแพ้เลือดอย่างใกล้ชิด 2. ดูแลให้ Vit $B_{1\text{-}6\text{-}12}$ 1x3 via NG tube pc ตามแผนการรักษา 2. สังเกตและบันทึกอาการอ่อนเพลีย ซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น ความดันโลหิตต่ำ หรือหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เพื่อเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางที่รุนแรงขึ้น 3. รวบรวมกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำในเวลาใกล้เคียงกัน เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
3. ผล CBC พบ Hb 10 g/dL, Hct 29.8% ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 4. ได้รับการงดอาหารและน้ำทางปากอย่างต่อเนื่องมา 5 วัน **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	4. ดูแลให้ BD (1:1) 200 - 300 ml x 4 Feed + น้ำตาม 400 ml/day ตามแผนการรักษา 5. ติดตามผลตรวจ CBC โดยเฉพาะค่า Hb และ Hct ตามรอบที่แพทย์สั่งเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงหลังจากการได้รับเลือดหรือสารอาหาร **ประเมินผลการพยาบาล** ผลตรวจ CBC พบค่า Hb อยู่ในเกณฑ์ปกติ 12.7 g/dL และ Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ 37%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ เนื่องจากกล้ามเนื้อหายใจอ่อนแรงจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานร่วมกับเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วย on ET tube with ventilator ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน 5 วัน 2. ระหว่างหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็น CPAP mode ในวันแรก พบ PR เร็ว EKG show AF with rapid ventricular response (RVR) ต้องยุติการทดลองหย่าเครื่องช่วยหายใจ	1. ปรับเปลี่ยนโหมดเครื่องช่วยหายใจกลับเข้าสู่โหมดควบคุมการหายใจ คือ P-CMV mode, FiO_2 0.4, RR 16 beats/min, IP15 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O เพื่อช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจ 2. ดูแลให้ยาควบคุมจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ ได้แก่ Carvedilol (6.25 mg) 1/2 x 2 via NG tube pc เพื่อช่วยชะลอการส่งสัญญาณไฟฟ้าจากหัวใจห้องบนลงสู่ห้องล่าง ทำให้หัวใจห้องล่างเต้นช้าลง 3. ติดตามและบันทึกลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง พร้อมเตรียมเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) ให้พร้อมใช้งาน 4. เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยคงที่ และจังหวะหัวใจกลับสู่ภาวะปกติ (AF controlled rate) โดยปรับเป็น CPAP mode, FiO_2 0.4, PS 14 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O ช่วงกลางวันและกลับเข้าสู่โหมดควบคุมการหายใจ คือ P-CMV mode, FiO_2 0.4, RR 16 beats/min, IP15 cmH_2O, PEEP 5 cmH_2O ในช่วงกลางคืน เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเต็มที่ 5. ประเมินสัญญาณชีพระหว่าง weaning ventilator หากพบ RR > 35 breaths/min SpO_2 < 90%, PR > 120 beats/min หรือพบจังหวะ AF กลับมาเต้นเร็วผิดปกติ (RVR) ให้ยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ระหว่างทดลองหย่าเครื่องช่วยหายใจอยู่ 4 วัน ผู้ป่วยหายใจได้เอง ไม่เหนื่อย RR 16-18 breaths/min PR 78-90 beats/min, SpO_2 97-100% สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจออกได้ และให้เป็น O_2 cannula 3 L/min
ระยะจำหน่าย **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองในตำแหน่งเดิมเพิ่มขึ้นและตำแหน่งอื่น เนื่องมาจากกลไกการแข็งตัวของเลือดบกพร่องและได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผล CT brain พบ mild decrease acute SDH with mild decrease along right cerebral hemisphere about 0.9 cm with midline to the left about 0.7 cm and mild brain swelling at right hemisphere	1. ส่งต่อข้อมูลทางคลินิกที่สำคัญแก่พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญตามหลัก ISBAR ดังนี้ 1.1 I - Identification (การแนะนำผู้ป่วย) แจ้งชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ และการวินิจฉัยโรค 1.2 S - Situation (สถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นปัญหา) ปัญหาที่หลงเหลือในปัจจุบัน 1.3 B - Background (ข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วย) ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผลการตรวจร่างกายและ CT brain แรกรับ การผ่าตัด ผล CT brain การรักษา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าสุด ยาที่ได้รับปัจจุบัน 1.4 A - Assessment (การประเมินภาวะผู้ป่วยล่าสุด) อาการก่อนย้าย เช่น ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท สัญญาณชีพ 1.5 R - Recommendation (ข้อเสนอแนะ/มาตรการดูแลต่อเนื่อง) เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อสังเกต

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ค่า INR สูงเล็กน้อย 1.36 3. ได้รับยา Enoxaparin 0.6 ml (SC) q 12 hr และ Warfarin (3 mg) 1x1 PO hs วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำหรือเลือดออกเพิ่มขึ้นในสมองอย่างต่อเนื่อง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง	อาการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองเคลื่อนหรือเลือดออกเพิ่ม จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา แนวคอตรง ป้องกันการพลัดตกหกล้ม หลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมที่เพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ และติดตามค่า INR 2. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญตามหลัก D-METHOD 2.1 D - Diagnosis (ให้ความรู้เรื่องโรค) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่า ผู้ป่วยเคยมีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง แม้ตอนนี้ก้อนเลือดจะลดขนาดลง แต่สมองยังคงบวมเล็กน้อย จึงจำเป็นต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำที่ศีรษะ 2.2 M - Medicine (การใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย) เน้นย้ำความสำคัญของยา warfarin ว่าเป็นยาช่วยป้องกันไม่ให้ลิ่มเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น แต่มีผลข้างเคียงทำให้เลือดออกง่าย แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันลิ้นหัวใจเทียม และควรหลีกเลี่ยงยาชุด ยาหม้อ ยาสมุนไพร และยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs เนื่องจากยาเหล่านี้มีปฏิกิริยาต่อต้านหรือเสริมฤทธิ์ยา warfarin 2.3 E - Environment (การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย) แนะนำให้ยกราวกั้นเตียงขึ้นเสมอ เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง 2.4 T - Treatment (การดูแลรักษาและข้อควรระวัง) สอนวิธีสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติ แนะนำการหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือปัจจัยที่เพิ่มความดันในช่องอก ช่องท้อง กะโหลกศีรษะ และท้องผูก การสังเกตอาการที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกซ้ำในสมอง 2.5 H - Health (การส่งเสริมสุขภาพและการรับประทานอาหาร) แนะนำให้งดการออกกำลังกายทุกประเภทในระยะนี้ เน้นการทำกิจกรรมบนเตียงหรือกิจกรรมเบา ๆ เท่าที่จำเป็น การเปลี่ยนท่าทางเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ นอนศีรษะสูง 15–30 องศา 2.6 O - Outpatient (การมาตรวจตามนัด) อธิบายความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อเจาะเลือดติดตามค่า INR และปรับขนาดยา warfarin ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย 2.7 D - Diet (อาการทรุดที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที) ควบคุมปริมาณอาหารที่มีวิตามินเคสูงซึ่งจะต้านการออกฤทธิ์ของยา warfarin หลีกเลี่ยงอาหารสมุนไพร หรือเครื่องดื่มที่เสริมฤทธิ์ยา warfarin หรืออาหารที่ลดฤทธิ์ยา warfarin งดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงและดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากรณีผู้ป่วยรายนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลสำคัญจำนวน 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะสมองเคลื่อนใน การดูแลหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ และการเฝ้าระวัง

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด การบริหารยาความเสี่ยงสูงและสารน้ำ osmotic diuresis การลดและกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การดูแลความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ซึ่งผลหลังการให้การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ โดยมีสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และอาการทางระบบประสาทปกติและคงที่ ซึ่งในระหว่างดูแลพบผู้ป่วยมีปัญหาที่ ทำให้การฟื้นตัวล่าช้า เช่น การมีเลือดออกซ้ำในสมอง ต้องผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออกถึง 3 ครั้ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นประจำ แม้ว่าจะมีการหยุดยาไปแล้วก็ตาม แต่ในผู้ป่วยบางราย กระบวนการกู้คืนกลไกการแข็งตัวของเลือดในร่างกายอาจยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์หรือมีระดับยาค้างในเนื้อเยื่อสูง ทำให้เกล็ดเลือดและปัจจัยการแข็งตัวของเลือดไม่สามารถเกาะกลุ่มเป็นลิ่มเลือดที่แข็งแรงพอที่จะอุดรอย ฉีกขาดของเส้นเลือดในสมอง ส่งผลให้เกิดเลือดออกซ้ำที่บริเวณเดิม[12] อีกทั้งผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติชนิด AF with rapid ventricular response (RVR) จนต้องหยุดการทดลองหย่าเครื่องช่วยหายใจ อาจเกิดจากปฏิกิริยาความเครียดเฉียบพลันจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นผลมาจากแรงในการหายใจที่เพิ่มขึ้นกะทันหันใน โหมด CPAP ทำให้กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนกลุ่ม Catecholamines ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นหัวใจโดยตรงโดยไปเร่งการส่งกระแสไฟฟ้าที่จุดกำเนิดไฟฟ้าแปลกปลอม (Ectopic foci) ในหัวใจห้องบนให้ทำงานไวขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจรั่วและผ่านการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม เนื้อเยื่อหัวใจห้องบนมักจะมีรอยโรคหรือมีพังผืด ทำให้มีจุดกำเนิดไฟฟ้าแปลกปลอมจำนวนมาก จึงความไวต่อสิ่งเร้าสูง ทำให้หัวใจห้องบนเต้นพริ้วและส่งผ่านกระแสไฟฟ้าลงมายังหัวใจห้องล่างถี่ผิดปกติ จนเกิดภาวะที่หัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ [13] นอกจากนี้ในระยะการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำในสมองอีก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่วและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต เพื่อยับยั้งการก่อตัวของ ลิ่มเลือดบนผิวลิ้นหัวใจเทียมซึ่งเป็นสิ่งแปลกปลอม ซึ่งอาจส่งผลให้ลิ้นหัวใจเทียมอุดตันจนขัดขวางกลไกการเปิด-ปิดของลิ้นหัวใจเทียม ส่งผลให้การทำงานของหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากความจำเป็นดังกล่าว จึงต้องให้ความสำคัญกับการติดตามและควบคุมระดับ INR ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยอย่างเคร่งครัด หากค่า INR ต่ำเกินไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อลิ้นหัวใจเทียม อุดตัน แต่หากค่า INR สูงเกินไปจะกลายเป็นปัจจัยทำให้เกิดเลือดออกซ้ำในสมองได้

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่ออธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง อาการที่เป็นสัญญาณอันตรายที่ต้องมาพบแพทย์

2. จัดทำแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด

3. พัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสมองร่วมกับโรคหัวใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Brazinova, A., Rehorcikova, V., Taylor, M. S., Buckova, V., Majdan, M., Psota, M., Peeters, W., Feigin, V. L., Theadom, A., Holzer, M., & Stulik, J.(2021). Epidemiology of traumatic brain injury in Europe: A livingsystematic review. Journal of Neurotrauma 2021; 38(10):1411–1440.

2. Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abaji, 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 2021; 20(10): 795–820.
3. Hutter, B. O., & Gilsbach, J. M.(2019). Chronic subdural hematoma: Epidemologic features and outcomes in elderly patients receiving antithrombotic therapy. World Neurosurgery 2019; 124: e512–e520.
4. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาระโรคจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บของประเทศไทย ปี 2565–2566. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2566.
5. มาริสา สุขสำราญ. (2567).การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทที่มีภาวะเลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมองจากอุบัติเหตุและการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2567; 34(2): 45–58.
6. อรวรรณ ศรีจันทร์, และสมชาย พงษ์เจริญ.(2565). สถานการณ์และผลลัพธ์การผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดคั่งใต้เยื่อหุ้มสมองกึ่งเฉียบพลันในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 2565; 105(4): 312–321.
7. Guleserian, K., & Smith, J. R.(2020). Anticoagulant-associated intracranial hemorrhage: Management and reversal strategies in emergency neurosurgery. Journal of Neurosurgical Anesthesiology 2020; 32(3): 210–218.
8. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(2565). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและภาวะเลือดคั่งในกะโหลกศีรษะฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศิริราชเวชการ; 2565.
9. American Heart Association [AHA], & American Stroke Association [ASA].(2022). Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2022; 53(7): e282–e361.
10. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2569). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2566, 2567,2568 [อินทราเน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2569]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
11. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.(1979). The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare. 1979.
12. Gillespie, J., Khan, M., & Wong, A.(2026). Antiplatelet and anticoagulation use and outcomes following surgical evacuation of chronic subdural hematoma: A systematic review and meta-analysis. Journal of Neurosurgery 2026; 144(2): 312–320.
13. Thawinwong, S., & Matchim, Y.(2023). Nursing care of a patient with atrial fibrillation with septic shock: A case study. Journal of Health Science and Nursing Research 2023; 5(2): 45–58.

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยา ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

The development of a medication safety management model for patients with chronic non-communicable diseases under the primary care pharmacy service system at King Narai Hospital, Lopburi Province.

(Received: September 14, 2026; Revised: September 21, 2026 ; Accepted: September 22, 2026)

บงกช เพียรไทย[1], ธงชัย ทองบู่[2]
Bongkoch Pienthai[1], Thongchai Thongboo[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ และพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรีดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ นำรูปแบบไปใช้และปรับปรุง และประเมินผลต่อเนื่องพร้อมขยายการใช้รูปแบบ กลุ่มประเมินผลเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 382 คน ติดตาม 3 ช่วงเวลา และทีมสหวิชาชีพ 13 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลและความถูกต้องในการใช้ยา แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา แบบประเมินความพึงพอใจ และแนวคำถามเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Friedman test, Cochran's Q test, McNemar test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงด้านยา การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษาด้านยา การติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ภายหลังใช้รูปแบบ ความถูกต้องในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.75 เป็น 92.41 และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 23.40 เป็น 26.58 คะแนน โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ปัญหาจากการใช้ยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจากร้อยละ 8.90 เป็น 5.50 แต่ไม่แตกต่างกัน ($p=0.086$) ระยะขยายผลมีผู้ผ่านเกณฑ์ 900 คน ได้รับรูปแบบ 720 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และในผู้ที่มีข้อมูลก่อน–หลังครบคู่ 222 คน พบความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการจัดการปัญหาด้านยาและสนับสนุนความต่อเนื่องของบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิได้ โดยควรให้ความสำคัญกับระบบติดตามและความครบถ้วนของข้อมูลในการขยายการใช้รูปแบบต่อไป

คำสำคัญ: ความปลอดภัยด้านการใช้ยา, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, เภสัชกรรมปฐมภูมิ

Abstract

This research and development project aims to study the medication use situation in patients with chronic non-communicable diseases under the primary care pharmacy system and to develop a model for managing medication safety in patients with chronic non-communicable diseases under the primary care pharmacy system at Phra Narai Maharaj Hospital, Lopburi Province. The study was conducted from December 2025 to August 2026 and comprised three phases: situation analysis and model development, model implementation and refinement, and continued evaluation with expanded implementation. The evaluation group consisted of 382 patients with NCDs who were followed at three time points, together with 13 multidisciplinary team members. Research instruments included a general and correct medication use record form, a drug-related problem and adverse drug event record form, a medication error record form, a medication adherence questionnaire, satisfaction questionnaires, and qualitative interview guides. Data were analyzed using descriptive statistics, the Friedman test, Cochran's Q test, McNemar test, and content analysis.

The developed model comprised six components: medication risk assessment, medication review, medication counseling, medication-use follow-up, adverse drug event surveillance, and multidisciplinary team

coordination. After implementation, the proportion of patients with correct medication use increased from 66.75% to 92.41%, while the mean medication adherence score increased from 23.40 to 26.58; both changes were statistically significant ($p < 0.001$). Drug-related problems and adverse drug events decreased significantly. Medication errors decreased from 8.90% to 5.50%, although the difference was not statistically significant ($p = 0.086$). During the expansion phase, 900 patients met the eligibility criteria and 720 received the model, representing 80.00% coverage. Among 222 patients with complete paired pre- and post-implementation data, both correct medication use and medication adherence improved significantly. The findings indicate that the developed model can be applied to support medication safety management and continuity of primary care pharmaceutical services. Further implementation should emphasize systematic follow-up and completeness of outcome data.

Keywords: Medication safety, Non-communicable diseases, Primary care pharmacy

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีหลายโรคร่วมและจำเป็นต้องใช้ยาหลายรายการเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้การดูแลด้านยามีความซับซ้อนทั้งในด้านความเหมาะสมของข้อบ่งใช้ ขนาดและวิธีใช้ยา การเฝ้าระวังผลจากยา ตลอดจนความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการยาด้วยตนเอง ความปลอดภัยด้านการใช้ยาจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับยาหลายรายการหรือมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการจัดการความปลอดภัยในการใช้ยาหลายขนาน โดยเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทบทวนยาอย่างเป็นระบบ และการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษาและลดอันตรายที่สามารถป้องกันได้[1]

ปัญหาความปลอดภัยด้านการใช้ยาอาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากกระบวนการให้บริการและจากการใช้ยาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ครอบคลุมความคลาดเคลื่อนทางยา ปัญหาจากการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และการใช้ยาไม่ถูกต้อง แม้ผู้ป่วยจะได้รับคำสั่งการรักษาที่เหมาะสม แต่การใช้ยาจริงอาจแตกต่างจากข้อมูลในเวชระเบียนหรือฉลากยา เนื่องจากการลืมยา หยุดยา ปรับขนาดยาเอง ใช้ยาตามอาการ หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับผลของยาที่แตกต่างจากแผนการรักษา นันทพร ริยะวงษ์ และกรแก้ว จันทภาษา[2] พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้บางรายมีการปรับหรือหยุดยาตามการรับรู้อาการและความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบของยา ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่า การจัดการความปลอดภัยด้านยาไม่ควรพิจารณาเฉพาะรายการยาที่ได้รับ แต่ต้องครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาและบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิมีบทบาทในการเชื่อมการดูแลด้านยาระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน โดยครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงด้านยา การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษา การติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ กระบวนการดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลยาที่ครบถ้วนและการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาหรือการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ[3] การศึกษาของอมรรัตน์ เต็มวงษ์ และคณะ[4] พบว่า การเชื่อมโยงข้อมูลยาระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิช่วยลดการตกหล่นของยา ขณะที่ปภาวี วันเพ็ญ และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง[5] พบว่า การใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยร่วมกับการบริบาลทางเภสัชกรรมช่วยให้ค้นพบปัญหาจากการใช้ยาได้ครอบคลุมมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมการ

ประเมิน การแก้ไข และการติดตามปัญหาให้เป็นกระบวนการเดียวกัน

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้ารับบริการจำนวน 23,366 ราย และมีผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไปจำนวน 14,720 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.00 จากการทบทวนข้อมูลบริการพบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา 1.55 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา 6.14 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา โดยพบการจัดยาผิดชนิด ผิดจำนวน และผิดความแรง และพบความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา 0.30 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา นอกจากนี้ ยังพบผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซ้ำ 1 ราย และเกิดการแพ้ยากลุ่มเดียวกัน 1 ราย[6] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่ายังพบความเสี่ยงในหลายขั้นตอนของกระบวนการใช้ยา ขณะเดียวกัน การประเมินความเสี่ยง การทบทวนรายการยา การติดตาม และการประสานข้อมูลระหว่างผู้เกี่ยวข้องยังดำเนินการตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน และยังไม่มีรูปแบบร่วมที่กำหนดขั้นตอน บทบาท และการติดตามผลอย่างเชื่อมโยงกัน ทำให้การค้นหา แก้ไข และติดตามสถานะของปัญหาด้านยายังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่อง

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาความปลอดภัยด้านการใช้ยา และนำข้อมูลร่วมกับข้อเสนอของทีมสหวิชาชีพมาใช้พัฒนารูปแบบ ซึ่งประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงด้านยา การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษา การติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ จากนั้นนำรูปแบบไปใช้ ประเมินผล ปรับปรุงตามผลการดำเนินงาน และขยายการใช้รูปแบบในระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพื่อประเมินความครอบคลุมและผลการดำเนินงานในกลุ่มผู้รับบริการเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อให้ได้กระบวนการจัดการความปลอดภัยด้านยาที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 รวม 9 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยมีการนำรูปแบบไปใช้และปรับปรุง 2 รอบ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึง

เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาความปลอดภัยด้านการใช้ยา กระบวนการให้บริการเดิม และความต้องการในการพัฒนาจากข้อมูลบริการและการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นร่วมกันกำหนดองค์ประกอบ กิจกรรม บทบาทผู้รับผิดชอบ และแนวทางปฏิบัติของรูปแบบ พร้อมตรวจสอบและปรับปรุงเครื่องมือ รวมทั้งเก็บข้อมูลก่อนนำรูปแบบไปใช้ (T0)

ระยะที่ 2 นำรูปแบบไปใช้และปรับปรุง ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 นำรูปแบบเบื้องต้นไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มประเมินผล ดำเนินกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงด้านยา การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษาด้านยา การติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ประเมินผลหลังดำเนินงานรอบที่ 1 (T1) และนำปัญหากับข้อเสนอแนะจากทีมมาปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 3 ประเมินผลต่อเนื่องและขยายการใช้รูปแบบ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 นำรูปแบบฉบับปรับปรุงไปใช้ต่อเนื่องกับผู้ป่วยกลุ่มเดิม และประเมินผลหลังดำเนินงานรอบที่ 2 (T2) พร้อมขยายการใช้รูปแบบไปยังผู้ป่วยกลุ่มเพิ่มเติมในพื้นที่บริการปฐมภูมิเดิม ติดตามความครอบคลุมของบริการ ผลลัพธ์ก่อนและหลังได้รับบริการ และความครบถ้วนของข้อมูลติดตาม โดยวิเคราะห์กลุ่มขยายผลแยกจากกลุ่มประเมินผลหลัก จากนั้นสรุปผลและข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โดยประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคไตเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และได้รับยารักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่องตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไป ซึ่งในปี พ.ศ. 2568 มีจำนวน 14,720 ราย[6]

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับประเมินผลการใช้รูปแบบ คำนวณจากสูตรประมาณค่าสัดส่วนสำหรับประชากรที่มีจำนวนจำกัด กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สัดส่วนที่คาดไว้เท่ากับ 0.50 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 375 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่องตามลำดับการเข้ารับบริการ (consecutive sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 382 ราย และติดตามผู้ป่วยรายเดิมใน 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนใช้รูปแบบ (T0) หลังการดำเนินงานรอบที่ 1 (T1) และหลังการดำเนินงานรอบที่ 2 (T2)

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามที่กำหนดอย่างน้อย 1 โรค ได้รับยารักษาโรคเรื้อรังตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไป สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือสภาวะทางคลินิกไม่คงที่จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือการสื่อสารจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือเป็นผู้ป่วยใน

สำหรับระยะขยายผล กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิระหว่างเดือนมิถุนายน–สิงหาคม พ.ศ. 2569 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การรับบริการตามรูปแบบ โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มแยกจากผู้ป่วย 382 รายที่ใช้ประเมินผลรูปแบบ ในช่วงดังกล่าวมีผู้ป่วยไม่ซ้ำ 1,200 ราย ผ่านเกณฑ์ 900 ราย และได้รับบริการตามรูปแบบ 720 ราย การประเมินผลก่อนและหลังในระยะขยายผลใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการประเมินครบคู่จำนวน 222 ราย และวิเคราะห์แยกจากกลุ่มประเมินผลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพจำนวน 13 คน คัดเลือกแบบเจาะจง

ประกอบด้วยเภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน แพทย์ 1 คน และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 4 คน โดยบุคลากรกลุ่มนี้เป็นทั้งผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะศึกษาสถานการณ์และผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงด้านยา การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษาด้านยา การติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย และความถูกต้องในการใช้ยา บันทึกอายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม จำนวนรายการยา และประวัติปัญหาจากการใช้ยา ส่วนความถูกต้องในการใช้ยาประเมินโดยเภสัชกรจากการสอบถามผู้ป่วยและตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยใช้จริง เปรียบเทียบกับคำสั่งการรักษาและฉลากยาปัจจุบัน ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ชนิดยา ขนาดยา ความถี่ เวลา และวิธีใช้ยา โดยบันทึกผลแต่ละด้านเป็นถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง และจัดให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาถูกต้องเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้องครบทั้ง 5 ด้าน

2.2 แบบบันทึกปัญหาจากการใช้ยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา จำแนกปัญหาตามแนวคิดของ Cipolle, Strand และ Morley[7] จำนวน 7 ประเภท บันทึกยาที่เกี่ยวข้อง ลักษณะปัญหา การแก้ไข และผลการติดตาม ส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บันทึกยาที่สงสัย วันที่เกิดเหตุการณ์ ความรุนแรง ความสัมพันธ์กับยา และการจัดการ โดยใช้รหัสเหตุการณ์เพื่อป้องกันการบันทึกซ้ำ

2.3 แบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา บันทึกประเภท ขั้นตอนที่เกิดเหตุการณ์ ยาที่เกี่ยวข้อง สาเหตุ การแก้ไข และผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยจำแนกตามเกณฑ์ NCC MERP ระดับ A–I[8] ทั้งนี้ ระดับ A ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน บันทึกแยกจากเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจริง ระดับ B–I

2.4 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 8 ข้อ ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในช่วง 30 วันที่ผ่านมา คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นประจำ 0 คะแนน ถึงไม่เคย 4 คะแนน คะแนนรวม 0–32 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยามากกว่า ใช้ประเมินก่อนใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบครั้งที่ 1 และหลังใช้รูปแบบครั้งที่ 2

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ แบ่งเป็นฉบับผู้ป่วยและฉบับบุคลากรสาธารณสุข ครอบคลุมความชัดเจน ความสะดวก ความเหมาะสม และประโยชน์ของรูปแบบ โดยปรับประเด็นตามบทบาทผู้ตอบ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด 1 คะแนน ถึงมากที่สุด 5 คะแนน แปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามช่วงคะแนน 1.00–1.80, 1.81–2.60, 2.61–3.40, 3.41–4.20 และ 4.21–5.00 ตามลำดับ

2.6 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมสถานการณ์และปัญหาการใช้ยา กระบวนการทำงานเดิม ความต้องการพัฒนาความเหมาะสมของรูปแบบ ปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ความปลอดภัยในการใช้ยา และ

ระเบียบวิธีวิจัย เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความชัดเจนของภาษา ภายหลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00

นำแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและความพึงพอใจฉบับผู้ป่วยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และแบบประเมินความพึงพอใจฉบับบุคลากรไปทดลองใช้กับบุคลากร จำนวน 30 คน ซึ่งไม่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82, 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนแบบบันทึกข้อมูลและแนวคำถามเชิงคุณภาพปรับปรุงความชัดเจนของรายการบันทึก เกณฑ์ประเมิน และถ้อยคำตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 รวม 9 เดือน ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาความปลอดภัยด้านการใช้ยาและกระบวนการให้บริการเดิม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นำข้อค้นพบมายกร่างรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ กำหนดกิจกรรม บทบาทผู้รับผิดชอบ และแนวทางปฏิบัติ พร้อมตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบและเครื่องมือก่อนนำไปใช้

2. ระยะที่ 2 นำรูปแบบไปใช้และปรับปรุง เดือนมีนาคม–พฤษภาคม พ.ศ. 2569 เตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานและนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มประเมินผล โดยเภสัชกรดำเนินกิจกรรมการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ติดตามผลหลังใช้รูปแบบครั้งที่ 1 และนำปัญหาที่พบกับข้อเสนอแนะของทีมมาปรับปรุงกิจกรรมและขั้นตอนการให้บริการ

3. ระยะที่ 3 ประเมินผลต่อเนื่องและขยายการใช้รูปแบบ เดือนมิถุนายน–สิงหาคม พ.ศ. 2569 นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ต่อเนื่องกับผู้ป่วยกลุ่มเดิมและประเมินผลหลังใช้รูปแบบครั้งที่ 2 พร้อมขยายการใช้รูปแบบในระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ติดตามความครอบคลุมของบริการ ผลการใช้รูปแบบ และปัญหาในการดำเนินงาน จากนั้นร่วมกับทีมสหวิชาชีพสรุปข้อเสนอแนะสำหรับการนำรูปแบบไปใช้ต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมก่อนเก็บข้อมูล ใช้เครื่องมือและคำชี้แจงเดียวกัน แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

1. ระยะที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568–กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และปัญหาการใช้ยาจากเวชระเบียน ฐานข้อมูลบริการ การสอบถามผู้ป่วย และการตรวจสอบยาที่ใช้จริง ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการทำงานเดิมและความต้องการพัฒนา บันทึกข้อเสนอแนะและข้อตกลงจากการพัฒนารูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และประเมินข้อมูลก่อนใช้รูปแบบของผู้ป่วยกลุ่มติดตาม

2. ระยะที่ 2 เดือนมีนาคม–พฤษภาคม พ.ศ. 2569 เก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบครั้งที่ 1 จากผู้ป่วยรายเดิม ได้แก่ ความถูกต้องในการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา พร้อมรวบรวมบันทึกปัญหาจากการใช้ยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และความคลาดเคลื่อนทางยา โดยระบุวันที่พบเหตุการณ์ การจัดการ และผลการติดตาม รวมทั้งบันทึกปัญหาและข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพเพื่อประกอบการปรับปรุงรูปแบบ

3. ระยะที่ 3 เดือนมิถุนายน–สิงหาคม พ.ศ. 2569 เก็บข้อมูลหลังใช้รูปแบบครั้งที่ 2 จากผู้ป่วยกลุ่มเดิมด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรด้วยแบบ

ประเมินแยกฉบับ ส่วนกลุ่มขยายผลรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ซ้ำราย การผ่านเกณฑ์ การได้รับบริการ วันที่รับบริการ ผลลัพธ์ก่อน–หลังที่ติดตามได้ และสถานะการติดตาม โดยระบุวันที่ประเมินจริงและสาเหตุที่ข้อมูลไม่ครบ

ตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูลกับเอกสารต้นทางก่อนบันทึกเข้าฐานข้อมูล ใช้รหัสผู้ป่วยเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละครั้งและป้องกันการนับซ้ำ แยกข้อมูลกลุ่มประเมินผลออกจากกลุ่มขยายผล และจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะข้อมูล

2. เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาทั้งสามช่วงเวลาด้วย Friedman test และเปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ยาด้วย Cochran's Q test หากพบความแตกต่าง เปรียบเทียบรายคู่ด้วย Wilcoxon signed-rank test หรือ McNemar test และปรับค่า p ด้วยวิธี Bonferroni กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. กลุ่มขยายผลวิเคราะห์ความครอบคลุมของบริการ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน–หลังเฉพาะผู้มีข้อมูลครบคู่ โดยใช้ paired-samples t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test สำหรับคะแนน และ McNemar test สำหรับข้อมูลสองกลุ่มประเภท กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. สำหรับการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยา กำหนดเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเหตุการณ์ระดับ B–I ตามเกณฑ์ NCC MERP[8] ส่วนระดับ A รายงานแยกเป็นสถานการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน และไม่นำมารวมในการคำนวณสัดส่วนผู้ป่วยที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสโครงการวิจัย KNH 122/2568 เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2568 การเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยเริ่มดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาความปลอดภัยด้านการใช้ยา

จากการทบทวนข้อมูลบริการของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในปี พ.ศ. 2568 พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้ารับบริการจำนวน 23,366 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับยาต่อเนื่องตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไปจำนวน 14,720 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.00 สะท้อนถึงภาระการดูแลด้านยาที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา พบความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยา 1.55 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา ความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยา 6.14 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา และความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยา 0.30 ครั้งต่อ 1,000 ใบสั่งยา โดยความคลาดเคลื่อนก่อนจ่ายยาที่พบ ได้แก่ การจัดยาผิดชนิด ผิดจำนวน และผิดความแรง นอกจากนี้ ยังพบเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาซ้ำและการแพ้ยาจากยากลุ่มเดียวกันอย่างละ 1 ราย ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่ายังมีความเสี่ยงด้านยาเกิดขึ้นในหลายขั้นตอนของกระบวนการให้บริการ

เพื่อให้เข้าใจปัญหาในบริบทการปฏิบัติงานมากขึ้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหวิชาชีพ จำนวน 13 คน ประกอบด้วยเภสัชกร 4 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน แพทย์ 1 คน และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 4 คน ซึ่งบุคลากรกลุ่ม

เดียวกันนี้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ ผลการสัมภาษณ์พบประเด็นปัญหาความปลอดภัยด้านการใช้ยา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้านข้อมูลยาและความต่อเนื่องในการดูแล และด้านกระบวนการให้บริการและทรัพยากร

ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบปัญหาการลืมรับประทานยา การใช้ยาไม่ตรงตามคำสั่ง การใช้ยาผิดขนาดหรือเวลา ตลอดจนการหยุดหรือปรับยาเอง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความหลงลืม การขาดผู้ดูแล เวลาทำงานที่ไม่สอดคล้องกับการรับประทานยา และความเข้าใจเกี่ยวกับยา ผู้ป่วยบางรายมีความกังวลต่ออาการไม่พึงประสงค์หรือเชื่อว่าการใช้ยาต่อเนื่องอาจส่งผลต่อไต จึงหลีกเลี่ยงหรือหยุดยาบางรายการตามการรับรู้ของตนเอง ส่วนด้านข้อมูลยาและความต่อเนื่องในการดูแล พบการรับยาจากหลายสถานพยาบาล การได้รับยาซ้ำซ้อน และรายการยาของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่เป็นปัจจุบันภายหลังมีการปรับยาจากโรงพยาบาล รวมทั้งการบันทึกผลการปรึกษาระหว่างวิชาชีพที่ยังไม่เชื่อมโยงในระบบข้อมูลร่วมกัน ขณะที่ด้านกระบวนการให้บริการและทรัพยากร แม้มีการทบทวนยา การให้คำปรึกษา การประสานทีมรักษา และการติดตามผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ยังพบข้อจำกัดด้านช่องทางการแจ้งปัญหา การส่งต่อข้อมูล การติดตามผลการแก้ไข และภาระงานที่เพิ่มขึ้นในบางจุดบริการ

จากข้อค้นพบทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทีมสหวิชาชีพเห็นความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการดูแลให้เชื่อมโยงมากขึ้น ตั้งแต่การประเมินปัญหาการใช้ยาเป็นรายบุคคล การทบทวนรายการยาให้เป็นปัจจุบัน การให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยเข้าใจได้และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละราย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตลอดจนการกำหนดช่องทางการปรึกษา การส่งต่อข้อมูล และการติดตามปัญหาร่วมกันระหว่างวิชาชีพ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยา

การสังเคราะห์สถานการณ์และปัญหาความปลอดภัยด้านการใช้ยา ร่วมกับข้อเสนอแนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การกำหนดรูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงด้านยา การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษาด้านยา การติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ โดยเชื่อมโยงกิจกรรมตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไขร่วมกัน จนถึงการติดตามผลในผู้ป่วยรายเดียวกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาและความเชื่อมโยงกับปัญหาที่พบ

องค์ประกอบ	ปัญหาที่นำมาใช้ในการพัฒนา	แนวทางดำเนินงานของรูปแบบ
1. การประเมินความเสี่ยงด้านยา	การลืมใช้ยา การหยุดหรือปรับยาเอง และข้อจำกัดในการจัดการยาของผู้ป่วยและผู้ดูแล	ประเมินพฤติกรรมการใช้ยา ความเข้าใจ อุปสรรค และการช่วยเหลือจากผู้ดูแล เพื่อกำหนดประเด็นที่ต้องดูแลเป็นรายบุคคล
2. การทบทวนรายการยา	การรับยาจากหลายสถานพยาบาล การใช้ยาซ้ำซ้อน และรายการยาที่ไม่เป็นปัจจุบัน	ตรวจสอบรายการยาที่ได้รับเทียบกับยาที่ผู้ป่วยใช้จริง รวมถึงยาที่ซื้อใช้เองและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พร้อมประสานตรวจสอบความแตกต่างของรายการยา
3. การให้คำปรึกษาด้านยา	การใช้ยาผิดขนาดหรือเวลา ความเข้าใจคลาดเคลื่อน และความกังวลต่อการใช้ยา	ให้คำปรึกษาตามปัญหาเฉพาะราย ใช้คำอธิบายและสื่อที่เข้าใจง่าย ตรวจสอบความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีใช้ยากลับ และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมตามความจำเป็น

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาและความเชื่อมโยงกับปัญหาที่พบ

องค์ประกอบ	ปัญหาที่นำมาใช้ในการพัฒนา	แนวทางดำเนินงานของรูปแบบ
4. การติดตามการใช้ยา	การขาดข้อมูลต่อเนื่องว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้หรือปัญหาได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่	กำหนดผู้รับผิดชอบและวันติดตาม ประเมินความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาซ้ำ พร้อมบันทึกสถานะปัญหาและเหตุผลที่ติดตามไม่ได้
5. การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา	ความกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังใช้ยา และข้อจำกัดในการแจ้งหรือส่งต่อปัญหา	สอบถามและบันทึกเหตุการณ์ที่สงสัยเกี่ยวข้องกับยา ประสานผู้รับผิดชอบเพื่อประเมินและจัดการ พร้อมติดตามผลหลังดำเนินการ
6. การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ	ข้อมูลการปรับยาและผลการปรึกษาที่ไม่เชื่อมโยง รวมถึงความไม่ชัดเจนของการส่งต่อและติดตาม	กำหนดบทบาท ช่องทางปรึกษา และข้อมูลที่ต้องส่งต่อร่วมกัน โดยเชื่อมโยงปัญหา ข้อเสนอแนะ การดำเนินการและผลการติดตามในทะเบียนเดียวกัน

รูปแบบกำหนดให้เภสัชกรรับผิดชอบการประเมินและทบทวนปัญหาด้านยา การให้คำปรึกษา และการติดตามผลร่วมกับทีม พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสนับสนุนการคัดกรอง การนัดหมาย และการติดตามในหน่วยบริการหรือชุมชน ส่วนแพทย์ร่วมพิจารณาปัญหาที่ต้องอาศัยการตัดสินใจด้านการรักษา โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการใช้ยาจริง ระบุอุปสรรค และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน

ผลผลิตของการออกแบบรูปแบบจึงครอบคลุมทั้งแนวทางปฏิบัติร่วมกันของทีมและโครงสร้างข้อมูลสำหรับติดตามผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลความเสี่ยง รายการยา ปัญหาที่ตรวจพบ การดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ วันติดตาม และผลการประเมินซ้ำ โดยแยกข้อมูลการดำเนินกิจกรรมออกจากผลลัพธ์ด้านการใช้ยาอย่างชัดเจน เช่น การได้รับคำปรึกษาแยกจากการใช้ยาถูกต้อง และการได้รับการประเมินแยกจากคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อรองรับการประเมินผลการใช้รูปแบบและการขยายการใช้ในระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

3. ผลการใช้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ประเมินผลรูปแบบจำนวน 382 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 60.47 อายุเฉลี่ย 63.89 ปี (SD = 10.86) และก่อนใช้รูปแบบได้รับยารักษาโรคเรื้อรังเฉลี่ย 5.71 รายการ (SD = 1.54)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการใช้ยาระหว่าง T0, T1 และ T2 ในผู้ป่วยรายเดิม (n = 382)

ผลลัพธ์	T0	T1	T2	ค่าสถิติ	p-value
ความถูกต้องในการใช้ยา, n (%)	255 (66.75)	302 (79.06)	353 (92.41)	Q = 72.43	<0.001
ความร่วมมือในการใช้ยา, Mean ± SD	23.40 ± 2.32	24.96 ± 2.39	26.58 ± 2.05	χ^2 = 283.99	<0.001
พบปัญหาจากการใช้ยา ≥1 ปัญหา, n (%)	170 (44.50)	122 (31.94)	99 (25.92)	Q = 30.88	<0.001
พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ≥1 เหตุการณ์, n (%)	41 (10.73)	36 (9.42)	12 (3.14)	Q = 16.77	<0.001
พบความคลาดเคลื่อนทางยา ≥1 เหตุการณ์, n (%)	34 (8.90)	21 (5.50)	21 (5.50)	Q = 4.90	0.086

หมายเหตุ: T0 = ก่อนใช้รูปแบบ; T1 = หลังการดำเนินงานรอบที่ 1; T2 = หลังการดำเนินงานรอบที่ 2; ความถูกต้องในการใช้ยาหมายถึงการใช้ยาถูกต้องครบ 5 ด้าน ได้แก่ ชนิดยา ขนาดยา ความถี่ เวลา และวิธีใช้ยา; คะแนนความร่วมมือในการใช้ยามีช่วง 0–32 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้น; Q = Cochran's Q test; χ^2 = Friedman test; ความคลาดเคลื่อนทางยาหมายถึงเหตุการณ์ระดับ B–I ตามเกณฑ์ NCC MERP โดยไม่รวมระดับ A

จากตารางที่ 2 พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยาถูกต้องครบทั้ง 5 ด้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.75 ในช่วง T0 เป็นร้อยละ 79.06 ในช่วง T1 และร้อยละ 92.41 ในช่วง T2 โดยมีความแตกต่างระหว่างสามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 23.40 คะแนน เป็น 24.96 และ 26.58 คะแนน ตามลำดับ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สัดส่วนผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยาอย่างน้อย 1 ปัญหาลดลงจากร้อยละ 44.50 ในช่วง T0 เป็นร้อยละ 31.94 ในช่วง T1 และร้อยละ 25.92 ในช่วง T2 ส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาลดลงจากร้อยละ 10.73 เป็นร้อยละ 9.42 และ 3.14 ตามลำดับ โดยทั้งสองผลลัพธ์แตกต่างกันระหว่างสามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับความคลาดเคลื่อนทางยา สัดส่วนผู้ป่วยที่พบเหตุการณ์ลดลงจากร้อยละ 8.90 ในช่วง T0 เป็นร้อยละ 5.50 ในช่วง T1 และคงที่ร้อยละ 5.50 ในช่วง T2 แต่ไม่พบความแตกต่างโดยรวม ($p = 0.086$)

เมื่อผลการทดสอบโดยรวมพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จึงเปรียบเทียบรายคู่และปรับค่า p ด้วยวิธี Bonferroni ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบรายคู่ของผลลัพธ์ด้านการใช้ยาระหว่าง T0, T1 และ T2

Outcome	Comparison	Effect estimate (95% CI)	Adjusted p-value
Correct medication use	T0 vs T1	+12.30 percentage points (5.86 to 18.75)	<0.001
	T1 vs T2	+13.35 percentage points (8.36 to 18.34)	<0.001
	T0 vs T2	+25.65 percentage points (20.29 to 31.01)	<0.001
Medication adherence score	T0 vs T1	+1.56 points (1.27 to 1.85)	<0.001
	T1 vs T2	+1.62 points (1.34 to 1.90)	<0.001
	T0 vs T2	+3.18 points (2.90 to 3.46)	<0.001
Drug-related problems	T0 vs T1	−12.57 percentage points (−19.61 to −5.52)	0.002
	T1 vs T2	−6.02 percentage points (−12.26 to 0.22)	0.213
	T0 vs T2	−18.59 percentage points (−24.96 to −12.21)	<0.001
Adverse drug events	T0 vs T1	−1.31 percentage points (−5.70 to 3.08)	1.000
	T1 vs T2	−6.28 percentage points (−9.79 to −2.78)	0.002
	T0 vs T2	−7.59 percentage points (−11.18 to −4.00)	<0.001

หมายเหตุ: T0 = ก่อนใช้รูปแบบ; T1 = หลังการดำเนินงานรอบที่ 1; T2 = หลังการดำเนินงานรอบที่ 2. Effect estimate คำนวณเป็นค่าช่วงหลังลบช่วงก่อน; สำหรับผลลัพธ์แบบสองกลุ่มรายงานผลต่างของสัดส่วนเป็น percentage points และ 95% CI ของผลต่างแบบจับคู่ ส่วนคะแนนความร่วมมือในการใช้ยารายงาน mean paired difference และ 95% CI. การเปรียบเทียบผลลัพธ์แบบสองกลุ่มใช้ McNemar test และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาใช้ Wilcoxon signed-rank test; ค่า p ปรับด้วยวิธี Bonferroni สำหรับการเปรียบเทียบ 3 คู่ในแต่ละผลลัพธ์ ไม่ทำการเปรียบเทียบรายคู่ของความคลาดเคลื่อนทางยา เนื่องจาก Cochran's Q test โดยรวมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.086$)

จากตารางที่ 3 พบว่า ความถูกต้องในการใช้ยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่การเปรียบเทียบ (p-adjusted < 0.001) โดยเมื่อเปรียบเทียบ T0 กับ T2 สัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยาถูกต้องเพิ่มขึ้น 25.65 จุดร้อยละ และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.18 คะแนน

สำหรับปัญหาจากการใช้ยา พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง T0–T1 (p-adjusted = 0.002) และ T0–T2 (p-adjusted < 0.001) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่าง T1–T2 (p-adjusted = 0.213) ส่วนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง T0–T1 แต่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง T1–T2 (p-

adjusted = 0.002) และ T0–T2 (p-adjusted < 0.001)

ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยจำนวน 382 คน มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.22 คะแนน (SD = 0.20) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ขณะที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามรูปแบบจำนวน 30 คน มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.17 คะแนน (SD = 0.18)

4. ผลการขยายการใช้รูปแบบในระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การขยายการใช้รูปแบบดำเนินการในพื้นที่บริการปฐมภูมิเดิม โดยนำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงหลังการดำเนินงานรอบที่ 1 ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเพิ่มเติม แยกจากกลุ่มที่ใช้ประเมินผลรูปแบบจำนวน 382 คน ในระยะขยายผลมีผู้ป่วยเข้ารับบริการไม่ซ้ำจำนวน 1,200 คน รวมการรับบริการ 1,800 ครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยผ่านเกณฑ์การรับบริการตามรูปแบบ 900 คน และได้รับบริการตามรูปแบบ 720 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ของผู้ผ่านเกณฑ์

ในผู้ป่วยที่ได้รับบริการตามรูปแบบจำนวน 720 คน มีข้อมูลประเมินก่อนและหลังครบคู่จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 30.83 โดยมีระยะห่างระหว่างการประเมินค่ามัธยฐาน 47 วัน พิสัย 21–88 วัน สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่มีผลประเมินหลังจำนวน 498 คน ประกอบด้วยผู้ที่ยังไม่ถึงกำหนดนัดเมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม 296 คน ผู้ที่ถึงกำหนดนัดแต่ไม่ได้รับการติดตาม 187 คน และผู้ที่มารับบริการแต่ไม่มีผลประเมินหลัง 15 คน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาก่อนและหลังได้รับรูปแบบในระยะขยายผล (n = 222)

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับรูปแบบ	หลังได้รับรูปแบบ	ผลต่าง (95% CI)	p-value
ความถูกต้องในการใช้ยา, n (%)	53 (23.87)	110 (49.55)	+25.68 จุดร้อยละ	<0.001[a]
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา, Mean ± SD	20.33 ± 3.82	21.30 ± 5.30	+0.97 คะแนน (0.42–1.52)	<0.001[b]

หมายเหตุ: ความถูกต้องในการใช้ยาหมายถึงการใช้ยาถูกต้องครบ 5 ด้าน ได้แก่ ชนิดยา ขนาดยา ความถี่ เวลา และวิธีใช้ยา; คะแนนความร่วมมือในการใช้ยามีช่วง 0–32 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้น; [a] McNemar exact test; [b] paired-samples t-test (t = 3.45, df = 221)

จากตารางที่ 4 พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยาถูกต้องครบทั้ง 5 ด้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.87 เป็นร้อยละ 49.55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) โดยมีผู้ป่วย 69 คนเปลี่ยนจากการใช้ยาไม่ถูกต้องเป็นถูกต้องครบทั้ง 5 ด้าน ขณะที่ 12 คนเปลี่ยนจากถูกต้องเป็นไม่ถูกต้องครบทั้ง 5 ด้าน ส่วนคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 20.33 คะแนน เป็น 21.30 คะแนน คิดเป็นผลต่างเฉลี่ย 0.97 คะแนน (95% CI: 0.42–1.52; p < 0.001)

ด้านการค้นหาและจัดการปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยที่ได้รับบริการตามรูปแบบจำนวน 720 คน พบผู้ป่วยมีปัญหาจากการใช้ยา 213 คน คิดเป็นร้อยละ 29.58 รวม 255 ปัญหา โดยได้รับการแก้ไขแล้ว 151 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 59.22 ส่งต่อเพื่อดำเนินการ 45 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 17.65 และอยู่ระหว่างติดตาม 59 ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 23.14 นอกจากนี้ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา 28 เหตุการณ์ และความคลาดเคลื่อนทางยา 25 เหตุการณ์

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์และปัญหาความปลอดภัยด้านการใช้ยา

ผลการศึกษาสถานการณ์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชสะท้อนว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีภาระด้านการใช้ยาค่อนข้างสูง โดยในปี พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้ารับบริการ 23,366 ราย และในจำนวนนี้ 14,720 ราย หรือร้อยละ 63.00 ได้รับยาต่อเนื่องตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไป ขณะเดียวกันยังพบความคลาดเคลื่อนในหลายขั้นตอนของ

กระบวนการใช้ยา ทั้งจากการสั่งใช้ยา ก่อนจ่ายยา และการจ่ายยา รวมถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาซ้ำและการแพ้ยากลุ่มเดียวกัน[6] ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยด้านการใช้ยาไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะความถูกต้องของการจ่ายยา แต่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลตั้งแต่การสั่งใช้ยา การทบทวนรายการยา การใช้ยาของผู้ป่วย ตลอดจนการติดตามผลหลังได้รับยา

ผลจากการสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพจำนวน 13 คนช่วยอธิบายลักษณะของปัญหาในบริบทการปฏิบัติงานได้ชัดเจนขึ้น โดยพบปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้านข้อมูลยาและความต่อเนื่องในการดูแล และด้านกระบวนการให้บริการและทรัพยากร ด้านผู้ป่วยพบการลืมรับประทานยา การใช้ยาไม่ตรงตามคำสั่ง การใช้ยาผิดขนาดหรือเวลา รวมถึงการหยุดหรือปรับยาเอง ซึ่งสัมพันธ์กับความหลงลืม การขาดผู้ดูแล ข้อจำกัดจากการดำเนินชีวิต และความเข้าใจหรือความเชื่อเกี่ยวกับยา โดยเฉพาะความกังวลต่ออาการไม่พึงประสงค์และผลกระทบต่อไต ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ริยะวงษ์ และกรแก้ว จันทภาษา[2] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายปรับหรือหยุดยาตามการรับรู้อาการและความเชื่อเกี่ยวกับผลของยา จึงสะท้อนว่าการให้คำแนะนำเรื่องวิธีใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากยังไม่ได้ประเมินสาเหตุและข้อจำกัดของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ด้านข้อมูลยาและความต่อเนื่องในการดูแล พบปัญหาการรับยาจากหลายสถานพยาบาล การได้รับยาซ้ำซ้อน และรายการยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่เป็นปัจจุบันหลังมีการปรับการรักษาจากโรงพยาบาล รวมทั้งการบันทึกผลการปรึกษาระหว่างวิชาชีพที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์ ประเด็นดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลในแต่ละจุดบริการมีข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยไม่ตรงกัน และส่งผลต่อการทบทวนหรือการติดตามปัญหาด้านยา สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ เต็มวงษ์ และคณะ[4] ที่พบว่าการเชื่อมโยงข้อมูลยาระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิช่วยเพิ่มความครอบคลุมของการประสานรายการยาและลดการตกหล่นของยา แสดงให้เห็นว่าความครบถ้วนและความเป็นปัจจุบันของข้อมูลยาเป็นองค์ประกอบสำคัญของความต่อเนื่องในการดูแล

สำหรับด้านกระบวนการให้บริการ แม้หน่วยบริการมีการทบทวนยา ให้คำปรึกษา ประสานทีมรักษา และติดตามผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่ยังพบข้อจำกัดด้านช่องทางการแจ้งปัญหา การส่งต่อข้อมูล การติดตามผลการแก้ไข และภาระงานในบางจุดบริการ ข้อค้นพบทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจึงชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า การพัฒนาความปลอดภัยด้านการใช้ยาควรเชื่อมกิจกรรมที่มีอยู่ให้เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษา การเฝ้าระวัง ไปจนถึงการติดตามผลและการประสานงานระหว่างวิชาชีพ

2. การพัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ

รูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงด้านยา การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษาด้านยา การติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ โดยกำหนดจากข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาที่พบในระบบบริการ และข้อเสนอแนะของทีมสหวิชาชีพจำนวน 13 คน การมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้การพัฒนารูปแบบครอบคลุมทั้งปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วย ความต่อเนื่องของข้อมูลยา และกระบวนการทำงานระหว่างวิชาชีพ ตลอดจนช่วยกำหนดบทบาทและแนวทางดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการ

การกำหนดกิจกรรมให้เชื่อมต่อกันตั้งแต่การค้นหาความเสี่ยง การทบทวนรายการยา การให้คำปรึกษา จนถึงการติดตามผล ช่วยให้การจัดการปัญหาด้านยาไม่สิ้นสุดเพียงการตรวจพบปัญหา แต่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและติดตามสถานะของปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยเภสัชกรมีบทบาทในการประเมินและทบทวนปัญหาด้านยา พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสนับสนุนการคัดกรองและ

ติดตามผู้ป่วย ส่วนแพทย์ร่วมพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปรับแผนการรักษา ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ การค้า[9] ที่พบว่า การค้นหาปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับการเสนอแนวทางแก้ไขและการส่งต่อข้อมูลระหว่างวิชาชีพช่วยสนับสนุนการจัดการปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อีกองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบคือการบันทึกข้อมูลปัญหา การดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ วันติดตาม และผลการติดตามไว้ในกระบวนการเดียวกัน ซึ่งช่วยให้ผู้รับช่วงการดูแลสามารถทราบสถานะของปัญหาและดำเนินการต่อได้อย่างต่อเนื่อง แนวทางนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชุตานันท์ สมภูมิ และคณะ[10] ที่รายงานการยอมรับคำแนะนำของเภสัชกรในระดับสูง สะท้อนความสำคัญของข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ชัดเจนต่อการตัดสินใจร่วมของทีมรักษา

3. ผลการใช้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยด้านการใช้ยา

ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าความถูกต้องในการใช้ยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่การเปรียบเทียบระหว่าง T0, T1 และ T2 โดยเมื่อเปรียบเทียบ T0 กับ T2 ความถูกต้องในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 25.65 จุดร้อยละ และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 3.18 คะแนน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการประเมินปัญหาเฉพาะราย การให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับอุปสรรคของผู้ป่วย และการติดตามประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้สามารถทบทวนความเข้าใจและแก้ไขพฤติกรรมการใช้ยาที่คลาดเคลื่อนได้ ผลด้านความร่วมมือในการใช้ยาสอดคล้องกับ Torres-Robles et al.[11] ที่พบว่าการจัดการความร่วมมือในการใช้ยาโดยเภสัชกรช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้

สัดส่วนผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง T0–T1 และ T0–T2 แต่ไม่แตกต่างระหว่าง T1–T2 สะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังเริ่มใช้รูปแบบ โดยการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้จริง การประสานทีมรักษา และการติดตามสถานะของปัญหาอาจช่วยให้ปัญหาที่ตรวจพบได้รับการจัดการต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Bischof et al.[12] ที่รายงานว่าการทบทวนยาอย่างมีโครงสร้างโดยเภสัชกรช่วยลดปัญหาจากการใช้ยาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข สำหรับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ไม่พบความแตกต่างระหว่าง T0–T1 แต่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญใน T1–T2 และ T0–T2 ซึ่งอาจสะท้อนผลของการเฝ้าระวังและติดตามที่ต่อเนื่องมากขึ้นในช่วงหลังของการดำเนินงาน

ส่วนความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงจากร้อยละ 8.90 ในช่วง T0 เป็นร้อยละ 5.50 ในช่วง T1 และ T2 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.086$) จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาอย่างชัดเจน ขณะที่ผู้ป่วยและบุคลากรมีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ย 4.22 และ 4.17 จาก 5 คะแนน ตามลำดับ สะท้อนการยอมรับต่อรูปแบบในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวควรพิจารณาร่วมกับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและการใช้ยา ไม่ควรใช้ความพึงพอใจเพียงตัวแปรเดียวในการประเมินผลของรูปแบบ

4. ผลการขยายการใช้รูปแบบในระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

การขยายการใช้รูปแบบครอบคลุมผู้ป่วยร้อยละ 80.00 ของผู้ผ่านเกณฑ์ แสดงให้เห็นว่าสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเพิ่มเติมภายใต้ระบบบริการปฐมภูมิเดิมได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ได้รับบริการตามรูปแบบจำนวน 720 คน มีข้อมูลประเมินก่อนและหลังครบคู่จำนวน 222 คน หรือร้อยละ 30.83 จึงควรตีความผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อมูลครบคู่ โดยพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ใช้ยาถูกต้องครบ 5 ด้านเพิ่มขึ้น 25.68 จุดร้อยละ และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.97 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวมีทิศทางสอดคล้องกับผลในกลุ่มประเมินหลัก และอาจเกี่ยวข้องกับการทบทวนการใช้ยาจริงร่วมกับการให้คำปรึกษาและติดตามตามปัญหาเฉพาะราย

ด้านการจัดการปัญหาจากการใช้ยา พบผู้ป่วยมีปัญหา 213 คน รวม 255 ปัญหา โดยได้รับการแก้ไขแล้วร้อยละ 59.22 ส่งต่อเพื่อดำเนินการร้อยละ 17.65 และอยู่ระหว่างติดตามร้อยละ 23.14 การจำแนกสถานะดังกล่าวทำให้เห็นความก้าวหน้าของการจัดการปัญหา รวมทั้งประเด็นที่ยังต้องได้รับการติดตามต่อเนื่อง โดยเฉพาะกรณีที่ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างวิชาชีพ

ข้อค้นพบในระยะขยายผลจึงสนับสนุนความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นในบริบทบริการเดิม แต่ความครบถ้วนของการติดตามยังเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้ได้รับรูปแบบส่วนหนึ่งยังไม่มีผลประเมินหลัง การขยายการใช้รูปแบบในระยะต่อไปจึงควรให้ความสำคัญกับระบบนัดหมาย การติดตาม และการบันทึกผลควบคู่กับการเพิ่มความครอบคลุมของบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำองค์ประกอบของรูปแบบไปประกอบการวางแผนพัฒนางาน โดยกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพให้ชัดเจน และให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาการใช้ยาเฉพาะราย การทบทวนรายการยา และการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับความเข้าใจและข้อจำกัดของผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 ควรจัดระบบบันทึกและติดตามปัญหาด้านยาที่เชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การตรวจพบปัญหา การดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ จนถึงผลการแก้ไข โดยเฉพาะปัญหาที่ส่งต่อหรืออยู่ระหว่างติดตาม พร้อมแยกการบันทึกกิจกรรมบริการออกจากผลลัพธ์ด้านการใช้ยา

1.3 การขยายการใช้รูปแบบควรดำเนินการตามความพร้อมของบุคลากรและระบบบริการ โดยติดตามทั้งความครอบคลุมของผู้ได้รับบริการและความครบถ้วนของการประเมินก่อน–หลัง รวมทั้งระบุเหตุผลที่ไม่มีผลติดตาม เพื่อใช้ปรับกระบวนการนัดหมายและการเก็บข้อมูล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้แบบแผนการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและกำหนดระยะติดตามที่ชัดเจน เพื่อประเมินผลของรูปแบบต่อความปลอดภัย ความถูกต้อง และความร่วมมือในการใช้ยาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามไม่ครบและความคลาดเคลื่อนทางยาที่ยังคงพบตลอดจนภาระงานของบุคลากร เพื่อปรับรูปแบบให้เหมาะกับการดำเนินงานต่อเนื่องและการนำไปใช้ในหน่วยบริการอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). Medication safety in polypharmacy: technical report. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. นันทพร ริยะวงษ์, กรแก้ว จันทภาษา.(2568). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2568;17(3):711–25.
3. World Health Organization.(2019). Medication safety in transitions of care. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. อมรรัตน์ เต็มวงษ์, สุรัชดา ชนโสภณ, สายทิพย์ สุทธิรักษา.(2565). ผลการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ณ อำเภอภูหลวง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565;14(1):140–53.
5. ปภาวี วันเพ็ญ, พรรณทิพา ศักดิ์ทอง.(2567). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยใช้แบบสอบถามพร้อมท์กับผลลัพธ์ด้านปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดทดแทนไต. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2567;16(1):190–204.
6. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.(2568). [ข้อมูลบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความปลอดภัยด้านการใช้ยา ปี 2568] [เอกสารภายใน]. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช; 2568.

7. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC.(2012). Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management services. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
8. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention.(2022). NCC MERP index for categorizing medication errors [Internet]. 2022 [cited 2026 Sep 13]. Available from: https://www.nccmerp.org/sites/default/files/index-color-2021-draft-change-10-2022.pdf
9. วิภาวรรณ การค้า.(2567). ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบจัดการปัญหาด้านยาโดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2567;11(2):E273246.
10. ชุตานันท์ สมภูมิ, เชิดชัย สุนทรภาส, สุธาร จันทะวงศ์, นพพล คำภูมี.(2566). ผลลัพธ์ของการจัดการด้านยาในผู้ป่วยสูงอายุไตวายเรื้อรัง คลินิกโรคไตวายเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2566;16(2):32–46.
11. Torres-Robles A, Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Peiro T, Perez-Escamilla B, et al.(2022). Effectiveness of a medication adherence management intervention in a community pharmacy setting: a cluster randomised controlled trial. BMJ Qual Saf. 2022;31(2):105–15. doi:10.1136/bmjqs-2020-011671.
12. Bischof T, Schmidt-Ilsinger A, Hoppel M, Kreuzer A, Briganser S, Saiko P, et al.(2025). Effects of a community pharmacy-based structured medication review on drug-related problems in all-comers with polypharmacy: a randomized, controlled, double-blind, parallel-group trial. Front Med (Lausanne). 2025;12:1656595. doi:10.3389/fmed.2025.1656595.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

การศึกษาเชิงสำรวจหาปริมาณโลหะหนักชนิด ตะกั่ว, แคดเมียม, นิกเกิล ที่ปนเปื้อนในครีมกันแดดผิวกายแบรนด์ไทย

A STUDY OF HEAVY METAL CONTAMINATION (LEAD, CADMIUM, NICKEL) IN THAI-BRAND BODY SUNSCREENS.

(Received: September 14, 2026; Revised: September 20, 2026 ; Accepted: September 22, 2026)

ณัฏฐนันท์ กาญจนพัฒนา[1] ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์[2]
Nutthanun Kanjanapattana[1] Thunnawat Wattanaseth[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองศึกษาทางห้องปฏิบัติการนี้มีขอบเขตการศึกษาครอบคลุมผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดสำหรับผิวกายที่วางจำหน่ายในเชิงพาณิชย์และได้รับความนิยมสูงสุด 10 อันดับแรก โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างผ่านเกณฑ์การให้คะแนนแบบผสมผสาน (Composite Scoring Method) ตามข้อมูลยอดจำหน่ายและกระแสตอบรับบนสื่อสังคมออนไลน์ กระบวนการวิเคราะห์ดำเนินการด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS) ร่วมกับการย่อยตัวอย่างด้วยวิธี Microwave-Assisted Acid Digestion ตามมาตรฐาน US EPA Method 3052 ณ ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17025 ผลการวิจัยพบว่าระดับความเข้มข้นของโลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว (Pb) แคดเมียม (Cd) และนิกเกิล (Ni) ในทุกตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) แห่งประเทศไทย และสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานสากลของ US FDA (สหรัฐอเมริกา) และ BVL (เยอรมนี) ผลการศึกษานี้เป็นการยืนยันความปลอดภัยและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดแบรนด์ไทย ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการกำกับดูแลทั้งในระดับประเทศและระดับสากล

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดด, โลหะหนัก, การปนเปื้อน, ICP-MS, มาตรฐานความปลอดภัย

ABSTRACT

This experimental research by laboratory-based study focuses on analyzing the most popular commercially available sunscreen products for the body, specifically targeting the top 10 brands selected through a composite scoring method incorporating market sales data and consumer engagement metrics. Samples were subjected to microwave-assisted acid digestion (US EPA Method 3052) and analyzed using Inductively Coupled Plasma Mass Spectrometry (ICP-MS) within an ISO/IEC 17025-certified laboratory. The analytical results indicated that concentrations of Lead (Pb), Cadmium (Cd), and Nickel (Ni) in all samples were within the permissible safety thresholds established by the Thai Food and Drug Administration (Thai FDA) and aligned with the rigorous regulatory benchmarks of the U.S. FDA and the German Federal Office of Consumer Protection and Food Safety (BVL). These findings confirm the safety of leading Thai sunscreen products, demonstrating compliance with both national and international quality standards.

Keywords: Sunscreen, Heavy metals, Contamination, ICP-MS, Safety standards

บทนำ

ปัจจุบันผู้บริโภคมีความตระหนักถึงอันตรายของรังสีอัลตราไวโอเลต (ultraviolet; UV) มากขึ้น เนื่องจากรังสีดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของความเสียหายต่อผิวหนัง รวมถึงการเกิดมะเร็งผิวหนังและภาวะแก่ก่อนวัยจากแสงแดด (photoaging)[1,2] รังสี UVA

[1] หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ) วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจ
[2] ดร.นายแพทย์ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

และ UVB สามารถกระตุ้นการเกิดอนุมูลอิสระชนิด reactive oxygen species (ROS) ภายในเซลล์ผิวหนัง ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) เมื่อปริมาณอนุมูลอิสระสูงเกินกว่าความสามารถของระบบต้านอนุมูลอิสระตามธรรมชาติของร่างกาย[3] นอกจากนี้ รังสี UV ยังส่งเสริมการสลายตัวของคอลลาเจนและองค์ประกอบของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในชั้นหนังแท้ ส่งผลให้ผิวหนังสูญเสียความยืดหยุ่น เกิดริ้วรอย และเกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างผิวหนังในระยะยาว[4]

ด้วยเหตุนี้ ผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดจึงมีบทบาทสำคัญในการลดการสัมผัสรังสี UV และช่วยป้องกันผลกระทบต่อผิวหนังจากแสงแดด การใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของมะเร็งผิวหนังบางชนิด รวมทั้งลดการเกิดความเสียหายของผิวหนังจากแสงแดดในระยะยาว[5] อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดมักถูกใช้เป็นประจำ และมีการทาบนพื้นที่ผิวหนังค่อนข้างกว้าง ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง [6]

โลหะหนักเป็นสารปนเปื้อนที่อาจพบได้ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางและผลิตภัณฑ์ดูแลผิว โดยอาจมีแหล่งกำเนิดจากวัตถุดิบ เม็ดสี สารเติมแต่ง กระบวนการผลิต หรือบรรจุภัณฑ์[7] แม้โลหะหนักบางชนิดอาจไม่ใช่ส่วนประกอบที่ผู้ผลิตตั้งใจเติมลงในผลิตภัณฑ์ แต่การปนเปื้อนในระดับต่ำก็อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น การควบคุมคุณภาพวัตถุดิบและกระบวนการผลิตจึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค[8]

มีรายงานการตรวจพบตะกั่ว (lead; Pb) และแคดเมียม (cadmium; Cd) ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง รวมถึงผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดบางชนิด[7,8] นอกจากนี้ นิกเกิล (nickel; Ni) เป็นโลหะที่มีความสำคัญในด้านความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ที่ใช้กับผิวหนัง เนื่องจากสามารถก่อให้เกิดอาการแพ้สัมผัสในผู้ที่ไวต่อนิกเกิลได้[7,9] แม้การประเมินความเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์ทาผิวหนังจะขึ้นอยู่กับชนิดและความเข้มข้นของโลหะ สูตรตำรับ ปริมาณและความถี่ในการใช้ ระยะเวลาสัมผัสและสภาพผิวหนังของผู้ใช้ แต่การสัมผัสผลิตภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ที่มีผิวหนังอักเสบหรือมีรอยถลอก ยังคงเป็นประเด็นด้านความปลอดภัยที่ควรเฝ้าระวัง[6]

ตะกั่วเป็นโลหะที่สามารถส่งผลกระทบต่อหลายระบบของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท ระบบเลือด ระบบไต และระบบสืบพันธุ์ ในเด็ก การได้รับตะกั่วสัมพันธ์กับผลกระทบต่อพัฒนาการของระบบประสาท ระดับสติปัญญาที่ลดลง และปัญหาด้านสมาธิ ขณะที่ในผู้ใหญ่อาจสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบประสาทและการทำงานของไต นอกจากนี้ ตะกั่วยังรบกวนกระบวนการสร้างฮีโมโกลบิน ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะโลหิตจางได้[11]

แคดเมียมเป็นโลหะที่มีแนวโน้มสะสมในร่างกาย โดยมีไตและกระดูกเป็นอวัยวะเป้าหมายสำคัญ การได้รับแคดเมียมเป็นเวลานานอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของท่อหน่วยไต และอาจมีความสัมพันธ์กับการลดลงของความหนาแน่นมวลกระดูก[12] สำหรับนิกเกิล แม้ไม่ได้มีลักษณะสะสมในร่างกายเช่นเดียวกับตะกั่วหรือแคดเมียม แต่นิกเกิลเป็นสารก่อภูมิแพ้สัมผัสที่สำคัญ สามารถกระตุ้นให้เกิดผื่นแพ้สัมผัส (allergic contact dermatitis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิไวเกินชนิดที่ 4 หรือ delayed-type hypersensitivity โดยผู้ที่เกิดการแพ้แล้วอาจมีความไวต่อนิกเกิลต่อเนื่องในระยะยาว[10]

ดังนั้น การตรวจวิเคราะห์ปริมาณตะกั่ว แคดเมียม และนิกเกิลในผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดจึงมีความสำคัญต่อการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งการคุ้มครองผู้บริโภค ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาการปนเปื้อนของตะกั่ว แคดเมียม และนิกเกิลในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดทาตัวแบรนด์ไทย เนื่องจากข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปนเปื้อนของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์กลุ่มดังกล่าวในบริบทประเทศไทยยังมีจำกัด ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเฝ้า

ระวังคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ตลอดจนสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานการควบคุมการปนเปื้อนของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์ป้องกันแสงแดดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ปริมาณการปนเปื้อนของโลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว (Pb) แคดเมียม (Cd) และนิกเกิล (Ni) ในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดทาตัวแบรนด์ไทย และเปรียบเทียบปริมาณที่ตรวจพบกับเกณฑ์ความปลอดภัยของประเทศไทยและสากล

วิธีการทดสอบ

การวิจัยเชิงทดลองศึกษาทางห้องปฏิบัติการ (Experimental research by laboratory-based study) เพื่อวิเคราะห์ปริมาณการปนเปื้อนของโลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว (Pb) แคดเมียม (Cd) และนิกเกิล (Ni) ในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดสำหรับผิวกายของแบรนด์ไทยที่จำหน่ายในประเทศไทย โดยประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดสำหรับผิวกายของแบรนด์ไทยที่มีจำหน่ายผ่านช่องทางร้านค้าปลีกและช่องทางออนไลน์ในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 10 ตัวอย่าง จากแบรนด์ที่มีคะแนนรวมสูงสุดตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ได้แก่ ข้อมูลรายได้ของบริษัทเจ้าของแบรนด์จากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า และจำนวนผู้ติดตามบัญชีทางการของแบรนด์บนแพลตฟอร์ม TikTok โดยกำหนดน้ำหนักของทั้งสองเกณฑ์ในสัดส่วนเท่ากัน (1:1)

ข้อมูลรายได้รวมของบริษัทเจ้าของแบรนด์รวบรวมจากฐานข้อมูลกรมพัฒนาธุรกิจการค้า สำหรับปีงบการเงิน พ.ศ. 2567 ขณะที่ข้อมูลจำนวนผู้ติดตาม TikTok รวบรวมจากบัญชีอย่างเป็นทางการของแต่ละแบรนด์ ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2569 จากนั้น ผู้วิจัยจัดลำดับข้อมูลแต่ละเกณฑ์เป็นคะแนน และรวมคะแนนเพื่อจัดอันดับและคัดเลือกแบรนด์ตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดอันดับแบรนด์ครีมกันแดด 15 แบรนด์ตามรายได้รวมของบริษัทและจำนวนผู้ติดตาม TikTok อย่างเป็นทางการ

แบรนด์	รายได้รวมของบริษัท (บาท)	คะแนนรายได้	ผู้ติดตาม TikTok (บัญชี)	คะแนนผู้ติดตาม	คะแนนรวม	อันดับ
A	3,624,115,965	20	540,700	18	38	1
B	3,070,767,254	18	838,100	20	38	2
C	2,467,190,684	17	754,100	19	36	3
D	2,063,776,001	16	237,500	15	31	4q
E	471,979,359	11	315,000	17	28	5
F	587,227,306	12	247,600	16	28	6
G	3,390,472,201	19	95,000	8	27	7
H	843,605,384	14	136,600	11	25	8
I	390,375,635	10	173,700	13	23	9
J	831,478,816	13	133,900	10	23	10
K	958,754,890	15	64,100	6	21	11
L	78,772,373	7	205,600	14	21	12
M	44,312,195	6	148,800	12	18	13
N	110,734,885	8	98,100	9	17	14
O	230,534,076	9	79,400	7	16	15

หมายเหตุ: รายได้รวมของบริษัทอ้างอิงจากข้อมูลปีงบการเงิน พ.ศ. 2567 จำนวนผู้ติดตาม TikTok รวบรวม ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2569 โดยกำหนดน้ำหนักคะแนนรายได้รวมและจำนวนผู้ติดตามในสัดส่วนเท่ากัน (1:1)
ที่มา: ผู้วิจัยรวบรวมและคำนวณจากข้อมูลนิติบุคคลของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า และบัญชี TikTok อย่างเป็นทางการของแต่ละแบรนด์[13]

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ได้แก่ เป็นผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดสำหรับผิวกาย (body sunscreen) ของแบรนด์ที่จดทะเบียนในประเทศไทย มีเลขที่ใบรับจดแจ้งเครื่องสำอางอย่างถูกต้อง มีจำหน่ายจริงในช่องทางค้าปลีกหรือช่องทางออนไลน์ในช่วงเวลาที่ศึกษา บรรจุภัณฑ์อยู่ในสภาพสมบูรณ์ และผลิตภัณฑ์ยังไม่หมดอายุ ณ วันที่เก็บตัวอย่าง ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผลิตภัณฑ์นำเข้า ผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดสำหรับผิวหน้าโดยเฉพาะ และผลิตภัณฑ์ที่มีบรรจุภัณฑ์ชำรุดหรือไม่มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นครบถ้วน

ผู้วิจัยจัดซื้อผลิตภัณฑ์ตัวอย่างจากช่องทางจำหน่ายอย่างเป็นทางการ ได้แก่ ร้านค้าปลีกและแพลตฟอร์มพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดซื้อตัวอย่างละไม่น้อยกว่า 300 กรัม และเลือกผลิตภัณฑ์จากเลขที่ผลิต (lot number) เดียวกันสำหรับแต่ละแบรนด์ จากนั้นบันทึกข้อมูลของผลิตภัณฑ์ ได้แก่ รหัสตัวอย่าง ชื่อผลิตภัณฑ์ เลขที่ใบรับจดแจ้ง เลขที่ผลิต วันผลิต วันหมดอายุ และแหล่งที่จัดซื้อ ก่อนส่งตัวอย่างไปตรวจวิเคราะห์ ณ บริษัท ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด ซึ่งเป็นห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17025

การวิเคราะห์ปริมาณตะกั่ว แคดเมียม และนิกเกิลดำเนินการตามวิธี US EPA Method 3052 โดยเตรียมตัวอย่างด้วยกระบวนการย่อยด้วยกรดโดยใช้ไมโครเวฟ (microwave-assisted acid digestion) เพื่อสลายเมทริกซ์ของผลิตภัณฑ์และเปลี่ยนโลหะหนักให้อยู่ในรูปสารละลาย หลังจากนั้นปรับปริมาตรด้วยน้ำปราศจากไอออน (deionized water) และนำสารละลายที่ได้ไปตรวจวิเคราะห์ด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma–Mass Spectrometry (ICP-MS) ผลการตรวจวิเคราะห์รายงานเป็นค่าความเข้มข้นของโลหะหนักในหน่วยมิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (mg/kg)

ผลการตรวจวิเคราะห์จะนำเสนอเป็นค่าความเข้มข้นของตะกั่ว แคดเมียม และนิกเกิลในผลิตภัณฑ์แต่ละตัวอย่าง โดยผลที่มีค่าต่ำกว่าขีดจำกัดการตรวจพบ (Limit of Detection: LOD) จะรายงานเป็น “ไม่ตรวจพบ” หรือ Not Detected (ND) สำหรับผลที่ตรวจพบแต่มีค่าต่ำกว่าขีดจำกัดการวัดเชิงปริมาณ (Limit of Quantification: LOQ) จะรายงานเป็น <LOQ เนื่องจากไม่สามารถระบุค่าความเข้มข้นเชิงปริมาณที่แม่นยำได้ ทั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของความเข้มข้นโลหะหนักที่ตรวจพบ และเปรียบเทียบผลกับเกณฑ์หรือค่าแนวทางด้านความปลอดภัยที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยและต่างประเทศ

ๆจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง และได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ เลขที่ DPUHREC 1308/2569 วันที่ 13 สิงหาคม 2569

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนัก 3 ชนิด ได้แก่ ตะกั่ว (lead; Pb) แคดเมียม (cadmium; Cd) และนิกเกิล (nickel; Ni) ที่ตกค้างในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดสำหรับผิวกายแบรนด์ไทย จำนวน 10 ตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผลิตภัณฑ์จากแบรนด์ที่มีความนิยมและมียอดขายสูง โดยพิจารณาจากจำนวนผู้ติดตามบนแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์ที่นิยมใช้ในประเทศไทย ร่วมกับข้อมูลยอดขายของบริษัทจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า

การคัดเลือกและสำรวจตัวอย่างดำเนินการตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2569 ตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักด้วยวิธี US EPA Method 3052 (Microwave-Assisted Acid Digestion) และตรวจวัดด้วยเครื่อง Inductively Coupled Plasma–Mass Spectrometry (ICP-MS) ณ ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO/IEC 17025

ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณตะกั่ว แคดเมียม และนิกเกิลในครีมกันแดดสำหรับผิวกายแบรนด์ไทย จำนวน 10 ตัวอย่าง (รหัส A–J) ผลการตรวจวิเคราะห์พบว่า ผลิตภัณฑ์ทุกตัวอย่างมีปริมาณโลหะหนักอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้เปรียบเทียบในการศึกษานี้ ได้แก่ เกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เกณฑ์ US FDA ในส่วนที่มีการกำหนดค่าอ้างอิง และเกณฑ์ของประเทศเยอรมนี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจวิเคราะห์ปริมาณแคดเมียม ตะกั่ว และนิกเกิลในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดผิวกายแบรนด์ไทย

รหัสผลิตภัณฑ์	แคดเมียม (Cd) (ppm)	ตะกั่ว (Pb) (ppm)	นิกเกิล (Ni) (ppm)	ผลการประเมินตามเกณฑ์*[14]
A	N.D.	0.173	0.285	ผ่าน
B	N.D.	0.047	0.243	ผ่าน
C	N.D.	0.076	0.268	ผ่าน
D	<0.025	0.117	0.383	ผ่าน
E	<0.025	0.087	0.341	ผ่าน
F	<0.025	0.178	0.510	ผ่าน
G	N.D.	N.D.	0.190	ผ่าน
H	N.D.	0.131	0.651	ผ่าน
I	0.025	0.164	0.635	ผ่าน
J	N.D.	0.123	0.526	ผ่าน
จำนวนตัวอย่างที่ตรวจพบ	1/10	9/10	10/10	
ค่าเฉลี่ย ± S.D.	ไม่สามารถคำนวณได้	0.122 ± 0.046	0.403 ± 0.166	
ช่วงปริมาณที่ตรวจพบ	0.025	0.047–0.178	0.190–0.651	

ตารางที่ 3 ประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สหรัฐอเมริกา (US FDA) และประเทศเยอรมนี[15] ตามความเหมาะสมของโลหะแต่ละชนิด

โลหะหนัก	เกณฑ์ อย. (ppm)[14]	เกณฑ์ US FDA (ppm)[14]	เกณฑ์ประเทศเยอรมนี (ppm)[15]
แคดเมียม (Cd)	≤3	n/a	≤0.1
ตะกั่ว (Pb)	≤20	≤20	≤2
นิกเกิล (Ni)	n/a	n/a	≤10

หมายเหตุ: N.D. = ไม่ตรวจพบ (Not Detected); <0.025 = มีปริมาณต่ำกว่าขีดจำกัดการวัดเชิงปริมาณ (LOQ) ของวิธีทดสอบ; n/a = ไม่มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานเฉพาะสำหรับโลหะชนิดนั้น; ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตะกั่วคำนวณจากตัวอย่างที่ตรวจพบ 9 ตัวอย่าง ส่วนแคดเมียมไม่รายงานค่าเฉลี่ยเนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผลไม่ตรวจพบหรือมีค่าต่ำกว่า LOQ

สำหรับแคดเมียม พบว่า 6 จาก 10 ตัวอย่าง ได้แก่ ตัวอย่างรหัส A, B, C, G, H และ J รายงานผลเป็นไม่ตรวจพบ (Not Detected; N.D.) ขณะที่ตัวอย่างรหัส D, E และ F มีปริมาณแคดเมียมต่ำกว่าขีดจำกัดการวัด

เชิงปริมาณของวิธีทดสอบ (<0.025 ppm) และตัวอย่างรหัส I ตรวจพบแคดเมียมที่ระดับ 0.025 ppm ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าแคดเมียมในผลิตภัณฑ์ทุกตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ อย. ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 3 ppm และต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศเยอรมนีที่กำหนดไว้ไม่เกิน 0.1 ppm

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลแคดเมียมประกอบด้วยผลไม่ตรวจพบและผลต่ำกว่าขีดจำกัดการวัดเชิงปริมาณ ซึ่งจัดเป็นข้อมูลแบบถูกตัดปลาย (censored data) จึงไม่เหมาะสมที่จะคำนวณค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือช่วงความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทางสถิติปกติ ดังนั้น ค่า <0.025 ppm ที่รายงานในแถว Total Mean จึงควรตีความว่าเป็นค่าต่ำกว่าขีดจำกัดการวัดเชิงปริมาณ มิใช่ค่าเฉลี่ยที่วัดได้จริง

สำหรับตะกั่ว ตรวจพบใน 9 จาก 10 ตัวอย่าง โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.047–0.178 ppm ขณะที่ตัวอย่างรหัส G รายงานผลเป็นไม่ตรวจพบ ปริมาณตะกั่วเฉลี่ยของตัวอย่างที่ตรวจพบเท่ากับ 0.122 ppm และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.046 ppm โดยปริมาณสูงสุดพบในตัวอย่างรหัส F เท่ากับ 0.178 ppm ทั้งนี้ ปริมาณตะกั่วของทุกตัวอย่างต่ำกว่าเกณฑ์ อย. และ US FDA ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 20 ppm รวมทั้งต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศเยอรมนีที่กำหนดไว้ไม่เกิน 2 ppm

สำหรับนิกเกิล ตรวจพบในผลิตภัณฑ์ครบทั้ง 10 ตัวอย่าง โดยมีปริมาณอยู่ในช่วง 0.190–0.651 ppm มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.403 ppm และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.166 ppm ตัวอย่างที่มีปริมาณนิกเกิลสูงสุดคือรหัส H เท่ากับ 0.651 ppm อย่างไรก็ตาม ปริมาณนิกเกิลของทุกตัวอย่างต่ำกว่าเกณฑ์ประเทศเยอรมนีที่กำหนดไว้ไม่เกิน 10 ppm

โดยสรุป ครีมกันแดดผิวกายแบรนด์ไทยทั้ง 10 ตัวอย่างมีปริมาณแคดเมียม ตะกั่ว และนิกเกิลอยู่ในระดับต่ำ และผ่านเกณฑ์อ้างอิงที่เกี่ยวข้องตามที่ใช้ในการศึกษานี้ อย่างไรก็ดี ผลการศึกษานี้ใช้ได้เฉพาะกับผลิตภัณฑ์และล็อตการผลิตที่นำมาตรวจวิเคราะห์ จึงไม่ควรใช้อ้างอิงแทนผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดทุกแบรนด์หรือทุกล็อตการผลิต

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนัก ได้แก่ ตะกั่ว (Pb) แคดเมียม (Cd) และนิกเกิล (Ni) ในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดทาผิวกายแบรนด์ไทยจำนวน 10 ตัวอย่าง ซึ่งคัดเลือกจากแบรนด์ที่มีความนิยมและมียอดขายสูงในประเทศไทย ผลิตภัณฑ์ทั้งหมดได้รับการตรวจวิเคราะห์ด้วยเทคนิค Inductively Coupled Plasma–Mass Spectrometry (ICP-MS) ในห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO/IEC 17025

ผลการศึกษาพบว่า ตะกั่วตรวจพบใน 9 จาก 10 ตัวอย่าง มีปริมาณอยู่ในช่วง 0.047–0.178 ppm และมีค่าเฉลี่ย 0.122 ± 0.046 ppm โดยตัวอย่างรหัส F พบปริมาณสูงสุดที่ 0.178 ppm ขณะที่ตัวอย่างรหัส G ตรวจไม่พบตะกั่ว เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงของ อย. และ US FDA ที่ 20 ppm รวมถึงเกณฑ์ประเทศเยอรมนีที่ 2 ppm พบว่าตัวอย่างทั้งหมดมีปริมาณตะกั่วต่ำกว่าเกณฑ์ดังกล่าวอย่างมาก

สำหรับแคดเมียม พบว่า 6 ตัวอย่างตรวจไม่พบสารดังกล่าว 3 ตัวอย่างมีค่าต่ำกว่าขีดจำกัดการวัดเชิงปริมาณ (<0.025 ppm) และพบในตัวอย่างรหัส I ที่ 0.025 ppm ผลการศึกษาจึงสะท้อนว่าแคดเมียมในผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก และต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิงของ อย. ที่ 3 ppm และประเทศเยอรมนีที่ 0.1 ppm ทั้งนี้ ไม่ควรคำนวณค่าเฉลี่ยของแคดเมียมแบบปกติ เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผลไม่ตรวจพบหรือต่ำกว่า LOQ

นิกเกิลตรวจพบในผลิตภัณฑ์ทุกตัวอย่าง มีค่าอยู่ในช่วง 0.190–0.651 ppm และมีค่าเฉลี่ย 0.403 ± 0.166 ppm โดยตัวอย่างรหัส H มีปริมาณสูงสุดที่ 0.651 ppm แม้ยังไม่มีเกณฑ์เฉพาะของ อย. และ US FDA สำหรับนิกเกิลในเครื่องสำอางตามเกณฑ์ที่ใช้ใน

การศึกษา แต่ทุกตัวอย่างมีปริมาณต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิงของประเทศเยอรมนีที่ 10 ppm

เมื่อนำผลมาเปรียบเทียบกัน พบว่านิกเกิลมีปริมาณเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือตะกั่ว และแคดเมียมมีระดับต่ำที่สุด ความแตกต่างดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการปนเปื้อนจากวัตถุดิบอนินทรีย์ เช่น titanium dioxide และ zinc oxide รวมถึงอุปกรณ์การผลิตที่เป็นเหล็กกล้าไร้สนิมซึ่งมีนิกเกิลเป็นองค์ประกอบ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์แหล่งที่มาของโลหะโดยตรง จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันสาเหตุของการปนเปื้อน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบปริมาณโลหะหนักต่ำกว่ารายงานการศึกษาในภูมิภาคเอเชียใต้ของ Arshad และคณะ[16] (2020) Ali และคณะ (2023)[17] ซึ่งรายงานปริมาณตะกั่วและนิกเกิลในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดในระดับที่สูงกว่า อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีแนวโน้มใกล้เคียงกับรายงานของ Mohammadi และคณะ (2014)[18] และ Demircan และคณะ (2025)[19] ซึ่งตรวจพบตะกั่วและแคดเมียมในครีมกันแดดในระดับค่อนข้างต่ำ ความแตกต่างระหว่างการศึกษาอาจเกี่ยวข้องกับสูตรตำรับ คุณภาพวัตถุดิบ กระบวนการผลิต มาตรการกำกับดูแล วิธีวิเคราะห์ และขีดจำกัดการหาปริมาณที่แตกต่างกัน ดังนั้น การเปรียบเทียบผลระหว่างการศึกษาจึงควรตีความอย่างระมัดระวัง

การศึกษานี้ประเมินปริมาณตะกั่ว (Pb) แคดเมียม (Cd) และนิกเกิล (Ni) ในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดด โดยพบว่าปริมาณโลหะหนักที่ตรวจพบโดยรวมอยู่ในระดับต่ำและมีความแตกต่างกันระหว่างผลิตภัณฑ์ ดังนั้น จึงควรมีการเฝ้าระวังการปนเปื้อนของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนความปลอดภัยของผู้บริโภคและการควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าครีมกันแดดทาผิวกายแบรนด์ไทยที่ศึกษามีปริมาณตะกั่ว (Pb) แคดเมียม (Cd) และนิกเกิล (Ni) อยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงที่ใช้ในการศึกษา อย่างไรก็ตาม ครีมกันแดดเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีการใช้บนผิวหนังเป็นประจำและอาจใช้ในปริมาณมาก โดยเฉพาะในผู้ที่สัมผัสแสงแดดเป็นเวลานาน ดังนั้น การเฝ้าระวังการปนเปื้อนของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์จึงยังมีความจำเป็น โดยเฉพาะโลหะนิกเกิลซึ่งตรวจพบในทุกตัวอย่าง และอาจมีความสำคัญต่อผู้บริโภคที่มีประวัติแพ้นิกเกิลหรือผิวหนังอักเสบจากการแพ้สัมผัส

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการเฝ้าระวังและตรวจติดตามปริมาณโลหะหนักในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงพิจารณาจัดทำแนวทางหรือค่าอ้างอิงสำหรับนิกเกิลในเครื่องสำอาง Arshad เพื่อใช้ประกอบการประเมินความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ สำหรับผู้ผลิต ควรให้ความสำคัญกับการคัดเลือกและควบคุมคุณภาพวัตถุดิบ โดยเฉพาะสารอนินทรีย์ที่ใช้เป็นสารป้องกันรังสี UV เช่น titanium dioxide และ zinc oxide รวมทั้งตรวจสอบความสะอาดของอุปกรณ์และกระบวนการผลิต เพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป

สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์หลายแบรนด์ หลายล็อตการผลิต หลายระดับราคา และหลายช่องทางจำหน่าย เพื่อให้สะท้อนสถานการณ์ของผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดในประเทศไทยได้มากขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการปนเปื้อน เช่น ประเภทของสารป้องกันรังสี UV แหล่งที่มาของวัตถุดิบ และกระบวนการผลิต รวมถึงวิเคราะห์โลหะหนักชนิดอื่นที่อาจมีความสำคัญ เช่น สารหนู (As) ปรอท (Hg) และโครเมียม (Cr) ตลอดจนศึกษาการปลดปล่อยและการซึมผ่านผิวหนังของโลหะหนัก เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภคได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงต่ออาจารย์ที่ปรึกษา ดร.นายแพทย์ธรรณวัฐ วัฒนาเศรษฐ์ สำหรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนตลอดกระบวนการวิจัย ซึ่งช่วยให้การศึกษาครั้งนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนางานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วง และเจ้าหน้าที่คณะผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการประสานงานและอำนวยความสะดวกในระหว่างดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ผลิต ผู้ประกอบการ หน่วยงานภาครัฐ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ในการเฝ้าระวังการปนเปื้อนของโลหะหนักในผลิตภัณฑ์ครีมกันแดดทาผิวกาย รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ เพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้บริโภคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.D'Orazio J, Jarrett S, Amaro-Ortiz A, Scott T. UV radiation and the skin. Int J Mol Sci. 2013;14(6):12222-48. doi:10.3390/ijms140612222.

2.Rittié L, Fisher GJ. Natural and sun-induced aging of human skin. Cold Spring Harb Perspect Med. 2015;5(1):a015370. doi:10.1101/cshperspect.a015370.

3.Masaki H. Role of antioxidants in the skin: anti-aging effects. J Dermatol Sci. 2010;58(2):85-90. doi:10.1016/j.jdermsci.2010.03.003.

4.Fisher GJ, Kang S, Varani J, Bata-Csorgo Z, Wan Y, Datta S, et al. Mechanisms of photoaging and chronological skin aging. Arch Dermatol. 2002;138(11):1462-70. doi:10.1001/archderm.138.11.1462.

5.Sander M, Sander M, Burbidge T, Beecker J. The efficacy and safety of sunscreen use for the prevention of skin cancer. CMAJ. 2020;192(50):E1802-8. doi:10.1503/cmaj.201085.

6.Geoffrey K, Mwangi AN, Maru SM. Sunscreen products: rationale for use, formulation development and regulatory considerations. Saudi Pharm J. 2019;27(7):1009-18. doi:10.1016/j.jsps.2019.08.003

7.Bocca B, Pino A, Alimonti A, Forte G. Toxic metals contained in cosmetics: a status report. Regul Toxicol Pharmacol. 2014;68(3):447-67. doi:10.1016/j.yrtph.2014.01.003.

8.Kamerud KL, Hobbie KA, Anderson KA. Stainless steel leaches nickel and chromium into foods during cooking. J Agric Food Chem. 2013;61(39):9495-501. doi:10.1021/jf402400v

9.Karamali F, Nazari G, Mehrabani M, Najafi A. Determination and risk assessment of lead and cadmium in sunscreen and foundation cosmetics marketed in Iran. J Chem Health Risks. 2021;11(4):437-49.

10.Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological profile for nickel [Internet]. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2005 [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp15.pdf

11.Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological profile for lead [Internet]. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2020 [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589532/

12.Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological profile for cadmium [Internet]. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2012 [cited 2026 Aug 31]. Available from: https://www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp5.pdf

13.We Are Social; Meltwater. Digital 2026: Thailand [Internet]. New York: We Are Social; 2026 [cited 2025 Apr 15]. Available from: https://indd.adobe.com/embed/22d0dc4f-4201-4feb-9127-5f2c0661b23e

14.U.S. Food and Drug Administration. FDA's Testing of Cosmetics for Arsenic, Cadmium, Chromium, Cobalt, Lead, Mercury, and Nickel Content [Internet]. 2020. Available from: https://www.fda.gov/cosmetics/potential-contaminants-cosmetics/fdas-testing-cosmetics-arsenic-cadmium-chromium-cobalt-lead-mercury-and-nickel-content

15.Bund B. Technically avoidable heavy metal contents in cosmetic products. J Verbraucherschutz Lebensmittelsich (J Consum Prot Food Saf). 2017;12(1):51–53. doi:10.1007/s00003-016-1044-2

16.Arshad H, Mehmood MZ, Shah MH, Abbasi AM. Evaluation of heavy metals in cosmetic products and their health risk assessment. Water Air Soil Pollut. 2020;231:290.

17.Ali M, Shahzad L, Hayyat MU, Sharif F, Ghafoor GZ, Nasir R. Determination of heavy metals and their associated health risk assessment in the commonly available sunblocks. Environ Technol. 2023;44(19):7408-26. doi: 10.1080/03067319.2023.2173599.

18.Mohammadi M, Riyahi Bakhtiari A, Khodabandeh S. Determination of cadmium and lead concentration in cosmetics (sunscreen, lipstick and hair color). Iran J Health Environ. 2014;6(4):481-90.

19.Oruç F, Çetinkaya S, Erdem O. Evaluation of heavy metal contaminations and possible toxicological risks in sunscreens used in children. Toxicol Lett. 2025;411(Suppl):S331-S331a. doi: 10.1016/j.toxlet.2025.07.769..

การศึกษาแนวทางการพัฒนาเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด

Development of Prototype Herbal Lactation-Promoting Beverages for Postpartum Mother.

(Received: September 17, 2026; Revised: September 20, 2026 ; Accepted: September 22, 2026)

กรรณิกา นันตา[1] ปริพัช เงินงาม[2] ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงค์[3] หทัยกาญจน์ เยาวบุตร[1] ธัญลักษณ์ ปู่คำสุข[4]
Kannika Nanta[1] Paripach Ngoenngam[2] Siwapong Tansuwanwong[3] Hathaikan Yaowaboot[1]
Tanyalak Pukhamsuk[4]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์ คือ 1) ศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนม 2) พัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด 3) ประเมินผลความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนม กลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ในการให้บริการรักษาโรคและมีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพร การผลิตยาและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพมาอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 10 คน และ อาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลมารดาหลังคลอดมาอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 10 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจประเมินค่าความชอบ 9 ระดับ (9-Point Hedonic Scale) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Jamovi (Version 2.6.26) โดยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาเอกสารตำราพบสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนม จำนวน 12 ชนิด โดยสมุนไพรที่มีความเหมาะสมตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดและมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นเครื่องดื่มบำรุงน้ำนมมี 3 ชนิด ได้แก่ นมนาง (*Xantolis cambodiana*), นมวัว (*Scleropyrum pentandrum*) และน้ำนมราชสีห์ (*Euphorbia hirta*) สำหรับการพัฒนาสูตรเครื่องดื่มใช้วิธีการต้มเคี่ยวตามหลักเภสัชกรรมไทย (ต้ม 3 ส่วน เหลือ 1 ส่วน) และปรับระดับความเข้มข้นด้วยการเจือจางน้ำเป็น 3 ระดับ (100%, 75% และ 50%) จะได้ผลิตภัณฑ์ทั้งหมด 9 สูตรและนำไปทดสอบความพึงพอใจผ่านทางประสาทสัมผัส สรุปได้ว่า เครื่องดื่มนมนาง สูตรความเข้มข้น 75% ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงสุดเท่ากับ 8.10 ± 0.57 (ระดับชอบมาก) เครื่องดื่มนมวัว สูตรความเข้มข้น 50% ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงสุดเท่ากับ 6.50 ± 2.95 (ระดับชอบเล็กน้อยถึงปานกลาง) และเครื่องดื่มน้ำนมราชสีห์ สูตรความเข้มข้น 100% ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงสุดเท่ากับ 8.50 ± 0.50 (ระดับชอบมากถึงมากที่สุด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : เครื่องดื่ม, สมุนไพร, บำรุงน้ำนม, แม่หลังคลอด

Abstract

This experimental research with the following objectives: 1) to investigate medicinal herbs with lactation-promoting properties; 2) to develop a prototype herbal beverage for promoting lactation in postpartum mothers; 3) to evaluate satisfaction with the prototype herbal beverage for promoting lactation in postpartum mothers. Twenty samples were selected by purposive sampling, comprising 10 Thai traditional medicine instructors with at least 3 years of clinical practice experience and expertise in medicinal herbs, pharmaceutical production, and health supplements, alongside 10 Thai traditional medicinenstructors with at least 3 years of expertise in postpartum care. Data were collected using a 9-Point Hedonic Scale questionnaire and analyzed statistically using Jamovi software (Version 2.6.262.3) via One-Way Analysis of Variance (One-Way ANOVA) at a 95% confidence level ($p < 0.05$).

The result showed that the documentary review identified 12 medicinal herbs with lactation-promoting properties. Three herbs were considered based on the criteria established by the researchers and the potential for developing into a lactation-promoting beverage including Nom Nang (*Xantolis cambodiana*), Nom Wua (*Scleropyrum pentandrum*), and Nam Nom Ratchasi

[1] อาจารย์ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
[4] อาจารย์ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย Corresponding author: Tanyalak Pukhamsuk, Email: iamtanya_2567@hotmail.com

(Euphorbia hirta). The beverage formulations were prepared using the Thai pharmaceutical decoction method (three parts of the herbal preparation were boiled down to one part). The resulting decoctions were diluted with water to three concentration levels: 100%, 75%, and 50%, resulting in a total of nine formulations. The formulations were then evaluated for sensory acceptability. The results showed that the 75% concentration of the Nom Nang beverage received the highest overall liking score 8.10 ± 0.57 (corresponding to a rating of "like very much"). The 50% concentration of the Nom Wua beverage received the highest score 6.50 ± 2.95 (corresponding to a rating ranging from "like slightly to like moderately"). The 100% concentration of the Nam Nom Ratchasi beverage received the highest score 8.50 ± 0.50 (corresponding to a rating ranging from "like very much" to "like extremely"), with statistically significant differences.

Keywords : Beverage, Herbal, Lactation-Promoting, Postpartum mothers

บทนำ

น้ำนมแม่ถือเป็นโภชนาการที่สำคัญที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากอุดมไปด้วยวิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต โดยเฉพาะน้ำนมแม่ในช่วง 1–3 วันแรกจะมีลักษณะเป็นสีเหลือง หรือเรียกว่า น้ำนมเหลือง (Colostrum) ซึ่งเปรียบเสมือนวัคซีนหยดแรกของทารก เพราะอุดมไปด้วยเม็ดเลือดขาวและ แลคโตเฟอร์ริน (Lactoferrin) ที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ ยังประกอบด้วยวิตามินและแร่ธาตุสำคัญ ได้แก่ วิตามินเอ, บี 1, บี 2, บี 6, บี 12, ซี, ดี, อี, เค รวมถึงแร่ธาตุได้แก่ เหล็ก แคลเซียม และไอโอดีน พร้อมทั้งกรดไขมันจำเป็นต่อพัฒนาการของระบบประสาทและสมอง เช่น กรดไขมันอิ่มตัวชนิด Docosahexaenoic acid (DHA)และสารต้านอนุมูลอิสระ เป็นต้น [1] ด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund: UNICEF) จึงกำหนดข้อแนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน และส่งเสริมให้บริโภคนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยต่อเนื่องไปจนถึงอายุ 2 ปีหรือมากกว่านั้น [2] อย่างไรก็ตามแม้ว่าสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยมีการปรับตัวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.0 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 28.6 ในปี พ.ศ. 2565 แต่ก็ยังคงเป็นสัดส่วนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 44 โดยอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการให้นมบุตร คือ การที่มารดาหลังคลอดประสบภาวะน้ำนมไหลน้อย หรือปริมาณน้ำนมของแม่ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงทารกในระยะแรกหลังคลอด[3] จากการที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพนักศึกษาแพทย์แผนไทย ณ โรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผู้สูงอายุ วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมักประสบปัญหาน้ำนมไหลน้อยหรือมีปริมาณน้ำนมน้อยไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงดูทารกในระยะยาว[4] ถึงแม้ว่าในตำราการแพทย์แผนไทยจะปรากฏองค์ความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนมมากมายหลายชนิด อาทิ นมนาง นมวัว น้ำนมราชสีห์ แต่ทว่าสมุนไพรดังกล่าวยังขาดการศึกษาวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ถึงฤทธิ์ในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมอย่างชัดเจน[5] นอกจากนี้ การนำมาใช้งานจริงยังพบข้อจำกัดด้านการยอมรับของผู้บริโภค เนื่องจากกรรมวิธีการปรุงยาแบบดั้งเดิมที่ต้องต้มเคี่ยวแบบเข้มข้น (ต้ม 3 ส่วน ให้เหลือ 1 ส่วน) ส่งผลให้ตัวยามีความเข้มข้นสูง มีรสชาติ รสสัมผัส กลิ่น และสีที่ไม่ชวนรับประทาน[6] ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและโอกาสในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อปรับปรุงรูปแบบการยอมรับด้านรสชาติ กลิ่น และความสะดวกในการบริโภค เป็นการสร้างภาพลักษณ์เชิงบวกให้แก่วิชาชีพการแพทย์แผนไทยให้ร่วมสมัยอีกทั้งยังเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่ม (Value Added) ให้กับพืชสมุนไพรในท้องถิ่น ขยายผลสู่การผลิตเชิงพาณิชย์เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนม

2) เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด

3) เพื่อประเมินผลความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนม

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ดำเนินการโดยการศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนมจากเอกสารตำราการแพทย์แผนไทยที่ใช้สำหรับการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของสภาการแพทย์แผนไทย ร่วมกับตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา สาขาหมอยา จากนั้นทำการคัดเลือกพืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนมเพื่อนำมาพัฒนาเป็นเครื่องดื่มบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และติดตามผลความพึงพอใจของผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้นจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย จำนวน 20 คน ซึ่งได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ในการให้บริการรักษาโรคและมีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพร การผลิตยาและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพมาอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 10 คน ทำหน้าที่คัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนมเพื่อนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มต้นแบบ

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลมารดาหลังคลอดมาอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 10 คน ทำหน้าที่ประเมินความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด

3. เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกการประมวลตำรับสมุนไพรบำรุงน้ำนม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ ซึ่งผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยวิชาชีพและอาจารย์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยวิเคราะห์หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 ซึ่งถือว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 รวบรวมข้อมูลสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนมจากเอกสารตำราที่ใช้ในการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของสภาการแพทย์แผนไทยและตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ได้แก่ ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ 5 ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไปของกองประกอบโรคศิลปะ ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไปสาขาผดุงครรภ์และตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา สาขาหมอยา

4.2 การสนทนากลุ่มเพื่อคัดเลือกสมุนไพร จัดประชุมกลุ่มร่วมกับอาจารย์แพทย์แผนไทย ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ ประจำวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เพื่อพิจารณาคัดเลือกสมุนไพรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ทางผู้วิจัยกำหนดในการนำมาเป็นผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด

4.3 การพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบ โดยการนำสมุนไพรที่ผ่านการคัดเลือกมาแปรรูปและพัฒนาเป็น

ผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอดในระดับความเข้มข้นต่างๆ

4.4 การประเมินผลความพึงพอใจ ดำเนินการประเมินความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มต้นแบบจากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยการประเมินด้านสี, กลิ่น, รสชาติ, เนื้อสัมผัส รูปแบบผลิตภัณฑ์ ความชอบโดยรวม โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ 9 ระดับ (9-Point Hedonic Scale) ดังนี้ 9 = ชอบมากที่สุด, 8 = ชอบมาก, 7 = ชอบปานกลาง, 6 = ชอบเล็กน้อย, 5 = เฉยๆ, 4 = ไม่ชอบเล็กน้อย, 3 = ไม่ชอบปานกลาง, 2 = ไม่ชอบมาก, 1 = ไม่ชอบมากที่สุด[7]

4.4 สรุปและวิเคราะห์ผลการศึกษา

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนม โดยคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way ANOVA) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p<0.05$) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วย Post-Hoc Test วิธีของ Tukey (Tukey's HSD test)

6. จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เอกสารเลขที่ COE.022/2567 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ การยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ รวมทั้งสามารถยุติการร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณบำรุงน้ำนม

จากการศึกษาเอกสารตำรา ได้แก่ ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวงรัชกาลที่ 5 ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไปของการประกอบโรคศิลปะ ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไปสาขาผดุงครรภ์และตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนาสาขาหมอยา พบสมุนไพรที่ระบุสรรพคุณในการบำรุงน้ำนมจำนวน 12 ชนิด ได้แก่ กระทือ เขยตาย โคกกระออม ไทรย้อย นมนาง นมพิจิตร นมวัว นมควาย น้ำเต้า น้ำนมราชสีห์ มะละกอและเร่วใหญ่

สำหรับการคัดเลือกพืชสมุนไพรเพื่อนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอดร่วมกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทางคณะผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นสมุนไพรมีสรรพคุณบำรุงน้ำนม 2) เป็นสมุนไพรที่สามารถหาได้ในท้องถิ่นภาคเหนือ 3) เป็นสมุนไพรที่สามารถนำมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ได้ง่าย และ 4) เป็นสมุนไพรที่ปราศจากพิษและปลอดภัยต่อผู้บริโภค ผลการประชุมกลุ่มได้ข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับการคัดเลือกสมุนไพรเพื่อนำมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนม 3 ชนิด ได้แก่ น้ำนมราชสีห์ นมนาง และนมวัว

2. ผลการพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด

ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนม คณะผู้วิจัยได้นำพืชสมุนไพรที่ผ่านการคัดเลือกจำนวน 3 ชนิด ได้แก่ นมนาง (เปลือกต้น) นมวัว (เถา) และน้ำนมราชสีห์ (ทั้งต้น) ในรูปแบบของสมุนไพรแห้ง มาต้มเคี่ยวตามหลักเภสัชกรรมไทย โดยใช้วิธีการต้มเคี่ยวแบบเข้มข้น (ต้ม 3 ส่วน ให้เหลือ 1 ส่วน) โดยตามตำราการแพทย์แผนไทยระบุการใช้สมุนไพรปริมาณ 1 กำมือ โดยคิดเป็นน้ำหนักของสมุนไพร ดังนี้ นมนาง 50.85 มิลลิกรัม นมวัว 50.61 มิลลิกรัม และน้ำนมราชสีห์ 25.84 กรัม ใส่ลงในหม้อต้มยาขนาดความจุ 1.5 ลิตร โดยแยกสมุนไพร 1 ชนิด

ต่อ 1 หม้อ จากนั้นเติมน้ำสะอาด 900 มิลลิลิตร นำไปต้มด้วยไฟระดับปานกลางอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 45 นาที จะได้เครื่องดื่มเข้มข้น 300 มิลลิลิตร จากนั้นนำมาปรับระดับความเข้มข้นโดยการเจือจางด้วยน้ำสะอาด ดัดแปลงสูตรจาก สวรักษ์ จันทรเทพธิมากุลและคณะ[8] โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับความเข้มข้น ดังนี้ สูตรที่ 1 ความเข้มข้น 100% สูตรที่ 2 ความเข้มข้น 75% และ สูตรที่ 3 ระดับความเข้มข้น 50% ดังนั้นในการพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนม จะมีทั้งสิ้น 9 สูตร จำแนกเป็น เครื่องดื่มนมนาง 3 สูตร, เครื่องดื่มนมวัว 3 สูตร และเครื่องดื่มน้ำนมราชสีห์ 3 สูตร เพื่อนำไปประเมินระดับความพึงพอใจทางประสาทสัมผัสต่อไป

3.ผลการประเมินผลความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนม

ผลการประเมินความพึงพอใจทางประสาทสัมผัสต่อผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมต้นสำหรับมารดาหลังคลอดจากกลุ่มตัวอย่างคืออาจารย์แพทย์แผนไทยมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลมารดาหลังคลอดมาอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 10 คน ทำหน้าที่ประเมินความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอดโดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าความชอบ 9 ระดับ (9-Point Hedonic Scale) ผ่านประสาทสัมผัสโดยประเมินในด้านสี, กลิ่น, รสชาติ, เนื้อสัมผัส, รูปแบบผลิตภัณฑ์ และความชอบโดยรวม สรุปผลจำแนกตามชนิดเครื่องดื่มสมุนไพรได้ดังนี้

เครื่องดื่มสมุนไพรนมนาง สูตรที่ 2 (ความเข้มข้น 75%) ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงสุด เท่ากับ 8.10±0.57 (ระดับชอบมาก) รองลงมาคือ สูตรที่ 1 (8.00±0.47) และสูตรที่ 3 (7.90±0.74) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาด้านกลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัส และรูปแบบบรรจุภัณฑ์ พบว่าทั้ง 3 สูตร ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) ส่วนด้านสี พบว่าสูตรที่ 1 ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากับ 8.60±0.52 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับสูตรที่ 3 (7.30±1.64)

เครื่องดื่มสมุนไพรนมวัว สูตรที่ 3 (ความเข้มข้น 50%) ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงสุด เท่ากับ 6.50±2.95 (ระดับชอบเล็กน้อยถึงชอบปานกลาง) รองลงมาคือ สูตรที่ 1 (6.45±2.88) และสูตร 2 (6.40±2.88) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาด้านสี กลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัส และรูปแบบบรรจุภัณฑ์ พบว่าทั้ง 3 สูตรไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$)

เครื่องดื่มสมุนไพรน้ำนมราชสีห์ สูตรที่ 1 (ความเข้มข้น 100%) ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงสุด เท่ากับ 8.50±0.50 รองลงมาคือ สูตรที่ 2 (8.25±0.63) และสูตรที่ 3 (7.90±0.88) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาด้านกลิ่น และรูปแบบบรรจุภัณฑ์ พบว่าทั้ง 3 สูตรไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq 0.05$) ส่วนด้านสี รสชาติ และเนื้อสัมผัสพบว่าสูตรที่ 1 ได้รับคะแนนสูงสุดในทุกด้าน ได้แก่ ด้านรสชาติ (8.70±0.48), ด้านสี (8.60±0.70) และด้านเนื้อสัมผัส (8.50±0.53) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับสูตรที่ 3 ที่ได้รับคะแนนด้านรสชาติ (7.40±1.07), ด้านสี (7.60±0.97) และด้านเนื้อสัมผัส (7.70±0.82)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอด โดยการคัดเลือกสมุนไพรที่ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ได้แก่ 1) เป็นสมุนไพรมีสรรพคุณบำรุงน้ำนม 2) เป็นสมุนไพรที่สามารถหาได้ในท้องถิ่น 3) เป็นสมุนไพรที่สามารถนำมาแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์ได้ง่าย และ 4) เป็นสมุนไพรที่ปราศจากพิษและปลอดภัยต่อผู้บริโภค ข้อสรุปจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นให้นำสมุนไพรทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ นมนาง (*Xantolis cambodiana*), นมวัว(*Scleropyrum pentandrum*) และ น้ำนมราชสีห์ (*Euphorbia hirta*) มาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มสมุนไพรต้นแบบ เนื่องจากนมนาง

และนมวัวเป็นพืชสมุนไพรที่มีการกระจายพันธุ์ตามธรรมชาติในป่าผลัดใบ ป่าดิบแล้ง และป่าเบญจพรรณในเขตภาคเหนือ ขณะที่น้ำนมราชสีห์เป็นพืชสมุนไพรที่พบได้ทั่วไปในเขตร้อน โดยขึ้นตามพื้นที่โล่งแจ้ง ริมทางที่รกร้าง ท้องนา และชายป่า ส่งผลให้สมุนไพร ทั้ง 3 ชนิด จัดเป็นพืชสมุนไพรท้องถิ่นที่สามารถจัดหาได้ง่ายในพื้นที่ภาคเหนือ มีความสะดวกในการเก็บเกี่ยว และมีความยั่งยืนในการนำมาใช้ในระยะยาว[9] สำหรับกรรมวิธีการพัฒนาเครื่องดื่มสมุนไพรในครั้งนี้ ดำเนินการใช้วิธีต้มเคี่ยวสกัดตามหลักเภสัชกรรมไทย (ต้ม 3 ส่วน เหลือ 1 ส่วน) และปรับระดับความเข้มข้นโดยการเจือจางด้วยน้ำบริสุทธิ์เป็น 3 ระดับ (100%, 75% และ 50%) ซึ่งจะได้ผลิตภัณฑ์ทั้งหมด 9 สูตรและนำไปทดสอบความพึงพอใจผ่านทางประสาทสัมผัสด้วยเกณฑ์ 9-Point Hedonic Scale กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน พบว่า ระดับความเข้มข้นส่งผลต่อคะแนนความชอบโดยรวมและการยอมรับทางประสาทสัมผัส โดยเครื่องดื่มสมุนไพรนมนาง สูตรที่ 2 (ความเข้มข้น 75%) ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงที่สุด (8.10 ±0.57 ระดับชอบมาก) เครื่องดื่มสมุนไพรรสนมวัว สูตรที่ 3 (ความเข้มข้น 50%) ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงที่สุด (6.50±2.95 ระดับชอบเล็กน้อยถึงชอบปานกลาง) และเครื่องดื่มสมุนไพรรสน้ำนมราชสีห์ สูตรที่ 1 (ความเข้มข้น 100%) ได้รับคะแนนความชอบโดยรวมสูงที่สุด (8.50±0.50 ระดับชอบมากถึงชอบมากที่สุด)

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า เครื่องดื่มสมุนไพรนมนาง สูตรที่ 2 (ความเข้มข้น 75%), เครื่องดื่มสมุนไพรนมวัว สูตรที่ 3 (ความเข้มข้น 50%) และเครื่องดื่มสมุนไพรน้ำนมราชสีห์ สูตรที่ 1 (ความเข้มข้น 100%) มีโอกาสนำมาพัฒนาต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มบำรุงน้ำนมสำหรับหญิงหลังคลอดได้ โดยผลการพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสาลิกา อริธชาติ และวาที คงบรรทัด ซึ่งได้ศึกษาผลของน้ำสกัดจากผงป่นแห้งของเปลือกต้นนมนางต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในเลือดในหนูขาว โดยพบว่าหนูในกลุ่มที่ได้รับสารสกัดนมนางมีระดับของฮอร์โมนที่กระตุ้นการหลั่งน้ำนมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม[10] อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพล นาทรัพย์ และคณะ ที่ได้ประเมินฤทธิ์ก่อการกลายและฤทธิ์ต้านการกลายของสารสกัดสมุนไพรนมนาง สันโศก และหญ้าหวานในการทดสอบเอมส์ (Ames test) โดยพบว่าสารสกัดน้ำจากสมุนไพรไม้นมนางทุกระดับความเข้มข้นไม่แสดงฤทธิ์ก่อการกลายพันธุ์หรือความเป็นพิษต่อรหัสพันธุกรรม (DNA) ของแบคทีเรียทดลอง ดังนั้นจึงเป็นการยืนยันถึงความปลอดภัยเบื้องต้นต่อผู้บริโภคได้[11] ในส่วนของเครื่องดื่มสมุนไพรนมวัว ผลการวิจัยสอดคล้องกับ การศึกษาของสุดารัตน์ หอมหวล ที่ได้ศึกษาเรื่องนมทั้งห้า บำรุงน้ำนมสตรีหลังคลอด (นมวัว) และการศึกษาของสุภารัตน์ และคณะ ที่ได้ศึกษาสรรพคุณทางยา สารเมแทบอไลต์ทุติยภูมิ และฤทธิ์ทางชีวภาพของพืชสมุนไพรบำรุงน้ำนม ซึ่งระบุว่าใบและลำต้นของนมวัวประกอบไปด้วยสารสำคัญในกลุ่มฟลาโวนอยด์และไกลโคไซด์หลายชนิด เช่น Isoorientin, Vitexin, Vicenin-2 และ Apigenin ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ลดการอักเสบ ช่วยเสริมสร้างระบบการไหลเวียนโลหิตในสตรีหลังคลอด[12,13] อย่างไรก็ตามเนื่องจาก สารสกัดเข้มข้นจากสมุนไพรนมวัวจะมีรสฝาดจืดและมีกลิ่นเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว ดังนั้นการนำสารสกัดมาปรับลดความเข้มข้นหรือเจือจางในสัดส่วนที่เหมาะสมก่อนการบริโภค จึงเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยเพิ่มการยอมรับทางประสาทสัมผัสของผู้บริโภคได้ สำหรับสมุนไพรน้ำนมราชสีห์ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kumar et al. และ Huang et al. ที่ตรวจพบสารสำคัญในกลุ่ม Polyphenols, Quercitrin, Gallic acid, Ellagic acid และ Tannins ปริมาณที่สูงในสมุนไพรน้ำนมราชสีห์ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นการเจริญของต่อมน้ำนมและกระตุ้นการหลั่งน้ำนมโดยตรง[14,15] อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Koko และคณะ ที่

ได้ประเมินฤทธิ์การกระตุ้นและบำรุงการหลั่งน้ำนม (Galactagogue activity) ของน้ำนมราชสีห์ (*Euphorbia hirta* L.) ในสัตว์ทดลอง ที่พบว่าสารสกัดน้ำจากใบน้ำนมราชสีห์มีสารต้านอนุมูลอิสระในปริมาณที่ช่วยปกป้องเซลล์จากการถูกทำลายจากออกซิเดชัน (Oxidative stress) และส่งผลเชิงบวกต่อการทำงานของระบบสรีรวิทยาในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม นอกจากนี้สารกลุ่มแทนนินซึ่งมีคุณสมบัติเด่นในด้านการต้านการอักเสบและสมานแผล ยังช่วยลดอาการคัดตึงเต้านมและลดการอักเสบของเต้านมในมารดาหลังคลอดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเสริมแทนนินสกัดต่อคุณภาพน้ำนมในโคนม ที่พบว่าแทนนินสกัดมีส่วนช่วยเพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพของผลผลิตน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16]

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ต้นแบบเครื่องดื่มสมุนไพรบำรุงน้ำนมสำหรับมารดาหลังคลอดทั้ง 3 สูตร ได้แก่ นมนาง (ความเข้มข้น 75%), นมวัว (ความเข้มข้น 50%) และน้ำนมราชสีห์ (ความเข้มข้น 100%) ถือเป็นผลิตภัณฑ์ทางเลือกสำหรับสำหรับแพทย์แผนไทย บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยบริการสุขภาพชุมชนที่ต้องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตลอดจนมารดาหลังคลอดที่ต้องการเพิ่มปริมาณน้ำนมหลังคลอด ขณะเดียวกัน ยังช่วยยกระดับและสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับพืชสมุนไพรในท้องถิ่น ส่งเสริมแนวทางการเพาะปลูก และการแปรรูปพืชสมุนไพรในชุมชนอย่างยั่งยืน นอกจากนี้การถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสัดส่วนการเจือจางที่เหมาะสมยังส่งเสริมให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชน แพทย์แผนไทย นำไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์นวัตกรรมสุขภาพเพื่อสร้างอาชีพ และกระจายรายได้สู่เศรษฐกิจฐานราก ตลอดจนช่วยเสริมศักยภาพการบริการสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพชุมชนของแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

ควรดำเนินการทดสอบประสิทธิผลเชิงคลินิก (Clinical Trial) ในกลุ่มมารดาหลังคลอดเพื่อประเมินการเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำนม การตรวจวัดระดับฮอร์โมนโปรแลกติน (Prolactin) ในเลือด รวมถึงติดตามประเมินความปลอดภัยในระยะยาวอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่สนับสนุนงบประมาณตลอดจนสถานที่ในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ปรีดา ตาสี. (2562). โภชนศาสตร์มนุษย์. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
2. World Health Organization. (2002). Infant and young child nutrition: Global strategy on infant and young child feeding (Document A55/15). World Health Organization. เข้าถึงจาก: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf
3. สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2566, 4 สิงหาคม). วันแม่ 2566 : หนุนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล้วนถึง 6 เดือน หลังพบเด็กได้กินเพียง 28%. เข้าถึงจาก: Thai PBS News https://www.thaipbs.or.th/news/content/330309
4.วรรณพร สุริยะคุปต์. (2565). การศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย [วิทยานิพนธ์การแพทย์แผนไทยดุษฎีบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2565

5. ยิ่งยง เทาประเสริฐ, และกันยานุช เทาประเสริฐ. (2547). ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา สาขาหมอยา. วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงราย.
6. กองประกอบโรคศิลปะ. (2541). ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม. บริษัท ไทภูมิพับลิชชิ่ง จำกัด.
7. เชาวลิต อุปฐาก, สุจิตรา นวลแก้ว, และนพรัตน์ พุทธกาล. (2567). การพัฒนาและการประเมินคุณภาพทางประสาทสัมผัสของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเชียงราย, 14(1), 45–58.
8. สวรักษ์ จันทรเทพธิมากุล, และอาฒยา สันตะกุล. (2565). พัฒนาผลิตภัณฑ์น้ำหัวปลีเข้มข้นพร้อมดื่ม. โครงการทุนสนับสนุนงานวิจัยของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล กรุงเทพ.
9. เต็ม สมิตินันทน์. (2557). ชื่อพรรณไม้แห่งประเทศไทย เต็ม สมิตินันทน์ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2557). สำนักวิจัยการอนุรักษ์ป่าไม้และพันธุ์พืช กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช.
10. สาลิกา อริธชาติ, และวาที คงบรรทัด. (2543). ผลของน้ำสกัดจากผงป่นแห้งของเปลือกต้นนมนางต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในเลือดในหนูขาว. วารสารชีววิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 8(1), 12–25.
11. สุรพล นาทรัพย์, อัญชลี พงศ์ธนพานิช, และนิพัทธ์ เธียรชัยพงษ์. (2544). ฤทธิ์ก่อการกลายและฤทธิ์ต้านการกลายของสารสกัดสมุนไพรนมนาง สันโศก และหญ้าหวานในการทดสอบเอมส์. เชียงใหม่วารสาร, 40(3), 147–153.
12. สุดารัตน์ หอมหวล. (2554). สมุนไพรน่ารู้จัก: นมทั้งห้า บำรุงน้ำนมสตรีหลังคลอด (นมวัว). ฐานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. เข้าถึงจาก: https://phar.ubu.ac.th/herb-DetailPhargarden/231
13. สุภารัตน์ กาญจนการุณ, วิไลวรรณ ชาญนิถี, และประพฤติ พรหมสมบูรณ์. (2563). สรรพคุณทางยา สารเมแทบอไลต์ทุติยภูมิและฤทธิ์ทางชีวภาพของพืชสมุนไพรบำรุงน้ำนม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 4(2), 75–88.
14. Kumar, S., Malhotra, R., & Kumar, D. (2010). *Euphorbia hirta*: Its chemistry, traditional and medicinal uses, and pharmacological activities. Pharmacognosy Reviews, 4(7), 58–61. https://doi.org/10.4103/0973-7847.65327
15. Huang, L., Chen, S., & Yang, M. (2012). *Euphorbia hirta* (Feiyangcao): A review on its ethnopharmacology, phytochemistry and pharmacology. Journal of Medicinal Plants Research, 6(39), 5176–5185. https://doi.org/10.5897/JMPR12.787
16. Koko, B. K., Konan, A. B., Kouacou, F. K. A., Djetouan, J. M. K., & Amonkan, A. K. (2019). Galactagogue effect of *Euphorbia hirta* (Euphorbiaceae) aqueous leaf extract on milk production in female Wistar rats. Journal of Biosciences and Medicines, 7(9), 51–65. https://doi.org/10.4236/jbm.2019.79006

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Development of a Community-Based Mental Vaccination Model among Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus and Hypertension at Ban Lanvua Subdistrict Health Promoting Hospital, Karoh Subdistrict, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: September 17, 2026; Revised: September 20, 2026 ; Accepted: September 29, 2026)

ผดุงขวัญ แก้วจำรัส[1] เกสราวรรณ ประดับพจน์[2] อรพรรณ คงศรีชาย[3]
Phadungkhun Keawjumrat[1] Kessarawan Pradubpoth[2] Oraphan Khongsrichay[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพจิต พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน และศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 ราย เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด ST5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q แบบประเมินภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยมีความเครียดระดับมาก จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 26.35) ความเครียดระดับสูงมาก จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 9.12) และมีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 30.07) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “วัคซีนไร้พุง” เป็นการบูรณาการแนวคิดวัคซีนใจในชุมชน 4ส 2ช ร่วมกับแนวคิดคลินิกไร้พุง 3อ. ประกอบด้วย การสร้างความปลอดภัย การสร้างความสงบ การสร้างความหวัง การสร้างความเข้าใจและให้โอกาส การใช้ศักยภาพชุมชน และการใช้สายสัมพันธ์ชุมชน ภายหลังได้รับรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: วัคซีนใจในชุมชน, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This quasi experimental research aimed to investigate psychological conditions and impacts, develop a community-based mental vaccination model, and examine changes in stress and depression among patients with uncontrolled diabetes mellitus and hypertension at Ban Lanvua Subdistrict Health Promoting Hospital, Karoh Subdistrict, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. The study was conducted from March 2025 to May 2026. Sample size were 45 participants. Data were collected using demographic questionnaires, Stress Test-5 (ST5), 2Q depression screening questionnaire, community mental immunity assessment, and focus group discussion guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-test.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว จังหวัดนครศรีธรรมราช
[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช Corresponding Author E-mail: kessarawan2514@gmail.com
[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

The findings revealed psychological problems among participants, with 78 participants (26.35%) having high stress levels, 27 participants (9.12%) having very high stress levels, and 89 participants (30.07%) being at risk of depression. The developed model, called the "Waistline-Free Vaccination Model," integrated the 4S2C community mental vaccination principles with the 3E health behavior modification concept. The model consisted of promoting safety, calmness, hope, destigmatization, community efficacy, and community relationships. After receiving the model, participants demonstrated a statistically significant reduction in stress scores ($p<0.001$).

Keywords: Community-based mental vaccination, Diabetes mellitus, Hypertension, Stress, Depression

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพเนื่อง จากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมาย อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ไต ตา และระบบประสาท รวมทั้งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[1] นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยโรคเรื้อ รังยังต้องเผชิญกับภาระจากการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียด ความทุกข์ทางใจ และภาวะซึมเศร้าได้[2] ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management) โดยภาวะซึมเศร้าและ diabetes distress อาจส่งผลต่อแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว[3] การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองที่ลดลงและการควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม[4] ขณะที่โปรแกรมด้านจิตสังคมและการส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถช่วยลด diabetes distress และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้[5] ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจึงควรเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต การเสริมพลังผู้ป่วย และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน[6]

แนวคิด "วัคซีนใจในชุมชน" เป็นแนวทางส่งเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ โดยเน้นการสร้างความปลอดภัย (Safety) ความสงบ (Calm) ความหวัง (Hope) ความเข้าใจและให้โอกาส (Destigmatization) รวมทั้งการใช้ศักยภาพของชุมชน (Community efficacy) และสายสัมพันธ์ในชุมชน (Community networks and relationships) เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา ปรับตัว และฟื้นตัวจากสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคไม่ได้ยังมีข้อมูลจำกัด ขณะเดียว กัน การควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดคลินิกไร้พุง (Diet and Physical Activity Clinic: DPAC) ตามหลัก 3อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ หลักฐานพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้[7] นอกจากนี้ รูปแบบการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานและการสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนสามารถส่งเสริมการจัดการโรคเรื้อรังได้ โดยเฉพาะการออกแบบกิจกรรมร่วมกับชุมชน การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ และการสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วย ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[8,9]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช รับผิดชอบประชาชนในพื้นที่ 4 หมู่บ้าน จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของหน่วยบริการย้อนหลัง 3 ปี พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 242 ราย เป็น 268 ราย และ 296 ราย ตามลำดับ โดยยังพบผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และมีปัญหาด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย นอกจากนี้ ผลการประเมินภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนพบว่าอยู่ในระดับ C สะท้อนถึงช่องว่างของระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในชุมชนและความจำเป็นในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยกรมสุขภาพจิตกำหนดแนวคิดวัคซีนใจในชุมชนตามหลัก “4 สร้าง 2 ใช้” เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหา และเพิ่มศักยภาพในการฟื้นตัวจากสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต[10]

จากการทบทวนสถานการณ์และหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดในการบูรณาการมิติด้านสุขภาพจิตเข้ากับการดูแลด้านร่างกาย โดยการดูแลด้านจิตใจและจิตสังคมยังไม่เป็นระบบในบางบริบท ขณะที่การบูรณาการการคัดกรองและดูแลปัญหาสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังเผชิญข้อจำกัดด้านภาระงาน ทักษะบุคลากร และระบบส่งต่อ ดังนั้น การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ[11] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูป แบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยา บาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
3. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพจิต: ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ รวมทั้งประเมินระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 296 ราย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ: นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการ
สนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ระยะที่ 3 การศึกษาการเปลี่ยนแปลงภายหลังใช้รูปแบบ: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 ราย เพื่อประเมินการ
เปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตภายหลังได้รับรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 296 ราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 45 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตภายหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยแบบสอบถามและแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเรื้อรัง

2. แบบประเมินภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด “วัคซีนใจในชุมชน” ของกรมสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับภูมิคุ้มกันทางใจของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety) 2) การสร้างความรู้สึกสงบ (Calm) 3) การสร้างความหวัง (Hope) 4) การสร้างความเข้าใจและให้โอกาส (Destigmatization) แบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชน สุขภาพจิต และการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3. แบบประเมินความเครียด (Stress Test-5: ST-5) ใช้แบบประเมินความเครียด ST-5 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับประเมินระดับความเครียดของประชาชน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ให้ผู้ตอบประเมินระดับอาการหรือความรู้สึกในช่วงเวลาที่กำหนด คะแนนรวมใช้แปลผลระดับความเครียดตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต

4. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถามของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตในระบบบริการสุขภาพ

5. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดวัคซีนใจในชุมชน เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยประเด็นคำถามหลักประกอบด้วย

1. สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ความทุกข์ทางใจ และความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

2. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน บุคลากรสุขภาพ และภาคีเครือข่าย เพื่อเสริมสร้าง
ความเข้มแข็งทางใจและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการ
พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน และแนว
คำถามการสนทนากลุ่ม ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา รวมทั้งความชัดเจนของข้อคำถาม โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence Index: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าแบบประเมินภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้

ภายหลังการปรับปรุงเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชนไปทดลองใช้ (try out) กับ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินความเข้าใจของข้อคำถามและตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 296 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภูมิคุ้มกันทางใจในชุมชน แบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล
นอกจากนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความต้องการการสนับสนุน และแนวทางการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดวัคซีนใจในชุมชน และแนวคิดคลินิกไร้พุง (Diet and Physical Activity Clinic: DPAC) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด องค์ประกอบ

กิจกรรม และแนวทางดำเนินงานของรูปแบบ “วัคซีนไร้พุง” ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยครอบคลุมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ การจัดการความเครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จากนั้นนำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของรูปแบบ ก่อนนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้และประเมินผล ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยนำรูปแบบ “วัคซีนไร้พุง” ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 45 ราย โดยดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบของรูปแบบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง 2) การฝึกทักษะการจัดการความเครียดและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ 3) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.
4) การสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายชุมชน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยประเมินระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยผ่านการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (p=.092) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังได้รับรูปแบบ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (**focus group discussion)** โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (**content analysis)** เพื่อสรุปประเด็นปัญหาความต้องการ และข้อเสนอแนะที่นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่รับรอง REC No. 8/2568 วันที่รับรอง 28 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา มี 3 ระยะดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และผลกระทบด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 296 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 184 ราย (ร้อยละ 62.16) และเพศชาย จำนวน 112 ราย (ร้อยละ 37.84) มีอายุเฉลี่ย 65.24 ปี (SD=10.84) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 198 ราย (ร้อยละ 66.89) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 214 ราย (ร้อยละ 72.30) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 42.57) รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 31.08) และอาชีพรับจ้าง จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 16.22) ด้านภาวะเจ็บป่วย พบว่า เป็นผู้ป่วยโรคเบา หวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 60.14) รองลงมาเป็นโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 21.62) และโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว

จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 18.24) โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.62 ปี (SD=5.47)

เมื่อประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 139 ราย (ร้อยละ 46.96) รองลงมาคือ ความเครียดระดับมาก จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 26.35) และความเครียดระดับสูงมาก จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 9.12) ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 296 ราย มีระดับความเครียดแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 139 ราย (ร้อยละ 46.96) รองลงมาคือ ความเครียดระดับมาก จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 26.35) ไม่มีความเครียดหรือมีความ เครียดระดับต่ำ จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 17.57) และความเครียดระดับสูงมาก จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 9.12) ตามลำดับ สำหรับผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 207 ราย (ร้อยละ 69.93) ขณะที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 30.07) ผลการ ศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะความเครียดและความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย และจากการสนทนากลุ่ม พบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับการควบคุมโรค ความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความไม่มั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตเป็นหลัก แต่ยังขาดระบบสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

จากผลการศึกษาสถานการณ์ การทบทวนวรรณกรรม และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพัฒนารูป แบบ **“วัคซีนไร้พุง”** สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยเป็นการบูรณาการแนวคิดวัคซีนใจในชุมชนร่วมกับแนวคิดคลินิกไร้พุง (DPAC) ตามหลัก 3อ. รูปแบบประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน “วัคซีนไร้พุง”

องค์ประกอบ	กิจกรรม
1. การสร้างความรู้สึกปลอดภัย (Safety)	ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และแนวทางดูแลตนเอง
2. การสร้างความสงบ (Calm)	ฝึกทักษะการจัดการความเครียดและการควบคุมอารมณ์
3. การสร้างความหวัง (Hope)	การเสริมพลัง การตั้งเป้าหมายสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจ
4. การสร้างความเข้าใจและให้โอกาส (Destigmatization)	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ลดความรู้สึกผิดและการตำหนิตนเอง
5. การใช้ศักยภาพชุมชน (Community efficacy)	การมีส่วนร่วมของ อสม. ครอบครัว และภาคีเครือข่าย
6. การสร้างสายสัมพันธ์ในชุมชน (Community networks and relationships)	การติดตาม สนับสนุน และเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบดังกล่าวผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผลการประเมินผลของรูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน

ภายหลังการนำรูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน “วัคซีนไร้พุง” ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 45 ราย พบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับรูปแบบลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยคะแนนความเครียดเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมรูปแบบเท่ากับ 6.33 คะแนน (SD=1.18) และหลังเข้าร่วมรูปแบบลดลงเหลือ 1.24 คะแนน (SD=0.98) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (n=45)

ระดับความเครียด	Mean	SD	Mean difference	95% CI		t	df	*p*-value	Cohen's d
				Upper	Lower				
ก่อนการใช้รูปแบบ (n=45)	6.33	1.18	5.09	4.58	5.60	20.202	44	<0.001	3.01
หลังการใช้รูปแบบ (n=45)	1.24	0.98							

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความเครียดเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 6.33 คะแนน (SD=1.18) ก่อนการใช้รูปแบบ เหลือ 1.24 คะแนน (SD=0.98) หลังการใช้รูปแบบ โดยมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 5.09 คะแนน (95% CI=4.58–5.60) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=20.202, df=44, p<0.001) โดยมีขนาดอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงในระดับสูง (Cohen's d=3.01)

ตารางที่ 3 ระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน (n=45)

ระดับความเครียด	ก่อนการใช้รูปแบบ จำนวน (คน)	ร้อยละ	หลังการใช้รูปแบบ จำนวน (คน)	ร้อยละ
เครียดน้อย (0–4 คะแนน)	5	11.11	45	100.00
เครียดปานกลาง (5–7 คะแนน)	30	66.67	0	0.00
เครียดมาก (8–9 คะแนน)	8	17.78	0	0.00
เครียดมากที่สุด (10–15 คะแนน)	2	4.44	0	0.00
รวม	**45**	**100.00**	**45**	**100.00**

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 66.67) รองลงมาคือความเครียดระดับมาก จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 17.78) ความเครียดระดับน้อย จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 11.11) และความเครียดระดับมากที่สุด จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 4.44) ตามลำดับ ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 45 ราย (ร้อยละ 100.00) มีความเครียดระดับน้อย (0–4 คะแนน) และไม่พบผู้ที่มีความเครียดระดับปานกลาง ระดับมาก หรือระดับมากที่สุด

ตารางที่ 4 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบ (n=45)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการใช้รูปแบบ จำนวน (คน)	ร้อยละ	หลังการใช้รูปแบบ จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีแนวโน้มเสี่ยง	14	31.11	8	17.78
ปกติ/ไม่พบความเสี่ยง	31	68.89	37	82.22
รวม	**45**	**100.00**	**45**	**100.00**

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 31.11) และไม่พบความเสี่ยง จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 68.89) ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าจำนวนผู้ที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าลดลงเหลือ 8 ราย (ร้อยละ 17.78) ขณะที่ผู้ที่ไม่พบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 37 ราย (ร้อยละ 82.22)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับที่ควรได้รับการดูแล รูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดวัคซีนใจ 4ส 2ช ร่วมกับคลินิกไร้พุง 3อ. มีความเหมาะสมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการปฐมภูมิได้ โดยพบการเปลี่ยนแปลงด้านคะแนนความเครียดหลังการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาที่มีการออกแบบเข้มแข็งขึ้นเพื่อยืนยันผลของรูปแบบในอนาคต

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีระดับความเครียดและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ควรจำกัดเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมปัจจัยด้านจิตใจและสังคม เนื่องจากภาวะเครียดและความทุกข์ทางใจอาจส่งผลต่อแรงจูงใจ ความมั่นใจ และความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทางใจสูงมีแนวโน้มมีความสามารถในการจัดการโรคลดลง[3,4] ดังนั้น การประเมินและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน รูปแบบ “วัคซีนไร้พุง” ที่พัฒนาขึ้นเป็นการ

บูรณาการแนวคิดวัคซีนใจในชุมชนร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบดูแลโรคเรื้อรังในระดับชุมชนที่ให้ความสำคัญกับการเสริมพลังผู้ป่วยและการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การจัดบริการดูแลโรคเบาหวานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based intervention) สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองและปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะรูปแบบที่มีการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัคร หรือผู้นำชุมชน[12] นอกจากนี้ การสนับสนุนจากเพื่อนผู้ป่วยหรือผู้ให้การสนับสนุนในชุมชนยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและลดอุปสรรคในการจัดการโรค[13]

3. ผลของรูปแบบต่อการลดความเครียดของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้าง

วัคซีนใจในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเกิดจากรูปแบบที่ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรู้ การจัดการอารมณ์ การเสริมพลัง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Butayeva และคณะ ที่พบว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้[14] และสอดคล้องกับการศึกษาด้านการสนับสนุนโดยเพื่อนผู้ป่วย ซึ่งพบว่ารูปแบบการดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยเพิ่ม self-efficacy และ diabetes self-management ของผู้ป่วยได้[11] อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) จึงควรตีความผลด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการออกแบบแบบมีกลุ่มควบคุมและติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพ อสม. และแกนนำชุมชน ให้สามารถจัดกิจกรรมเสริมสร้างความ

ควรมีระบบติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม หรือการทดลองแบบสุ่ม เพื่อยืนยันผลของรูปแบบ

2. ควรติดตามผลในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ

3. ควรศึกษาผลของรูปแบบต่อผลลัพธ์อื่น เช่น ความสามารถในการจัดการตนเอง คุณภาพชีวิต ความร่วมมือในการรักษา และผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ บุคลากรสาธารณสุข อาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานวัว ตำบลกะหรอ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือและรูปแบบการวิจัย จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Sep 17]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1-S321. doi:10.2337/dc24-SINT
3. Yu Y, Yan Q, Li H, Li X, Wang L, Zhang Y. Association between diabetes distress and self-management behaviors among patients with type 2 diabetes: a systematic review. Front Endocrinol (Lausanne). 2022;13:1011235. doi:10.3389/fendo.2022.1011235
4. Derese A, Gebreegzhiabhere Y, Medhin G, Sirgu S, Hanlon C. Impact of depression on self-efficacy, illness perceptions and self-management among people with type 2 diabetes: a systematic review of longitudinal studies. PLoS One. 2024;19(5):e0302635. doi:10.1371/journal.pone.0302635
5. Wicaksana AL, Apriliyasari RW, Tsai PS. Effect of self-help interventions on psychological, glycemic, and behavioral outcomes in patients with diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud. 2024;149:104626. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104625
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวัคซีนใจในชุมชน: แนวทางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจระดับชุมชน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
7. Polsook R, Aungsuroch Y, Thontham A. The effect of self-management intervention among people with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Worldviews Evid Based Nurs. 2024;21(1):59-67. doi:10.1111/wvn.12687
8. Chowdhury HA, Harrison CL, Siddiquea BN, et al. The effectiveness of diabetes self-management education intervention on glycaemic control and cardiometabolic risk in adults with type 2 diabetes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2024;19(2):e0297328. doi:10.1371/journal.pone.0297328
9. Chen C, Zhou Y, Xu JY, Song HY, Yin XW, Gu ZJ. Effect of peer support interventions in patients with type 2 diabetes: a systematic review. Patient Educ Couns. 2024;122:108172. doi:10.1016/j.pec.2024.108172
10. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี 2568 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://dmhpd.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024/11/guidebook68.pdf
11. ศักดา ขำคม, รัชดาภรณ์ ใจอ้าย, จำเนียร สุรวรางกูร. ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและแนวทางการดูแลในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังในเขตนครชัยบุรินทร์: การศึกษาเชิงคุณภาพ. J Nurs Ther Care [อินเทอร์เน็ต]. 24 มี.ค. 2026 [อ้างถึง 24 ก.ย. 2026];44(1):e280229. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/280229
12. Ko G, Song Y. Promoting community engagement in type 2 diabetes management: a systematic review and meta-analysis of community-based participatory research interventions. BMC Public Health. 2026;26:1766. doi:10.1186/s12889-026-27301-8
13. Verma I, Gopaldasani V, Jain V, Chauhan S, Chawla R, Kumar Verma P, et al. The impact of peer coach-led type 2 diabetes mellitus interventions on glycaemic control and self-management outcomes: a systematic review and meta-analysis. Prim Care Diabetes. 2022;16(6):719-735. doi:10.1016/j.pcd.2022.10.007
14. Butayeva J, Ratan ZA, Downie S, Hosseinzadeh H. The impact of health literacy interventions on glycemic control and self-management outcomes among type 2 diabetes mellitus: a systematic review. J Diabetes. 2023;15(9):724-735. doi:10.1111/1753-0407.13436

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

การดูแลสุขภาพครอบครัวตลอดช่วงชีวิตในครอบครัวพหุวัย: บริบทการดูแลผู้สูงอายุและสมรรถนะผู้ดูแลในชุมชน

Family Health Care Across the Life Course in Multigenerational Families: Older Adult Care and Competencies of Community Caregivers.

(Received: September 19, 2026; Revised: September 20, 2026 ; Accepted: September 22, 2026)

อุมาสวรรค์ คลาร์ก[1] **ชื่นชม ยุสเซน**[2]
Umasawan Clarke[1] **Chuenchom Joussen**[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวพหุวัยที่มีผู้สูงอายุในชุมชน และ 2) ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพหุวัย ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเนื้อหาการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ครอบครัวพหุวัยมี เด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน มีการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ และแบ่งบทบาทภายในบ้าน โดยผู้ดูแลหลักเป็นลูกหลานหรือผู้รับจ้างดูแล 2) สมรรถนะผู้ดูแล ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และทัศนคติ โดยครอบคลุมความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง อาหาร ยา การใช้นวัตกรรมดิจิทัลมาช่วยในการดูแล ทักษะการเคลื่อนย้าย การทำแผล การปฐมพยาบาล การจัดการความเครียด และความเข้าใจธรรมชาติของคนต่างวัย 3) ความสามารถในการดูแลได้รับอิทธิพลจากสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล ความเครียดจากการแบกรับภาระการดูแล (Caregiver Burnout) สภาพบ้านเรือน ปัญหาเศรษฐกิจ/ค่าใช้จ่าย สิ่งอำนวยความสะดวก และเครือข่ายสนับสนุน และ 4) การพัฒนาผู้ดูแลควรใช้โปรแกรมหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่และเชื่อมโยงเครือข่ายชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพครอบครัว, การดูแลตลอดช่วงชีวิต, ครอบครัวพหุวัย, ผู้สูงอายุ, สมรรถนะผู้ดูแล

Abstract

This survey research aimed to: 1)Explore the context of health care and intergenerational living among members of multigenerational families with older adults in the community; and 2) investigate the essential competencies, related factors, and approaches for developing the competencies of caregivers of older adults in multigenerational families. In-depth interviews were conducted with 20 participants selected through purposive sampling. The participants included community leaders, registered nurses/public health personnel working in subdistrict health-promoting hospitals in the study area, and members of selected families demonstrating effective care of older adults. Data were collected using semi-structured interviews. The interview data were transcribed, verified for accuracy, and analyzed using content analysis.

The findings revealed four major themes. 1) Multigenerational families consisted of children, working-age adults, and older adults living together, with communication, interaction, and shared household roles. Primary caregivers were commonly children or grandchildren of the older adults, or paid caregivers. 2) Caregiver competencies comprised knowledge, skills, and attitudes. These included knowledge of chronic diseases, nutrition, medication management, and the use of digital innovations to support caregiving; skills in transferring and mobilizing older adults, wound care, first aid, and stress management; as well as an understanding of the characteristics and needs of individuals across different generations. 3) Caregiving

[1] อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

[2] อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา Correspondent Author: chuenchom.jo@skru.ac.th

capacity was influenced by caregivers' physical and mental health, stress resulting from the burden of caregiving and caregiver burnout, housing conditions, economic and financial constraints, available facilities, and support networks. 4) Caregiver development should be implemented through programs or training curricula that are compatible with local ways of life and integrated with community support networks.
KEYWORDS: Family Health care, Life-Course Approach, Multigenerational Family, Older Person Care, Caregiver Competency

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบันพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะพบ 1 ใน 6 ของประชากรทั่วโลกเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2593 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (2,100 ล้านคน) และระหว่างปี พ.ศ. 2563 ถึง 2593 จำนวนผู้ที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มขึ้น 3 เท่า คิดเป็นจำนวน 426 ล้านคน[1] และยังพบว่าในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 13.45 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.70 ต่อประชากรทั้งประเทศ และในปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์ (complete age society) คาดว่าประชากรสูงอายุจะมีจำนวนสูงขึ้นถึงร้อยละ 28 ในปี 2576[2] ซึ่งในขณะเดียวกันจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้มีแนวโน้มที่ลดลง[3]

อย่างไรก็ตาม กระบวนการสูงวัยสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางกายและสรีรวิทยา การลดลงของความสามารถในการดำเนินชีวิต และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ สุขภาวะของผู้สูงอายุยังสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมทางสังคม สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ตลอดจนการเข้าถึงและการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนสุขภาพและการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ[4,5]

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุย่อมนำมาซึ่งความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นทั้งในผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพตลอดจนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน ในภาพรวมการดูแลอาจมีความคล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลในประเด็นปลีกย่อยตามลักษณะของผู้สูงอายุย่อมมีความแตกต่างกัน หากแบ่งผู้สูงอายุออกตามภาวะสุขภาพหรือความมีโรค สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุแข็งแรง ไม่มีโรค (Healthy older person) และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง (Older person with chronic diseases)[6] ในเชิงการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุอาจจำแนกอย่างกว้าง ๆ ตามระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือไม่มีภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการสูงวัย ภาวะสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อม ทั้งนี้ การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมสามารถช่วยชะลอการลดลงของความสามารถและการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงได้[7,8] จากการสำรวจพบว่ามีผู้สูงอายุ 5 ใน 10 คน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิง ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุด้วยบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จะแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง มีภาวะพึ่งพิงมาก เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ พบร้อยละ 0.3 2) กลุ่มติดบ้าน มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง พบร้อยละ 0.5 และ 3) กลุ่มติดสังคม พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้[9] สอดคล้องกับรายงานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 3 พบว่ามี

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.79 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 3.21[10] และรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 97.4 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 2.6[11] ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุอยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 22.6 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.9 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 12.9 ในปี 2567 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีร้อยละ 8.6 โดยเมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป) มีจำนวนผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 32.8 รองลงมาคือ กลุ่มวัยกลาง (70-79 ปี) มีผู้ดูแล ร้อยละ 10.1 และกลุ่มวัยต้น (60-69 ปี) มีสัดส่วนผู้ดูแลมีเพียง ร้อยละ 3.4 แสดงให้เห็นว่า การมีผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้น[2]

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้กระทบเฉพาะผู้สูงอายุแต่เชื่อมโยงกับสมาชิกทุกช่วงวัยในครอบครัว ทั้งเด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ผ่านการจัดสรรเวลาทรัพยากร บทบาท และความสัมพันธ์ภายในครัวเรือน แนวคิดการดูแลสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (life-course approach) มองสุขภาพว่าเป็นผลสะสมของปัจจัยทางชีวภาพ จิตสังคม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ที่เชื่อมต่อกันตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงวัยสูงอายุ รวมทั้งส่งผลข้ามรุ่น องค์การอนามัยโลกเสนอหลักสำคัญของแนวคิดนี้ ได้แก่ การดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความเสมอภาค การดำเนินการในช่วงเวลาที่เหมาะสม การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างช่วงวัยและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และความต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต[12] ดังนั้น เมื่อครอบครัวมีสมาชิกหลายช่วงวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน การดูแลผู้สูงอายุจึงไม่ควรถูกมองเป็นภารกิจเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพครอบครัวที่สมาชิกแต่ละวัยมีบทบาทต่อกัน และต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายชุมชน[13]

ผู้ดูแลครอบครัวเป็นกำลังสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แต่บทบาทดังกล่าวต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการสถานการณ์ที่ซับซ้อน จากการศึกษาของ Harvath และคณะ เสนอกรอบสมรรถนะการดูแลครอบครัวที่ครอบคลุมธรรมชาติของการดูแล การประเมินครอบครัว การดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และบริบทการดูแล[14] ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการอบรมที่มีโครงสร้างสามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะของผู้ดูแลได้[15] อย่างไรก็ตาม สมรรถนะทางเทคนิคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ เพราะภาระการดูแล สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนล้วนมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลอย่างต่อเนื่อง[16,17]

อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นพื้นที่ที่มีครอบครัวพหุวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน และมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยบทบาทของครอบครัวควบคู่กับการสนับสนุนจากเครือข่ายในชุมชน เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลและมีการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุผ่านหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน การทำความเข้าใจบริบทการดำเนินชีวิตและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกต่างช่วงวัย สมรรถนะที่จำเป็นของผู้ดูแล ตลอดจนปัจจัยที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแล จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางสนับสนุนผู้ดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่[18] การศึกษานี้จึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพครอบครัวตลอดช่วงชีวิต เพื่อเชื่อมโยงมิติความสัมพันธ์ระหว่างวัย การดูแลผู้สูงอายุ และระบบสนับสนุนในชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนา

หลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวพหุวัยที่มีผู้สูงอายุในชุมชน

2. เพื่อศึกษาสมรรถนะที่จำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพหุวัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษา บริบทการดูแลสุขภาพและการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวพหุวัยที่มีผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งสมรรถนะที่จำเป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพหุวัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (life-course approach) ของ WHO (World Health Organization)[12] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 20 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) ผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 2 ปี 2) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำงานในพื้นที่มากกว่า 1 ปี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้นำชุมชน อสม. ครอบครัวตัวอย่างที่มีการดูแลผู้สูงอายุได้ดี อาศัยอยู่ในชุมชนน้อยกว่า 2 ปี 2) พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำงานในพื้นที่น้อยกว่า 1 ปี 3) ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นสัมภาษณ์หลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) สภาพจริงของการอยู่ร่วมกันของคนทุกช่วงวัย บริบทการดูแลผู้สูงอายุ และสภาพที่คาดหวัง 2) สมรรถนะที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะของผู้ดูแล และ 4) วิธีการพัฒนาผู้ดูแลให้มีสมรรถนะตามที่คาดหวัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหาที่ต้องการวัด โดยใช้วิธีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวคิดของ Rovinelli และ Hambleton ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.80 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 0.50 แสดงว่าข้อคำถามมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ในการพิจารณารายข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยถือว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีความตรงเชิงเนื้อหาที่เหมาะสม

สำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล[19] การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[20] ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางคล้าและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูล จากนั้นสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างตามประเด็นที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) ถอดเนื้อหาการสัมภาษณ์ 2) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ถอดได้ และ 3) วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อจัดกลุ่มสาระสำคัญ แนวคิด ความหมาย และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับบริบทครอบครัว สมรรถนะผู้ดูแล ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล และแนวทางพัฒนาผู้ดูแล แล้วนำเสนอผลในรูปแบบเชิงพรรณนา

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ รหัสโครงการ SS1-07-2567-02 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดย ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ ที่อยู่ หมายเลขประจำตัว ตลอดจนข้อมูลอื่นๆ ที่จะเป็นการชี้นำให้เกิดการเปิดเผยทางอ้อม

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 20 คน พบสาระสำคัญ 4 ประเด็นหลัก ซึ่งสะท้อนการดูแลผู้สูงอายุในระบบสุขภาพครอบครัวพหุวัยและระบบสนับสนุนระดับชุมชน ดังนี้

1. ครอบครัวพหุวัย: การอยู่ร่วมกันและการแบ่งบทบาทในการดูแล

บริบทครอบครัวในอำเภอบางคล้ามีสมาชิกต่างช่วงวัย ได้แก่ เด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน ภายในบ้านมีการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ และการแบ่งหน้าที่ระหว่างสมาชิก การดูแลผู้สูงอายุจึงเกิดขึ้นท่ามกลางกิจวัตรและบทบาทของคนหลายวัย ไม่ได้แยกออกจากชีวิตครอบครัวโดยสิ้นเชิง ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นลูกหลาน ขณะที่บางครัวเรือนใช้ผู้รับจ้างดูแลร่วมด้วย ภาพที่ผู้ให้ข้อมูลคาดหวังคือการอยู่ร่วมกันของคนต่างวัยที่มีความสุข เกื้อกูลกัน และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. สมรรถนะผู้ดูแล: ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เชื่อมโยงกัน

ผู้ให้ข้อมูลมองว่าสมรรถนะที่จำเป็นของผู้ดูแลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่ต้องพัฒนาไปพร้อมกัน ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และทัศนคติ (Attitude) ด้านความรู้ ผู้ดูแลควรเข้าใจโรคเรื้อรัง อาหาร การใช้ยา และการประยุกต์นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อช่วยดูแล ด้านทักษะ ควรมีความสามารถในการปฏิบัติที่จำเป็น เช่น การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การทำแผล การปฐมพยาบาล และการจัดการความเครียด ขณะที่ด้านทัศนคติให้ความสำคัญกับมุมมองอารมณ์ ความอดทน และความเข้าใจธรรมชาติของคนต่างวัย ซึ่งมีผลต่อคุณภาพความสัมพันธ์และการดูแลภายในบ้าน

3. สุขภาวะผู้ดูแล สภาพแวดล้อม และเครือข่ายสนับสนุนเป็นเงื่อนไขของการดูแล

สมรรถนะของผู้ดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลจากสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความเครียดจากการแบกรับภาระการดูแล ซึ่งอาจพัฒนาไปสู่ภาวะหมดไฟของผู้ดูแล นอกจากนี้ สภาพบ้านเรือน ปัญหาเศรษฐกิจและค่าใช้จ่าย รวมถึงความพร้อมของสิ่ง

อำนวยความสะดวกในพื้นที่ สามารถเป็นทั้งปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการดูแล ส่วนเครือข่ายสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ อสม. พี่เลี้ยงชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งทำหน้าที่ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และหนุนเสริมศักยภาพผู้ดูแล

4. การพัฒนาสมรรถนะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและเชื่อมกับระบบชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าการพัฒนาผู้ดูแลควรจัดเป็นโปรแกรมหรือหลักสูตรอบรมที่มีวิธีการเรียนรู้เหมาะสมกับผู้ดูแล และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ไม่ควรเน้นเฉพาะการถ่ายทอดความรู้ แต่ควรเปิดโอกาสให้ฝึกทักษะที่จำเป็นจริง พร้อมมีช่องทางรับคำปรึกษาและเครือข่ายสนับสนุนต่อเนื่องในชุมชน แนวทางดังกล่าวช่วยให้การพัฒนาสมรรถนะเชื่อมต่อจากการเรียนรู้ไปสู่การปฏิบัติในครัวเรือนและลดความรู้สึกว่าผู้ดูแลต้องรับภาระเพียงลำพัง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาประเด็นแรกสะท้อนว่า “ครอบครัวพหุวัย” เป็นพื้นที่ที่สุขภาพของสมาชิกแต่ละวัยเชื่อมโยงกันผ่านความสัมพันธ์ บทบาท และการพึ่งพาอาศัย การที่เด็ก วัยทำงาน และผู้สูงอายุอยู่ร่วมกันทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิตครอบครัวมากกว่ากิจกรรมเฉพาะรายบุคคล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับกรอบการดูแลตลอดช่วงชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความต่อเนื่องระหว่างช่วงวัย ความร่วมมือระหว่างรุ่น และการพิจารณาปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สะสมตลอดชีวิต[9] ในทางปฏิบัติ การพยาบาลครอบครัวจึงควรประเมินไม่เฉพาะภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่รวมถึงโครงสร้างครอบครัว บทบาทของสมาชิก และทรัพยากรที่แต่ละรุ่นสามารถสนับสนุนกันได้

ประเด็นที่สองพบว่าสมรรถนะผู้ดูแลมีทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ซึ่งสะท้อนธรรมชาติของการดูแลที่ต้องใช้ความสามารถหลายมิติ Harvath และคณะเสนอว่าการสนับสนุน family caregiver ต้องครอบคลุมความเข้าใจธรรมชาติของการดูแล การประเมินครอบครัว การดูแลแบบยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และบริบทที่การดูแลเกิดขึ้น[10] ขณะที่การศึกษาของเจษฎา อังกาบสี และคณะพบว่าโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูและดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้[11] ดังนั้น การอบรมผู้ดูแลในชุมชนควรออกแบบให้เกิดทั้งความเข้าใจและการฝึกปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาทัศนคติและทักษะการสื่อสารระหว่างวัย

ประเด็นที่สามชี้ว่าความสามารถในการดูแลขึ้นกับสภาวะของผู้ดูแลและบริบทแวดล้อมอย่างชัดเจน การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Choi และคณะพบว่าภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนสัมพันธ์กับลักษณะของผู้รับการดูแล ผู้ดูแล และบริบทการดูแล และเสนอให้มีการจัดระบบการดูแลทางการพยาบาลแบบบูรณาการร่วมกับกลไกชุมชน[16] หลักฐานในประเทศไทยยังพบว่าบริบทที่อยู่อาศัยและชุมชนสัมพันธ์กับระดับภาระของผู้ดูแล และตอกย้ำความจำเป็นของนโยบายหรือโปรแกรมที่สนับสนุนสุขภาวะของ family caregiver[17] ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่า “การดูแลผู้ดูแล” เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ใช่กิจกรรมเสริม เพราะหากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือภาระทางเศรษฐกิจสูง ความต่อเนื่องและคุณภาพของการดูแลย่อมได้รับผลกระทบ

ประเด็นที่สี่เน้นว่าการพัฒนาสมรรถนะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ การอบรมระยะสั้นที่แยกจากระบบสนับสนุนอาจไม่เพียงพอต่อสถานการณ์จริง ผู้ดูแลต้องมีโอกาสฝึกทักษะ ได้รับคำปรึกษา และเชื่อมต่อกับ อสม. รพ.สต. พี่เลี้ยงชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง แนวทางนี้สอดคล้องกับงานด้านการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่เน้น

การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง การทำงานเป็นทีม และการเชื่อมโยงแหล่งเรียนรู้ในชุมชน[21,22]

เมื่อพิจารณาผลทั้งหมดผ่านมุมมองการดูแลสุขภาพครอบครัวตลอดช่วงชีวิต จะเห็นว่าความยั่งยืนของการดูแลผู้สูงอายุเกิดจากการเชื่อม 4 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถของผู้ดูแลรายบุคคล 2) ความสัมพันธ์และการแบ่งบทบาทในครอบครัวพหุวัย 3) สุขภาวะและทรัพยากรของครัวเรือน และ 4) ระบบสนับสนุนในชุมชน การใช้กรอบนี้ช่วยลดการมองการดูแลแบบแยกส่วนตามกลุ่มอายุ และสนับสนุนให้พยาบาลประเมินครอบครัวทั้งระบบ ตั้งแต่ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นไปจนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพและทรัพยากรในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

การประเมินความต้องการจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแล และพัฒนาเป็นหลักสูตรอบรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Sep 17]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
3. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565–2580) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2569].
4. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2026 Sep 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042?utm_source=chatgpt.com
5. Bertolazzi A, Quaglia V, Bongelli R. Barriers and facilitators to health technology adoption by older adults with chronic diseases: an integrative systematic review. BMC Public Health. 2024;24(1):506. doi:10.1186/s12889-024-18036-5.
6. ปะราลี โอภาสนันท์. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุศตวรรษที่ 21. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงราย: ดาวเหนือ.
7. World Health Organization. Healthy ageing and functional ability [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 Oct 26 [cited 2026 Sep 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://datacatalog.anamai.moph.go.th/dataset/hpalliative
9. วิชัย เอกพลากร. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
10. กรมกิจการผู้สูงอายุ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุ 2566. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449
11. กรมการแพทย์. (2564). แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564 ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย หัวข้อผู้สูงอายุคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 5 รอบที่ 2/ 2564.
12. World Health Organization. Framework to implement a life course approach in practice. Geneva: World Health Organization; 2025.
13. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd ed [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Sep 20]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726?utm_source=chatgpt.com

14. Harvath T, Mongoven J, Sexson K, Bettega K. Development of competencies to strengthen support for caregivers and enhance their capacity to provide care. Gerontol Geriatr Educ. 2023;44(4):523-527. doi:10.1080/02701960.2022.2083117.
15. เจษฎา อังกาบสี, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, นิติบดี ศุขเจริญ. ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2567;30(1):35-48.
16. Choi JY, Lee SH, Yu S. Exploring factors influencing caregiver burden: a systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. Healthcare (Basel). 2024;12(10):1002. doi:10.3390/healthcare12101002.
17. Mulati N, Aung MN, Moolphate S, Aung TNN, Koyanagi Y, Supakankunti S, et al. Disparity in the burden of caring for older persons between families living in housing estates and traditional communities in Thailand. Eur J Investig Health Psychol Educ. 2024;14(6):1514-1526. doi:10.3390/ejihpe14060100.
18. เทศบาลตำบลบางคล้า. โครงการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจ ผู้พึ่งพิง [อินเทอร์เน็ต]. ฉะเชิงเทรา: เทศบาลตำบลบางคล้า; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2569]. จากhttps://hpc6.anamai.moph.go.th/web-upload/31x1af1f7ef8d871a3c2d13d7517b0e6d77/202503/m_document/38783/44083/file_download/a00b3df6e01b022975657363c6765942.pdf?utm_source=chatgpt.com
19. Rovinelli RJ, Hambleton RK. 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.
20. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3):297-334.
21. ชัยยา นรเดชานันท์, ณัทกวี ศิริรัตน์, เพชรีย์ กุณาละสิริ. การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างสมรรถนะผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงเรียนผู้สูงอายุหาดเจ้าสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564; 22(1):390-401.
22. Terri, H., Jennifer, M., Kathryn, S., & Kristen B. Development of competencies to strengthen support for caregivers and enhance their capacity to provide care. Gerontology & Geriatrics education.2023; 44(4):523-527.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of Health Literacy Promotion Program on Preventing the Impact of Electronic Cigarettes among Lower Secondary School Students in Somdej District, Kalasin Province.

(Received: September 19, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นิตยา แสงประจักษ์[1] ภัทราวดี โสภัย[2] เกวลิน วงศ์จรัส[2] กัลยา ลาไป[2] ประดิษฐ์ แก้วพาปราบ[2] ชนิสรา ทีทา[2]
ณัฐเดช เทศารินทร์[2] วรกร วิชัยโย[1] ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี[1]
Nittaya Saengprajak[1] Pattarawadee Sophai[2] Gaewarin Wongjarus[2] Kanlaya Lapai[2] Pradhit Gaewpaparb[2] Chanisara Teeta[2] Natthadet Taesarin[2] Worragon Wichiyo[2] Chanchainarong Songkasri[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 34 คน โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ paired-samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นจาก 2.67 คะแนน (SD=0.78) เป็น 3.32 คะแนน (SD=0.85) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.65 คะแนน และแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 0.20–1.09; p=.01) ส่วนคะแนนความรู้ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, บุหรี่ไฟฟ้า, การป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to compare students' knowledge and health literacy for preventing e-cigarette-related harms before and after participation in a health literacy promotion program. Participants were 34 Grade 9 students from one school in Somdet District, Kalasin Province, Thailand. The program comprised activities addressing six health literacy components: knowledge and understanding, access to health information and services, communication skills, self-management, decision-making, and media and information literacy. Data were collected before and after the intervention using a knowledge test and a health literacy questionnaire. The health literacy questionnaire had a reliability coefficient of 0.94. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and a paired-samples t-test, with statistical significance set at .05.

After the intervention, the mean communication skills score increased from 2.67 (SD=0.78) to 3.32 (SD=0.85), representing a statistically significant mean increase of 0.65 points (95% CI: 0.20–1.09; p=.01). However, no statistically significant differences were found in knowledge, access to health information and services, self-management, decision-making, media and information literacy, or overall health literacy.

Keywords: Health literacy, E-cigarettes, E-cigarette harm prevention, Lower secondary school students

[1] อาจารย์ประจำสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[2] นักศึกษาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้า (electronic cigarette หรือ e-cigarette) เป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ทำให้ของเหลวภายในอุปกรณ์เกิดเป็นละอองฝอยสำหรับสูดเข้าสู่ร่างกาย ของเหลวดังกล่าวมักประกอบด้วยนิโคติน โพรพิลีนไกลคอล กลีเซอรอล สารแต่งกลิ่นรส และสารเคมีอื่น บุหรี่ไฟฟ้ามีหลายรูปแบบ เช่น แบบคล้ายบุหรี่มวน แบบแท่งปากกา และบารากู่ไฟฟ้า แม้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มักถูกนำเสนอว่ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวน แต่ละอองฝอยจากบุหรี่ไฟฟ้ามิใช่เพียงไอน้ำและอาจมีสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ[1]

นิโคตินเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และหลอดเลือดหดตัว โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน นิโคตินอาจส่งผลกระทบต่อสมองซึ่งยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทั้งด้านความจำ สมาธิ การเรียนรู้ อารมณ์ และการควบคุมตนเอง นอกจากนี้ การใช้บุหรี่ไฟฟ้ายังสัมพันธ์กับการระคายเคืองระบบทางเดินหายใจ การอักเสบของปอด และการบาดเจ็บของปอดที่สัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์สูบไอ[1, 2] ดังนั้น บุหรี่ไฟฟ้าจึงไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ที่ปราศจากความเสี่ยงและไม่ควรนำมาใช้ในเด็กและเยาวชน

สถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากรูปลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ กลิ่นและรสชาติที่หลากหลาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ง่าย ตลอดจนการโฆษณาและการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เยาวชนบางส่วนมีความเข้าใจว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่มวนหรือไม่มีนิโคติน ขณะที่ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทสูบบุหรี่ การพบเห็นโฆษณา และทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้าอาจเพิ่มโอกาสในการทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ดังกล่าว[3] การป้องกันการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียนจึงเป็นมาตรการสำคัญในการลดนักสูบหน้าใหม่และผลกระทบทางสุขภาพในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้าเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากเยาวชนต้องเผชิญข้อมูลจำนวนมากจากสื่อออนไลน์และแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน การส่งเสริมให้เยาวชนสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ตรวจสอบ และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดเฉพาะการมีความรู้ แต่ครอบคลุมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้บุคคลสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม[4]

นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นกลุ่มที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญ มีความอยากรู้อยากลองให้ความสำคัญกับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และใช้สื่อดิจิทัลอย่างแพร่หลาย จึงอาจมีความเสี่ยงต่อการได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อนและการทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้า การพัฒนาโปรแกรมที่เปิดโอกาสให้นักเรียนเรียนรู้ผ่านกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ฝึกค้นหาและประเมินข้อมูล วิเคราะห์สื่อ สื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตัดสินใจ และจัดการตนเองในสถานการณ์เสี่ยง อาจช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและลดโอกาสเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้[5]

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาข้อมูลลักษณะทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่เข้าร่วมการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Study) โดยจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มทดลอง รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,489 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power รุ่น 3.1 โดยเลือกสถิติ *t tests: Means—Difference between two dependent means (matched pairs)* เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กำหนดขนาดอิทธิพลมาตรฐานระดับปานกลาง (effect size, dzd_z) เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α\alpha) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (1−β1-\beta) เท่ากับ .80 และใช้การทดสอบแบบสองทาง (two-tailed) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ n=34 คน คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า ดำเนินการจัดโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้โปรแกรมป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ของโรงเรียนที่เป็นพื้นที่ศึกษา ในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาและขั้นตอนที่กำหนดไว้ในโปรแกรมได้

4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

5) ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2) ตอบแบบสอบถามก่อนหรือหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้

3) ย้ายสถานศึกษา ลาพักการศึกษา หรือมีเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้

4) นักเรียนหรือผู้ปกครองขอถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือการเรียนของนักเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบไปด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[4] ร่วมกับกรอบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข[6] เน้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยมีกิจกรรมดังนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดแบบสอบถามสอดคล้องกับตัวแปรปรวนแต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษามีทั้งหมด 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามส่วนนี้เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แบ่งได้ดังนี้

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพจำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 2 ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความชำนาญในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 3 ทักษะการจัดการตนเองจำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 4 ข้อทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าจำนวน 6 ข้อ

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศจำนวน 11 ข้อ

การตรวจสอบเครื่องมือ

1. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิด ตลอดจนความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

2. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำนำแบบสอบถามฉบับปรับปรุงไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมอสวนขิงพิทยาสรรพ์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผลการตรวจสอบพบว่าแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้ามีค่าความยากเฉลี่ยเท่ากับ 0.48 ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94 แสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลนักเรียนกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มประชากรที่ศึกษา

3. ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถาม และจากนั้นกำหนดรหัสข้อมูลและให้คะแนน แล้วทำการประมวลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูล และตอบวัตถุประสงค์ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ระดับความรอบรู้ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพภายในกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบ paired-t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ความแตกต่างค่าเฉลี่ย Mean Difference กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%

จริยธรรมในการวิจัย

ข้อเสนอโครงการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เลขที่การรับรอง HS-KSU 046/2567 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา กลุ่มทดลองจำนวน 34 คน เพศ พบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.35 เพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 17.65 อายุ พบว่าในกลุ่มทดลองที่มีอายุ 14 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 อายุ 15 ปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อย

ละ 88.24 ระดับการศึกษา พบว่าในกลุ่มกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100 สถานภาพครอบครัว พบว่าในกลุ่มทดลองอาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 70.59 อาศัยอยู่กับพ่อ จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0 อาศัยอยู่กับแม่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 อาศัยอยู่กับญาติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 อื่นๆ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 ช่องทางการเข้าถึงข้อมูล ในกลุ่มทดลอง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่พบมากที่สุดในกลุ่มทดลองคือ อินเตอร์เน็ต, Instragram, Facebook, Line หนังสือพิมพ์,วารสาร และ อื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 50.00, 32.35, 14.71 และ 2.94 ตามลำดับ กลุ่มทดลองพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 70.59 พักอาศัยอยู่กับญาติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 และอื่นๆ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 23.53

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า ก่อนทดลองมีความรู้สูง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 94.12 มีความรู้ปานกลาง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 หลังทดลองมีความรู้สูง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 มีความรู้ปานกลาง 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 โดยรวมทั้งก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย=14.03 ,S.D.=01.19), (ค่าเฉลี่ย=14.06 ,S.D.=1.48)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า ก่อนและหลังการทดลองการให้โปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบของกลุ่มทดลองประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าก่อนทดลองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย=14.03, S.D.=1.19) หลังทดลองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย=14.06, S.D.=1.48) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ก่อนทดลองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย=3.32, S.D.=0.80) หลังทดลองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย=3.68, S.D.=0.70) ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความชำนาญในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=2.67, S.D.=0.78) หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.32, S.D.=0.85) ทักษะการจัดการตนเองก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.56, S.D.=0.92) หลังทดลองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย=3.74, S.D.=0.93) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าก่อนทดลองอยู่ในระดับดีค่าเฉลี่ย=3.69, S.D.=079) หลังทดลองอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย=3.70, S.D.=0.89) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.42, S.D.=0.85) หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.48, S.D.=0.82) เมื่อวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 5 ด้าน พบว่า ก่อนทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.33, S.D.=0.57) หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.58, S.D.=0.66)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 14.03 คะแนน (SD=1.19) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 14.06 คะแนน (SD=1.48) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.03 คะแนน เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired-samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: -0.59 ถึง 0.66; t=0.09, p=.93) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มก่อนทดลองและหลังทดลองการให้โปรแกรม (n=34)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean Diff	95%CI		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย(S.D.)	ค่าเฉลี่ย(S.D.)		Lower	Upper		
ความรู้ความเข้าใจ	14.03 (1.19)	14.06 (1.48)	0.03	-0.59	-0.66	0.09	0.93

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า

ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้ารายด้านพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้นจาก 2.67 คะแนน (SD=0.78) เป็น 3.32 คะแนน (SD=0.85) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.65 คะแนน และแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 0.20–1.09; t=2.96, p=.01)

ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.07, .45, .98 และ .77 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมพบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 3.33 คะแนน (SD=0.57) และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.58 คะแนน (SD=0.65) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.25 คะแนน อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยโดยรวมก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: -0.08 ถึง 0.59; t=1.54, p=.13) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองการให้โปรแกรม (n=34) 5 ด้าน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean Diff	95%CI		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย(S.D.)	ค่าเฉลี่ย(S.D.)		Lower	Upper		
1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.32(0.81)	3.68(0.70)	0.37	-0.02	0.75	1.91	0.07
2.ทักษะการสื่อสาร	2.67(0.78)	3.32(0.85)	0.65	0.20	1.09	2.96	0.01*
3.ทักษะการจัดการตนเอง	3.56(0.92)	3.74(0.93)	0.18	-0.31	0.68	0.76	0.45
4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	3.69(0.79)	3.70(0.89)	0.01	-0.41	0.42	0.02	0.98
5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	3.42(0.85)	3.48(0.82)	0.06	-0.36	0.48	0.29	0.77
รวม	3.33(0.57)	3.58(0.65)	0.25	-0.59	0.08	-1.54	0.13

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.33 คะแนน (SD=0.57) เป็น 3.58 คะแนน (SD=0.65) แต่ไม่แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.13) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงทักษะการสื่อสารที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง ผลการศึกษาจึงสนับสนุนสมมติฐานเฉพาะด้านทักษะการสื่อสาร

ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย

จาก 14.03 คะแนน (SD=1.19) เป็น 14.06 คะแนน (SD=1.48) และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.93) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนก่อนทดลองค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.03 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ทำให้มีโอกาสที่คะแนนจะเพิ่มขึ้นได้จำกัดหรือเกิดภาวะเพดานของคะแนน ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของบุญเลิศ ปลอดปล่อง[7] ซึ่งดำเนินโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเวลา 12 สัปดาห์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 45 คน และพบว่าความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) รวมทั้งแตกต่างจากการศึกษาของ Cole และคณะ[8] ซึ่งพบว่านักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับหลักสูตร CATCH My Breath อย่างไรก็ตาม Cole และคณะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการเพิ่มความรู้อาจเกิดขึ้นได้ในระยะสั้น แต่ยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจหรือพฤติกรรม

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.32 คะแนน (SD=0.81) เป็น 3.68 คะแนน (SD=0.70) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.07) แม้ผลการทดสอบยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ แต่คะแนนที่เพิ่มขึ้นแสดงแนวโน้มว่ากิจกรรมอาจช่วยให้นักเรียนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาและความเข้มข้นของกิจกรรมอาจยังไม่เพียงพอ Liu และคณะ[5] สรุปจากการทบทวนโปรแกรมป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนว่า โปรแกรมที่มีเนื้อหาเฉพาะเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ใช้กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม และดำเนินกิจกรรมหลายครั้งมีแนวโน้มให้ผลดีกว่าการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว สอดคล้องกับข้อเสนอของธนากร ธนวัฒน์[9] ที่ระบุว่าโปรแกรมป้องกันบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับกิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความเสี่ยง ความตั้งใจไม่สูบ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ด้านทักษะการสื่อสาร พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.67 คะแนน (SD=0.78) เป็น 3.32 คะแนน (SD=0.85) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.65 คะแนน และแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 0.20–1.09; p=.01) อาจเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้นักเรียนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ฝึกอธิบายข้อมูล และสื่อสารกับเพื่อนเกี่ยวกับอันตรายและการป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า ผลการศึกษาสอดคล้องในเชิงแนวทางกับการศึกษาของ Ickes และคณะ[10] ซึ่งใช้กิจกรรมที่ให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการสื่อสารและรณรงค์ป้องกันบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการแนะนำเพื่อนให้หยุดใช้บุหรี่ไฟฟ้าและสามารถเลือกกลยุทธ์การสื่อสารกับเยาวชนในชุมชนได้ นอกจากนี้ Burchfield และคณะ[11] ยังสนับสนุนการใช้หลักสูตรในโรงเรียนที่มุ่งพัฒนาทักษะทางสังคมและความสามารถในการต่อต้านอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนเพื่อป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยเรียน

ด้านการจัดการตนเอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.56 คะแนน (SD=0.92) เป็น 3.74 คะแนน (SD=0.93) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.45) อาจเนื่องจากการจัดการตนเองต้องอาศัยการกำหนดเป้าหมาย การควบคุมพฤติกรรม การฝึกปฏิเสธ และการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงซ้ำหลายครั้ง ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของบุญเลิศ ปลอดปล่อง[7] ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ อย่างไรก็ตาม สมภพ ปานมณี และนพดล ทองอร่าม[12] พบว่าทักษะการจัดการตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด (β=0.415, p<.001) ผลดังกล่าวสนับสนุนว่าการพัฒนาโปรแกรมครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาและกิจกรรมฝึกการจัดการตนเองให้มากขึ้น

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองใกล้เคียงกัน คือ 3.69 คะแนน (SD=0.79) และ 3.70 คะแนน (SD=0.89) ตามลำดับ และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.98) ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.42 คะแนน (SD=0.85)

เป็น 3.48 คะแนน (SD=0.82) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.77) ผลดังกล่าวอาจเนื่องจากทักษะทั้งสองด้านต้องใช้กระบวนการคิดขั้นสูง ทั้งการวิเคราะห์กลยุทธ์ทางการตลาด การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการตัดสินใจภายใต้แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน แม้การศึกษาครั้งนี้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่สมภพ ปานมณี และนพดล ทองอร่าม[12] พบว่าการรู้เท่าทันสื่อ (β= 0.348, p<.001) และการตัดสินใจ (β=0.187, p<.001) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แสดงให้เห็นว่าทักษะดังกล่าวยังเป็นองค์ประกอบสำคัญ แต่ควรได้รับการพัฒนาผ่านกิจกรรมวิเคราะห์สื่อ สถานการณ์จำลอง และการฝึกตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป ภายหลังได้รับโปรแกรมพบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะด้านทักษะการสื่อสาร ส่วนความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การจัดการตนเอง การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลที่พบอาจเกี่ยวข้องกับคะแนนความรู้ก่อนทดลองที่สูง ระยะเวลาของโปรแกรม ขนาดกลุ่มตัวอย่าง และการที่ทักษะบางด้านจำเป็นต้องได้รับการฝึกซ้ำในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ การศึกษาใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการเปลี่ยนแปลงที่พบเกิดจากโปรแกรมเพียงปัจจัยเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงเรียนสามารถประยุกต์กิจกรรมของโปรแกรมในรายวิชาสุขศึกษา กิจกรรมโฮมรูม หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการอภิปรายกลุ่ม การสื่อสารระหว่างเพื่อน และการฝึกปฏิเสธเมื่อเผชิญสถานการณ์ชักชวนให้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า

2. ควรเพิ่มกิจกรรมฝึกปฏิบัติด้านการเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูล การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบเหล่านี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ควรดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น วีดิทัศน์ สถานการณ์จำลอง การวิเคราะห์โฆษณาบุหรี่ไฟฟ้า และกิจกรรมที่นักเรียนมีส่วนร่วม เพื่อเพิ่มความสนใจและเปิดโอกาสให้นักเรียนฝึกใช้ทักษะในสถานการณ์ใกล้เคียงกับชีวิตจริง

4. ครู ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข และแกนนำนักเรียนควรมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและติดตามพฤติกรรม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลจากหลายโรงเรียน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรที่กว้างขึ้น

2. ควรเพิ่มระยะเวลาดำเนินโปรแกรมและติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตั้งใจไม่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ทักษะการปฏิเสธ และพฤติกรรมการไม่เริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้า

3. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในเยาวชนกลุ่มอื่น เช่น นักเรียนต่างระดับชั้น นักเรียนอาชีวศึกษา และเยาวชนนอกระบบการศึกษา โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับอายุและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Tobacco: e-cigarettes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Sep 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes
2. Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2020 [cited 2026 Sep 19]. Available from: https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease/index.html
3. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์, กัญญารัตน์ กลิ่นวิชิต, รัตนาภรณ์ แป้นทิม, กนกวรรณ ผ่องศรี. บุหรี่ไฟฟ้า มหันตภัยร้ายทำลายเยาวชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(5):946–61.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
5. Liu J, Gaiha SM, Halpern-Felsher B. School-based programs to prevent adolescent e-cigarette use: a report card. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2022;52(6):101204. doi:10.1016/j.cppeds.2022.101204.
6. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ: การส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2561.
7. บุญเลิศ ปลอดปล่อง. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(3):57–67.
8. Cole AG, Fairs LRW, Mantey DS, Philipneri A, Degano C, Bianco M, et al. The impact of the CATCH My Breath vaping prevention curriculum among high school students in Ontario, Canada: results of a pilot test. Prev Med Rep. 2024;48:102919. doi:10.1016/j.pmedr.2024.102919.
9. ธนากร ธนวัฒน์. ผลกระทบในทุกมิติจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า: การทบทวนแนวทางการจัดโปรแกรมสำหรับการสร้างการรับรู้ถึงอันตรายต่อสุขภาพและการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;7(2):93–106.
10. Ickes MJ, Zidzik O, Vanderford NL. Engaging rural high school youth in e-cigarette prevention and advocacy. Online J Interprof Health Promot. 2021;3(2):3.
11. Burchfield K, Doyle D, Mantey DS, Bennett T, Baus A. The CATCH My Breath vaping prevention curriculum: an evaluation of impacts in Central Appalachian middle and high schools, 2019–2023. J Prim Care Community Health. 2024;15:21501319241277393. doi:10.1177/21501319241277393.
12. สมภพ ปานมณี, นพดล ทองอร่าม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสุพรรณบุรี [อินเทอร์เน็ต]. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2569 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/287484

การศึกษาตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานของวัดมหาชัยภาคอีสานในผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้

Efficacy of Traditional Palm-Leaf Manuscript Anthelmintic Recipe from Wat Mahachai in Patients with Intestinal Helminthiasis.

(Received: September 19, 2026; Revised: September 22, 2026 ; Accepted: September 28, 2026)

บัววรุณ ศรีชัยกุล[1] รังสฤษฎ์ สุนันท์[2] นฤนารถ ยืนยง[3] เรืองสิทธิ์ วิทยาภัค[4] ทวีศักดิ์ เทรุยะ[5] พุฒิพงศ์ มากมาย[6] ดวงฤทัย เขมะไชเวช[7] วสวัตต์ ฉายวัง[8]

Buavaroon Srichaikul[1] Rungsarit Sunan[2] Naruenat Yuenyong[3] Ruangsit Wittayapak[4] Thavisak Teruya[5] Phutthipong Makmai[6] Duangruetai Khamachaiwech[7] Wasawat Chaiwang[8]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองขั้นต้นทางคลินิกมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการลดจำนวนไข่พยาธิและความปลอดภัยของตำรับยาสมุนไพรไทยตามคัมภีร์ใบลานของวัดมหาชัยในผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 5 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคพยาธิลำไส้ ให้ได้รับตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลาน ประเมินผลโดยการนับจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ (Egg per gram: EPG) ด้วยวิธี Ether Formalin Concentration Method ก่อนและหลังรับประทานยา ตลอดจนการตรวจติดตามผลทางห้องปฏิบัติการด้านความปลอดภัย

ผลการศึกษา: ตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานสามารถลดจำนวนไข่พยาธิจากเฉลี่ย 383.00 เหลือ 25.00 EPG คิดเป็นประสิทธิภาพในการลดจำนวนไข่พยาธิร้อยละ 93.69 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนไข่พยาธิก่อนและหลังได้รับการรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตลอดจนไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพิษต่อตับและไต มีความปลอดภัย และไม่พบผลข้างเคียงรุนแรง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการนำมาพัฒนาเป็นยาสมุนไพรมาตรฐานสำหรับรักษาโรคพยาธิลำไส้ต่อไป

คำสำคัญ: ตำรับยาคัมภีร์ใบลาน, วัดมหาชัย, ยาถ่ายพยาธิ, ไข่พยาธิ (EPG), สมอเทศ, โรคพยาธิลำไส้

Abstract

This Preliminary Clinical Trial / One-Group Pretest-Posttest Design aimed to evaluate the efficacy in reducing helminth egg counts and the safety of a Thai traditional herbal anthelmintic formula according to the Wat Mahachai Palm-Leaf Manuscript in patients with intestinal helminthiasis in the Northeastern region of Thailand. A purposive sampling technique was used to select 5 participants diagnosed with intestinal helminthiasis to receive the Wat Mahachai Palm-Leaf Manuscript herbal anthelmintic formula. Efficacy was evaluated by counting fecal helminth eggs (Egg per gram: EPG) using the Ether Formalin Concentration Method before and after treatment, alongside monitoring laboratory safety parameters.

Results: The Wat Mahachai Palm-Leaf Manuscript herbal anthelmintic formula reduced the average helminth egg count from 383.00 to 25.00 EPG, achieving a treatment efficacy of 93.69%. Statistical evaluation showed a

[1] ศาสตราจารย์ ดร.ภญ. อาจารย์ประจำและนักวิจัยสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อีเมลผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding Author): buacanada@gmail.com

[2] ดร. ตำแหน่งเป็นหัวหน้าสาขาวิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานและวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมถึงเป็นผู้ช่วยคณบดีคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail : Rungsarit.sunan@gmail.com

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รองอธิการบดี (Vice President) มหาวิทยาลัยปทุมธานี และควบ ตำแหน่งคณบดีคณะสหเวชศาสตร์ (Dean of Faculty of Allied Health Sciences) E-mail :narunart.y@ptu.ac.th

[4] พล.ท.ภก.อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชศาสตร์ Email : benz_491956@hotmail.com

[5] ดร. อาจารย์และนักวิชาการด้านเภสัชศาสตร์ ปัจจุบันมีบทบาทสำคัญในการสอนและการวิจัยในสถาบันอุดมศึกษาของไทย Email : thavisak.t@ptu.ac.th

[6] ดร.นักวิชาการและอาจารย์ บรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น E-mail : m.phutthi@gmail.com

[7] เลขานุการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี Email: duangruthai.k@ptu.ac.th

[8] อาจารย์พิเศษคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail : Tity21643@gmail.com

significant reduction in fecal egg counts post-treatment ($p < 0.05$), with no observed hepatotoxicity or nephrotoxicity, demonstrating high efficacy without severe adverse effects and highlighting its potential for further development as a standardized herbal treatment.

Keywords: Wat Mahachai Palm-Leaf Manuscript herbal formula, Anthelmintic, Helminth egg count (EPG), Terminalia chebula, Intestinal helminthiasis

บทนำ

โรคพยาธิลำไส้ (Intestinal Helminthiasis) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทและพื้นที่เกษตรกรรม การติดเชื้อพยาธิตัวกลม พยาธิแส้ม้า และพยาธิปากขอ ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ชะลอการเจริญเติบโตในเด็ก และลดประสิทธิภาพการทำงานในผู้ใหญ่ แม้ปัจจุบันมียาเคมีสังเคราะห์ แต่ปัญหาข้อจำกัดด้านผลข้างเคียงและการดื้อยา ทำให้การแสวงหาทางเลือกใหม่จากธรรมชาติและการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมีความสำคัญยิ่ง การถ่ายพยาธิมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดภาระโรคพยาธิที่ติดต่อผ่านดิน ป้องกันภาวะโลหิตจางเรื้อรัง การขาดสารอาหาร ตลอดจนภาวะปัญญาอ่อนและการชะลอการเจริญเติบโตในเด็ก และช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานในผู้ใหญ่[1,2] ตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานของวัดมหาชัยเป็นตัวแทนของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยภาคอีสานอันทรงคุณค่าที่จารึกไว้ในใบลาน มีความสำคัญและเกี่ยวข้องโดยตรงเนื่องจากเป็นการผสมผสานตัวยาสมุนไพรหลายชนิดที่ออกฤทธิ์เสริมกันในการฆ่าพยาธิ ขับปรสิต และปรับสมดุลธาตุโดยปราศจากผลข้างเคียงจากยาเคมีสังเคราะห์หรือปัญหาการดื้อยา[3, 4]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานของวัดมหาชัยในการลดจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ (EPG) ของผู้ป่วย

2.เพื่อประเมินความปลอดภัยและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ตำรับยาสมุนไพรคัมภีร์ใบลาน

สมมติฐานการวิจัย

1.ตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานวัดมหาชัยสามารถลดจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ (Egg Per Gram: EPG) ของผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้ลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน

2.การบริหารตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานวัดมหาชัยตามขนาดและวิธีที่กำหนด มีความปลอดภัยสูง โดยไม่ก่อให้เกิดพิษต่อตับและไต (Hepatotoxicity and Nephrotoxicity) ตลอดจนไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงทางคลินิกรุนแรงในผู้ป่วย

3.ตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานวัดมหาชัยมีอัตราการตอบสนองเชิงประสิทธิภาพการลดจำนวนไข่พยาธิ (Egg Reduction Rate: ERR %) ในผู้ป่วยรายบุคคลสม่ำเสมอในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 90)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองขั้นต้นทางคลินิก (Preliminary Clinical Trial / One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลานวัดมหาชัยในผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้ โดยมีการประเมินผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับยา (Pre- and Post-treatment Evaluation)[4] การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาตัวแปรอิสระได้แก่ การได้รับตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลาน (500 mg/แคปซูล) กับตัวแปรตาม ได้แก่ จำนวนไข่พยาธิในอุจจาระต่อกรัม (EPG) หลังการรักษา ประสิทธิภาพการลดจำนวนไข่พยาธิ (ERR %) และค่าเคมีในเลือดทางห้องปฏิบัติการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชาชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่มีการติดเชื้อพยาธิลำไส้

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 5 ราย

กณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria):

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและตรวจพบไข่พยาธิลำไส้ในอุจจาระด้วยวิธี Ether Formalin Concentration Method[7]
2. อายุระหว่าง 18–60 ปี
3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอม (Informed Consent Form)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria):

1. ผู้ที่มีประวัติแพ้สมุนไพรในตำรับ
2. หญิงตั้งครรภ์หรืออยู่ในช่วงให้นมบุตร
3. ผู้ที่มีภาวะตับหรือไตบกพร่องรุนแรง หรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่อาจส่งผลต่อการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินงาน

ส่วนประกอบของตำรับยาสมุนไพรคัมภีร์ใบลาน

ตำรับยาประกอบด้วยตัวยาสมุนไพรและวัตถุธาตุในอัตราส่วนเสมอภาค บรรจุในแคปซูลขนาด 500 มิลลิกรัม ดังนี้:

สมอเทศ (Terminalia chebula Retz.): ถ่ายพิษไข้ ถ่ายพยาธิ[4]

สมอไทย (Terminalia chebula Retz.): ระบายพิษ สมานลำไส้[5]

สมอพิเภก (Terminalia bellirica (Gaertn.) Roxb.): ขับลม ถ่ายพยาธิ[4]

ขมิ้นอ้อย (Curcuma zedoaria (Christm.) Roscoe): แก้ปวดท้อง ยับยั้งปรสิต[4]

ลิ้นทะเล (Cuttlebone / Sepia spp.): กัดพยาธิ แก้ท้องร่วง[4]

น้ำประสานทองสะตุ (Purified Borax): ฆ่าเชื้อ ถ่ายพยาธิ[4]

รากสลอด (Croton tiglium L.): ถ่ายพยาธิ (ผ่านกรรมวิธีลดพิษ)[4]

ลูกมะเกลือ (Diospyros mollis Griff.): มีสาร Diospyrol ถ่ายพยาธิ[4, 6]

ขนาดและวิธีการบริหารยา

ผู้ป่วยรับประทานแคปซูลสมุนไพรคัมภีร์ใบลาน (500 mg/แคปซูล) ครั้งละ 3–6 แคปซูล วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า ติดต่อกันเป็นเวลา 3 วัน[4]

วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการคำนวณ

การนับจำนวนไข่พยาธิใช้เทคนิค Ether Formalin Concentration Method ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน[7] โดยเก็บตัวอย่างอุจจาระก่อนรับประทานยา (Day 0) และหลังรับประทานยาเสร็จสิ้นในวันที่ 4 (Day 4) เพื่อคำนวณค่า Egg Per Gram (EPG) และคำนวณอัตราการลดลงของไข่พยาธิ (Egg Reduction Rate: ERR%) ตามสูตรคำนวณมาตรฐาน[8] ดังนี้:

ERR (%) = [(EPG ก่อนรักษา - EPG หลังรักษา) / EPG ก่อนรักษา] × 100

ผลการวิจัย (Results)

จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ที่ได้รับตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลาน ผลการเปลี่ยนแปลงจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระ (EPG) แสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพการรักษาของตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลาน

ชนิดยาที่รับประทาน	**จำนวนผู้ป่วย (n)**	**ค่าเฉลี่ย EPG ก่อนรักษา**	**ค่าเฉลี่ย EPG หลังรักษา**	**ประสิทธิภาพการรักษา (%)**
ตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลาน	5	383.00	25.00	93.69%

จากตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินประสิทธิภาพโดยรวมของตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลาน ในผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้จำนวน 5 ราย พบว่าก่อนได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีปริมาณไข่พยาธิในอุจจาระเฉลี่ย (Mean EPG) เท่ากับ 383.00 และหลังจากได้รับตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลานเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกัน ปริมาณไข่พยาธิในอุจจาระเฉลี่ยลดลงเหลือ 25.00 EPG ซึ่งคิดเป็นประสิทธิภาพในการลดจำนวนไข่พยาธิ (Egg Reduction Rate: ERR) สูงถึงร้อยละ 93.69 ชี้ให้เห็นว่าตำรับยาสมุนไพรดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการกำจัดพยาธิลำไส้ในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 แสดงค่า EPG รายบุคคลก่อนและหลังการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

รหัสผู้ป่วย	EPG ก่อนรักษา (Day 0)	EPG หลังรักษา (Day 4)	อัตราการลดลง (%)	ผลการรักษา
H-01	360	20	94.44%	ตอบสนองสูงมาก
H-02	410	30	92.68%	ตอบสนองสูงมาก
H-03	350	20	94.29%	ตอบสนองสูงมาก
H-04	420	30	92.86%	ตอบสนองสูงมาก
H-05	375	25	93.33%	ตอบสนองสูงมาก

จากตารางที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงปริมาณไข่พยาธิในอุจจาระ (EPG) เป็นรายบุคคลของผู้ป่วยทั้ง 5 ราย (รหัส H-01 ถึง H-05) ก่อนการรักษา (Day 0) และหลังการรักษาในวันที่ 4 (Day 4) พบว่า

ผู้ป่วย H-01: ปริมาณไข่พยาธิลดลงจาก 360 EPG เหลือ 20 EPG คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 94.44

ผู้ป่วย H-02: ปริมาณไข่พยาธิลดลงจาก 410 EPG เหลือ 30 EPG คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 92.68

ผู้ป่วย H-03: ปริมาณไข่พยาธิลดลงจาก 350 EPG เหลือ 20 EPG คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 94.29

ผู้ป่วย H-04: ปริมาณไข่พยาธิลดลงจาก 420 EPG เหลือ 30 EPG คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 92.86

ผู้ป่วย H-05: ปริมาณไข่พยาธิลดลงจาก 375 EPG เหลือ 25 EPG คิดเป็นอัตราการลดลงร้อยละ 93.33

จากผลการศึกษารายบุคคล จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทุกคนมีการตอบสนองต่อตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลานในระดับสูงมาก โดยปริมาณไข่พยาธิในอุจจาระลดลงอย่างชัดเจนในทิศทางเดียวกันทั้งหมด (อัตราการลดลงอยู่ระหว่างร้อยละ 92.68 ถึง 94.44) ซึ่งแสดงถึงความสม่ำเสมอของประสิทธิภาพยาในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

ประเมินความปลอดภัยและผลข้างเคียง

1.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Parameters): จากการตรวจติดตามค่าเคมีในเลือดก่อนและหลังได้รับยาในวันที่ 4 (Day 4) เพื่อประเมินการทำงานของตับและไต ไม่พบความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก[4]

การทำงานของตับ (Liver Function Test): ค่าเอนไซม์ Alanine Aminotransferase (ALT) และ Aspartate Aminotransferase (AST) ของผู้ป่วยทุกรายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานปกติ ซึ่งแสดงว่าตำรับยาสมุนไพรไม่ก่อให้เกิดภาวะพิษต่อตับ (Hepatotoxicity)

การทำงานของไต (Renal Function Test): ค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Serum Creatinine อยู่ในระดับปกติทั้งหมด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าตำรับยาไม่ส่งผลกระทบหรือก่อให้เกิดพิษต่อไต (Nephrotoxicity)

2.อาการไม่พึงประสงค์ทางคลินิก (Clinical Side Effects & Adverse Events): จากการซักประวัติและติดตามอาการทางคลินิกระหว่างการรับประทานยาต่อเนื่อง 3 วัน พบว่าอาการทางระบบทางเดินอาหาร: ผู้ป่วยมีรายงานอาการอุจจาระถ่ายเหลวอ่อนๆ 1–2 ครั้งต่อวัน ในวันแรกของการเริ่มรับประทานยา ซึ่งเป็นฤทธิ์ระบายปกติ (Purgative Effect) จากส่วนประกอบสมุนไพรในตำรับ (เช่น สมอเทศ และรากสลอด) ที่ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนตัวของลำไส้เพื่อขับพยาธิ โดยอาการดังกล่าวหายไปได้เองและไม่รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

อาการอื่นๆ: ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (No Severe Adverse Events) เช่น อาการปวดเกร็งท้องรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ หรือผื่นแพ้สมุนไพรในผู้ป่วยทุกราย

ประเมินความปลอดภัยและผลข้างเคียง

จากการติดตามค่าเคมีในเลือด (ALT, AST, BUN, Creatinine) ในวันที่ 4 ไม่พบความผิดปกติของตับและไตในผู้ป่วย ผู้ป่วยมีรายงานอาการถ่ายเหลวอ่อนๆ 1–2 ครั้งในวันแรกของการรับประทานยา ซึ่งเป็นฤทธิ์ระบายปกติของยาสมุนไพร ไม่พบอาการปวดท้องรุนแรง คลื่นไส้ หรือวิงเวียนศีรษะ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาและประสิทธิภาพการรักษา (Research Results & Efficacy)

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ตำรับยาถ่ายพยาธิจากคัมภีร์ใบลานวัดมหาชัย มีประสิทธิภาพสูงในการลดจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระของผู้ป่วยโรคพยาธิลำไส้ โดยสามารถลดค่าเฉลี่ย EPG จาก 383.00 EPG ก่อนการรักษา เหลือเพียง 25.00 EPG หลังรับประทานยาติดต่อกัน 3 วัน คิดเป็นอัตราการลดลงของไข่พยาธิ (Egg Reduction Rate: ERR) สูงถึงร้อยละ 93.69 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้ป่วยทุกรายมีการตอบสนองต่อการรักษาในระดับสูงมาก (ร้อยละ 92.68–94.44) [4] นอกจากนี้ ในด้านความปลอดภัย ไม่พบการพิษต่อตับและไต (ค่า ALT, AST, BUN, Creatinine อยู่ในเกณฑ์ปกติ) และพบเพียงอาการถ่ายเหลวอ่อนๆ 1–2 ครั้งในวันแรก ซึ่งเป็นฤทธิ์ระบายตามปกติของตำรับยาสมุนไพร[1,3,4]

การอธิบายผลการศึกษาและกลไกทางเภสัชวิทยา (Pharmacological Mechanisms)

ประสิทธิภาพอันโดดเด่นของตำรับยาถ่ายพยาธิคัมภีร์ใบลาน เกิดจากการทำงานเสริมฤทธิ์กัน (Synergistic Effect) ของตัวยาสมุนไพรและวัตถุธาตุตามตำรับแผนโบราณ[4] ซึ่งสามารถอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้ 3 ประการหลัก ได้แก่:

1.ฤทธิ์ฆ่าและทำให้พยาธิเป็นอัมพาต (Anthelmintic Effect): สารออกฤทธิ์สำคัญ ได้แก่ สารกลุ่มแทนนิน (Tannins) ปริมาณสูงที่พบในกลุ่มยาพิกัดตรีผลา คือ สมอไทย สมอเทศ และสมอพิเภก[4,5] มีคุณสมบัติตกตะกอนโปรตีนและยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในระบบทางเดินอาหารของพยาธิร่วมกับสาร Diospyrol จากลูกมะเกลือ[6] ซึ่งมีฤทธิ์เข้าทำลายระบบประสาทและกล้ามเนื้อของพยาธิ (Neuromuscular Interruption) ทำให้พยาธิเกิดการอัมพาต ไม่สามารถยึดเกาะผนังลำไส้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Keiser & Utzinger และ World Health Organization ที่ระบุว่าสารพฤกษเคมีจากพืชสมุนไพรธรรมชาติสามารถยับยั้งวงจรชีวิตและทำลายโครงสร้างของพยาธิลำไส้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2,3]

2.ฤทธิ์กระตุ้นการขับระบาย (Purgative Effect): สมอเทศและรากสลอด (ซึ่งผ่านกรรมวิธีลดพิษตามตำรับแผนโบราณ) ออกฤทธิ์เป็นยาถ่ายอย่างอ่อนถึงปานกลาง ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ใหญ่และเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Intestinal Motility)[4] ส่งผลให้พยาธิที่อ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตถูกขับออกจากร่างกายอย่างรวดเร็ว ก่อนที่จะทันฟื้น

ตัวหรือยึดเกาะผนังลำไส้ใหม่ สอดคล้องกับหลักการแพทย์แผนไทยโบราณที่ระบุไว้ในตำราแพทย์แผนไทยเดิมว่า การถ่ายพยาธิต้องอาศัยตัวยาขับระบายควบคู่ไปกับตัวยาฆ่าพยาธิเพื่อผลสัมฤทธิ์สูงสุด[4,6]

3.ฤทธิ์สมานแผลและลดการอักเสบในลำไส้ (Anti-inflammatory & Healing Effect): ขมิ้นอ้อยซึ่งมีสารกลุ่ม Curcuminoids และลิ้นทะเล (Cuttlebone) ช่วยลดการอักเสบของเยื่อบุลำไส้ (Intestinal Mucosa) ที่เกิดจากการเกาะหรือเจาะของพยาธิ ตลอดจนช่วยสมานแผลในระบบทางเดินอาหารและบรรเทาอาการปวดเกร็งท้อง[4,5] ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการปวดท้องรุนแรงระหว่างการถ่ายพยาธิ

การที่ตำรับยานี้ประกอบด้วยสมุนไพรที่มีฤทธิ์ครอบคลุมทั้งการฆ่า การขับ และการสมานแผล จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ตำรับยาคัมภีร์ใบลานวัดมหาชัยมีอัตราการลดลงของไข่พยาธิสูงถึงร้อยละ 93.69 โดยไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรงหรือพิษต่อตับและไต[4]

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผลสืบเนื่องโดยตรงจากข้อค้นพบและข้อจำกัดที่ได้จากการอภิปรายผลข้างต้น เพื่อการพัฒนาต่อยอดในอนาคต:

1.การศึกษาวิจัยทางคลินิกในขนาดตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและการทดสอบเปรียบเทียบ (RCT): เนื่องจากอภิปรายผลพบว่าตำรับยามีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 93.69 ในกลุ่มตัวอย่างนำร่อง (n=5) จึงควรมีการขยายผลการศึกษาวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) ในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ขึ้น (Larger Sample Size) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความปลอดภัยโดยตรงกับยาเคมีสังเคราะห์มาตรฐานแผนปัจจุบัน เช่น Mebendazole หรือ Albendazole

2.การขยายระยะเวลาติดตามผลการรักษาเพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำ (Long-term Follow-up): เนื่องจากการศึกษานี้ประเมินผลหลังได้รับยาในวันที่ 4 (Day 4) ซึ่งเห็นผลการขับพยาธิระยะสั้น จึงควรกำหนดการติดตามผลระยะยาวในวันที่ 7, 14 และ 30 หลังได้รับยา เพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำของการติดเชื้อ (Reinfection Rate) ประเมินการเจริญเติบโตของไข่พยาธิที่ตกค้างตลอดจนยืนยันความปลอดภัยในระยะยาว

3.การควบคุมมาตรฐานและวิเคราะห์สารออกฤทธิ์สำคัญ (Standardization & Quality Control): เพื่อรองรับการนำภูมิปัญญาคัมภีร์ใบลานไปใช้ในระดับอุตสาหกรรมและระบบสาธารณสุข ควรมีการวิจัยเชิงเคมีเพื่อหาปริมาณสารออกฤทธิ์สำคัญ (Active Markers) เช่น ปริมาณ Tannins และ Diospyrol ในตำรับ ตลอดจนการกำหนดมาตรฐานการควบคุมคุณภาพตัวยาสมุนไพร (Herb Standardization) เพื่อให้ได้ตำรับยาที่มีความคงตัว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสม่ำเสมอตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. Bethony J, Brooker S, Albonico M, Geiger SM, Loukas A, Diemert D, et al.(2006). Soil-transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis, and hookworm. Lancet. 2006;367(9521):1521-32.
2. World Health Organization.(2021). Preventive chemotherapy in human helminthiasis: coordinated use of anthelmintic drugs in control interventions. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Keiser J, Utzinger J.(2008). Efficacy of current drugs against soil-transmitted helminth infections: systematic review and meta-analysis. JAMA. 2008;300(16):1937-48.
4. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.(2019). ตำราการแพทย์แผนไทยเดิม: ตำรับยาจากคัมภีร์ใบลานหมวดวิศุกรรมกษัยและพยาธิ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2019.

5. นนิดา หงส์วิวัฒน์, ทวีทอง หงส์วิวัฒน์.(2015). สมอไทย ใน ผลไม้ 111 ชนิด: คุณค่าอาหารและการกิน. กรุงเทพฯ: แสงแดด; 2007.
6. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม.(2015). ตำราเภสัชกรรมไทย (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ศิริราชการพิมพ์; 2015.
7. สมศักดิ์ สุภัทรวณิชย์.(2018). การตรวจวิเคราะห์อุจจาระและพยาธิวิทยาทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2018.
8. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข.(2566). เรื่อง ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2566. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 140 ตอนพิเศษ 45 ง. หน้า 12-18; 2023.

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of an integrated model for monitoring and promoting early childhood development at the Huathung Primary Care Unit, Khon Kaen Hospital.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วีรยา ชัวจิตร[1]
Weeraya chuajit[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้านของเด็กของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 375 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 136 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชนหรือผู้แทน จำนวน 3 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบเดิมของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่งขาดการบูรณาการกับภาคีเครือข่าย ดำเนินงานเชิงรับเป็นหลักและผู้ปกครองขาดความรู้ด้านพัฒนาการเด็กส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 60 ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบใหม่ผ่าน 3 โครงการ ได้แก่ การอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ปกครองและ อสม. การอบรมเชิงปฏิบัติการ และโครงการใกล้บ้านใกล้ใจที่จัดคลินิกพัฒนาการประจำเดือนพร้อมออกเยี่ยมบ้านเชิงรุก หลังการพัฒนาพบว่าความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ปกครองเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูงร้อยละ 100 และร้อยละ 85 ตามลำดับ เจตคติ การรับรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่มเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก อัตราเด็กพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85 ครบทั้ง 5 ด้าน และระยะเวลาคัดกรองลดลงจาก 25–30 นาที เหลือ 18–20 นาทีต่อคน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, หน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง

ABSTRACT

This action research aimed to develop an integrated early childhood development monitoring and promotion model for the Huathung Primary Care Unit, Khon Kaen Hospital. The sample consisted of 375 parents or caregivers of children at the Huathung Primary Care Unit, Khon Kaen Hospital; 136 village health volunteers from the Huathung Primary Care Unit, Khon Kaen Hospital; 2 responsible public health officers from the Huathung Primary Care Unit, Khon Kaen Hospital; and 3 community leaders or representatives. Quantitative and qualitative data were collected and analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The research findings revealed that the existing system of the Huathung Primary Care Unit lacked integration with partner networks, was primarily reactive, and parents lacked knowledge of child development, resulting in only 60% of children having age-appropriate development. Therefore, the researchers developed a new model through three projects: capacity building training for parents and village health volunteers; practical training workshops; and the "Close to Home, Close to Heart" project, which organized monthly child development clinics along with proactive home visits. Following the development,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

it was found that the knowledge of public health personnel and parents increased to a high level of 100% and 85%, respectively. Attitudes, perceptions, participation, and satisfaction of all stakeholder groups increased to a high level. The rate of children with age-appropriate development increased to 85% in all five areas, and the screening time decreased from 25–30 minutes to 18–20 minutes per person.

Keywords: Develop a model, Early childhood development monitoring and promotion unit, Huathung Primary Care Service.

บทนำ

เด็กปฐมวัยคือช่วงเวลาทองของชีวิต ถ้าพลาดแล้วก็ไม่กลับมาอีก เพราะสมองของเด็กในช่วง 5 ปีแรกจะเติบโตถึง 80 เปอร์เซ็นต์ของสมองผู้ใหญ่ นั่นหมายความว่าการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการในช่วงนี้มีผลต่ออนาคตของเด็กโดยตรง ไม่ใช่แค่เรื่องของครอบครัว แต่เป็นวาระสำคัญของประเทศด้วย เพราะถ้าเด็กเติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ ก็จะกลายเป็นกำลังสำคัญของสังคมต่อไป ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยอย่างน้อยร้อยละ 80 มีการใช้คู่มือ DSPM หรือ "คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย" เป็นเครื่องมือหลัก ในการประเมินเด็กตามช่วงอายุสำคัญ คือ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน โดยคู่มือนี้จะช่วยดูพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม พร้อมกับให้คำแนะนำพ่อแม่ ในการกระตุ้นพัฒนาการลูกน้อยตามวัยแต่ปัญหาในพื้นที่จริงกลับไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะที่หน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งรับผิดชอบ 12 หมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบ้านเป็ด ครอบคลุมทั้งชุมชนเมืองและชนบท สภาพปัจจุบันคือผู้ปกครองจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก หลายคนไม่รู้ว่าลูกควรทำอะไรได้บ้างในแต่ละช่วงวัย[1]

เมื่อประเมินพัฒนาการเด็กในพื้นที่ด้วยคู่มือ DSPM ก็พบว่ามีเด็กสมวัยแค่ร้อยละ 77.60 หรือพูดง่ายๆ ว่าเด็กเกือบ 1 ใน 4 มีพัฒนาการที่ "ไม่สมวัย" หรือ "สงสัยล่าช้า" ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ร้อยละ 80 และที่หนักกว่านั้นคือถ้าดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กซึ่งรับเลี้ยงเด็กในช่วง 2-5 ปี กลับพบว่าเด็กสมวัยมีเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น นั่นแปลว่าเด็ก 100 คน มีถึง 40 คนที่มีความเสี่ยงด้านพัฒนาการ สาเหตุไม่ได้เกิดจากเด็กหรือพ่อแม่เพียงอย่างเดียว แต่ระบบการทำงานก็มีส่วน การคัดกรองพัฒนาการเด็กหนึ่งคนใช้เวลานานถึง 25-30 นาที ไม่มีวันเวลาที่แน่นอนให้บริการขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ต่างคนต่างทำขาดการเชื่อมโยงข้อมูล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็มีภาระงานอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบ การติดตามเด็กที่สงสัยล่าช้าก็ไม่ต่อเนื่อง แถมผู้ปกครองบางส่วนก็ไม่พาเด็กมาตรวจเพราะไม่เห็นความสำคัญ หรือบางคนก็ไม่อยากเสียเวลารอคิวนาน[2]

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในพื้นที่และเห็นเด็กเหล่านี้มาหลายปี จึงเกิดคำถามว่า ถ้าเรายังทำแบบเดิม ๆ ก็จะได้ผลแบบเดิม แล้วถ้าเราลองเปลี่ยนวิธีคิด เปลี่ยนวิธีการทำงาน เปิดโอกาสให้คนรอบตัวเด็ก ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ อสม. ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมล่ะ จะดีกว่าไหมถ้าเราหันมาจัดระบบให้ชัดเจน กำหนดวันเวลาที่แน่นอน อบรมให้ความรู้และฝึกทักษะให้คนใกล้ชิดเด็ก แล้วออกเยี่ยมบ้านเชิงรุกแทนที่จะนั่งรอให้คนพาเด็กมา นี่คือที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่อยากจะหารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ ที่เหมาะกับบริบทของพื้นที่ให้คนในชุมชนได้ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา และที่สำคัญที่สุดคือให้เด็กทุกคนมีโอกาสเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานและสภาพปัญหาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดา มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน จำนวน14 , 560คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน) อสม (.จำนวน 209 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชนหรือผู้แทน จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยการใช้สูตร Kerjcie, R.V., & D.W .Morgan[3]

เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบ คือ บิดา มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้านของเด็กของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน จำนวน 375 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในหมู่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ จำนวน 136 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชนหรือผู้แทน จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย แบ่งได้ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 การบันทึกสิ่งที่สังเกตได้จากความเป็นจริง ประกอบด้วย บุคคล สถานที่ สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ และคำพูดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ส่วนที่ 2 การบันทึก ตีความเบื้องต้น ประกอบการแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนการให้ความหมายหรือตีความจากคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 3 การบันทึกวิธีการที่ใช้สังเกต

1) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัย โดยประยุกต์ใช้ แบบบันทึกสรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการ

2) การบันทึก ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการดำเนินการทุกขั้นตอน ทุกกิจกรรม ได้แก่ การจดบันทึก การบันทึกภาพ

3) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ทัศนคติ ความต้องการการออกแบบ ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยรวมถึงการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นที่กำลัง ศึกษาวิจัย

4) การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่ม

ทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองหรือผู้แทนผู้ปกครอง ด้วยคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกก่อนและหลังการดำเนินการ มีโครงสร้างของข้อความเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ สำหรับกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่น บุคลากรทางการศึกษาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและกลุ่มตัวแทนผู้ปกครองเด็กปฐมวัยโดยเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข และปัจจัยแห่ง ความสำเร็จ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะงาน สถานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง ประกอบด้วย 1) ระบบเฝ้าระวังด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยของหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปัญหาและอุปสรรค 2) แนวทางการแก้ไข

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ด้านความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบ ดังนี้ นางเกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น นางพรพิไล นิยมถิ่น ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระยุพราชอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย อาจารย์ลักขโณ ยอดแคล้ว ตำแหน่ง อาจารย์ประจำหลักสูตรบริหารธุรกิจบัณฑิต มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) และนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุง แบบ สัมภาษณ์และแบบสอบถามให้มีความถูกต้องสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในลำดับต่อไป ซึ่งการตรวจสอบเพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) ของ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยพิจารณาใช้สูตรการคำนวณของ Rowinelli and Hambleton[4] ซึ่งสูตรของ Rowinelli และ Hambleton[4] กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่าตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงจะถือได้ว่าวัดได้สอดคล้องกัน ดังนั้น ผู้วิจัยกำหนดให้ค่า IOC ที่สามารถยอมรับได้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าไม่น้อยกว่า 0.67 ถือว่าข้อคำถามนั้น ความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการศึกษา หากข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.67 ผู้วิจัยจะการพิจารณา สร้าง ปรับแก้ไข้หรือสร้างข้อคำถามใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่ ต้องการศึกษา ทั้งนี้ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 2 ใน 3 ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรง ตามเนื้อหา

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา (Content Validity) และความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try Out) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีลักษณะของชุมชนที่คล้ายคลึงกับพื้นที่ในการศึกษาวิจัย โดยการวัดความรู้เกี่ยวกับด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดย วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) และการประเมินเจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ การประเมินพฤติกรรม การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ การประเมินความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการและการประเมินการมีส่วนร่วมที่มีมาตรวัดแบบ Rating Scale และผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการทดสอบเครื่องมือโดยจำแนกตามชุดแบบทดสอบ ดังนี้

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ ที่เป็นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.92 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) จากการคำนวณ KR-20 เท่ากับ

0.80 ด้านเจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1 มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.81 และด้านรับรู้การดำเนินงาน เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.84

แบบสอบถามการวิจัยชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครอง หรือผู้แทนผู้ปกครองพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.98 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) จากการคำนวณ KR-20 เท่ากับ 0.81ด้านเจตคติต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.96 และ 79 มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.81 ด้านพฤติกรรมการเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.84 และด้านรับรู้การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.84

แบบประเมินความพึงพอใจ พบว่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.96 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.90

แบบประเมินการมีส่วนร่วม พบว่า ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.97 และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.97

การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุมการ สังเกตแบบมีส่วนร่วมการสนทนากลุ่ม การประเมินผลแผนงานและโครงการ และการสัมภาษณ์ เชิง ลึก โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลที่ผู้วิจัยจะต้องจัดเก็บเอง โดยใช้ แบบสอบถาม วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล เป็นการสื่อสารสองทางเป็นการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างนำข้อมูลที่ได้จากจดบันทึกการสังเกต การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่ม การอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินคัดกรองโดยใช้แบบประเมินมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. ข้อมูลทุติยภูมิ คือ เป็นการศึกษาข้อมูลที่มีผู้เก็บรวบรวมไว้แล้ว ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลทางสถิติ เช่น ข้อมูลในระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการศึกษาบริบทพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนและวิธีการ ดังต่อไปนี้ การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นเป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความเพียงพอของข้อมูลที่ได้โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยพิจารณาจากแหล่งเวลา คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในเวลาต่างกัน แหล่งสถานที่ คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในสถานที่ต่างกัน แหล่งบุคคล คือ การตรวจ สอบข้อมูลเดียวกันในต่างบุคคลกัน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นมิได้แยกส่วนออกมาจากกระบวนการเก็บข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ทั้งการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลจริงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นเหตุเป็นผลภายใต้บริบทของ สังคมนั้น และวิเคราะห์ตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยการแจก

แจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่ามัธยฐาน (Median) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) สำหรับความรู้เจตคติ พฤติกรรมการรับรู้ และความพึงพอใจ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มการสังเกต การสัมภาษณ์ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การถอดบทเรียนและสรุปประเด็นสำคัญ ที่เป็นข้อค้นพบจากการศึกษา และเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความประมวลสรุปเป็นผลการวิจัย ในการดำเนินการถอดบทเรียนหลังจากการลงพื้นที่ของนักวิจัย นำข้อมูลมาสรุปผลการดำเนินการภาพรวม สำหรับการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและ เชิงปริมาณควบคู่กันไป เพื่อให้เห็นภาพของการดำเนินงานการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง ในส่วนที่เป็นผลโดยตรง และผลโดยทางอ้อม แล้วนำมาประมวลผล

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ในวันที่ 5 เดือนมิถุนายน พ.ศ.2568 เลขที่ KEF68006

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 บริบทและสภาพปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 12 หมู่ ครอบคลุมทั้งชุมชนกึ่งเมืองและชุมชนชนบท มีประชากรทั้งหมดประมาณ 10,000-15,000 คน แบ่งเป็นครัวเรือนประมาณ 3,500-4,000 ครัวเรือน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ย 15,001-20,000 บาท/เดือน การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นกิจกรรมหนึ่งในตัวชี้วัดของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการสภาพปัญหาที่พบจากการศึกษาบริบทและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่งขาดรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ขาดการติดตามประเมินผล และขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบสาเหตุของปัญหา ได้แก่ ผู้ปกครองไม่มีเวลาพาเด็กมาตรวจพัฒนาการเนื่องจากภาระงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานที่ทับซ้อนทำให้การคัดกรองไม่ต่อเนื่อง ขาดงบประมาณสนับสนุนวัสดุสื่ออุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการ ผู้ปกครองขาดความรู้และไม่ให้ความสำคัญกับการตรวจพัฒนาการ และสถานที่ให้บริการไม่พร้อม ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนการพัฒนาพบว่ากลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยกลุ่มผู้ปกครองมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 40.0 และระดับต่ำร้อยละ 60.0 เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.69, SD.=0.71) และความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.83, SD.=0.23) สำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 20 คน พบว่ามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 60.0 และพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 40.0

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกระบวนการพัฒนารูปแบบดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมการศึกษาบริบทเพื่อวิเคราะห์ปัญหา (2) กิจกรรมคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและการรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่จำนวน 5 คน และกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและ

ผู้ปกครอง จำนวน 375 คน รวมทั้งสิ้น 380 คน และ (3) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดเห็นและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกับผู้เข้าร่วมประชุม 32 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปกครองเด็ก ขั้นการปฏิบัติ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ 3 โครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลขอนแก่น ได้แก่ (1) โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ปกครองเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (2) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ (3) โครงการใกล้บ้านใกล้ใจเด็กปฐมวัย ซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการเชิงรับ คือ การกำหนดให้ทุกวันที่ 15 ของเดือนเป็นคลินิกพัฒนาการ และการจัดบริการเชิงรุก คือ การติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล และการสนับสนุนให้ผู้ปกครองคัดกรองพัฒนาการเบื้องต้นด้วยเครื่องมือ DSPM ขั้นการสังเกต มีการบันทึกผลการทำกิจกรรมตั้งแต่ก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ โดยพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น สามารถใช้เครื่องมือ DSPM ได้อย่างถูกต้อง และมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) มีการจัดเวทีสะท้อนผลติดตามการปฏิบัติ การถอดบทเรียนเพื่อหาปัจจัยความสำเร็จ ซึ่งพบว่าปัจจัยสำคัญคือการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3.1 ผลต่อกลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่ด้านความรู้ ก่อนการพัฒนากลุ่มผู้บริหารท้องถิ่นและเครือข่ายในพื้นที่มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.14 และระดับปานกลางร้อยละ 42.85 หลังการพัฒนาไม่พบความรู้ในระดับต่ำ ด้านเจตคติ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.97, SD.=0.58) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.44, SD.=0.51) ด้านการรับรู้ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.75, SD.=0.75) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=2.75, SD.=0.34)

3.2 ผลต่อกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครอง ด้านความรู้ ก่อนการพัฒนากลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 40.0 และระดับต่ำร้อยละ 60.0 หลังการพัฒนาพบว่ามีความรู้ระดับสูงร้อยละ 78.67 และระดับปานกลางร้อยละ 21.33 โดยไม่พบความรู้ในระดับต่ำ ด้านเจตคติ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.70, SD.=0.43) ด้านพฤติกรรม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.71, SD.=0.44) ด้านการรับรู้ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=2.73, SD.=0.44)

3.3 การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายทั้งสองกลุ่ม ด้านการมีส่วนร่วม ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.69, SD.=0.71) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.52, SD.=0.56) ด้านความพึงพอใจ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.83, SD.=0.23) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=2.71, SD.=0.42)

3.4 ผลต่อเด็กปฐมวัยตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยคู่มือ DSPM จำนวน 20 คน พบว่าก่อนการพัฒนาเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 60.0 พัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 40.0 หลังการพัฒนาเด็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.0 พัฒนาการสงสัยล่าช้าลดลงเหลือร้อยละ

15.0 โดยเด็กที่สงสัยล่าช้าทุกรายได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการติดตามผลร้อยละ 100.0 เมื่อแยกรายด้านพบว่าหลังการพัฒนาพัฒนาการเด็กทุกด้านเพิ่มขึ้น ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหวสมวัยร้อยละ 100.0 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาสมวัยร้อยละ 100.0 ด้านการรับภาษาสมวัยร้อยละ 90.0 ด้านการแสดงออกทางภาษาสมวัยร้อยละ 90.0 และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมสมวัยร้อยละ 100.0

สรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการวิจัยพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น มีพื้นที่รับผิดชอบ 12 หมู่บ้าน ประชากรประมาณ 10,000-15,000 คน การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระยะที่ผ่านมาขาดรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ขาดการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และขาดการบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เด็กปฐมวัยไม่ได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ สภาพปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตร จันดาบุตร[5] ที่พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลายแห่งยังขาดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งสอดคล้องกับรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข[1] พบว่าการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปฐมภูมิยังประสบปัญหาด้านความต่อเนื่องและการบูรณาการความร่วมมือจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบว่าสาเหตุสำคัญของปัญหาเกิดจากผู้ปกครองไม่มีเวลาพาเด็กมาตรวจพัฒนาการเนื่องจากภาระงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานที่ทับซ้อน ขาดงบประมาณสนับสนุนวัสดุสื่ออุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการ และผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจพัฒนาการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hurlock[6] ที่กล่าวว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวมีผลต่อการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปัญหาดังกล่าวเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เด็กปฐมวัยไม่ได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนที่ว่าการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาให้ประสบความสำเร็จ[7] ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกระบวนการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ McTaggart[8] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นการสังเกต (Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการผ่าน 3 โครงการหลัก ได้แก่ โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพผู้ปกครองเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุข โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และโครงการใกล้บ้านใกล้ใจเด็กปฐมวัย การที่กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ประสบความสำเร็จสามารถอภิปรายได้ว่าการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไข ดำเนินกิจกรรม และร่วมกันสะท้อนผล ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Grundy ที่กล่าวว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ empower ให้ผู้มีส่วน

เกี่ยวข้องสามารถกำหนดทิศทางการพัฒนาด้วยตนเอง การดำเนินโครงการใกล้บ้านใกล้ใจเด็กปฐมวัยซึ่งประกอบด้วยบริการเชิงรับ (คลินิกพัฒนาการทุกวันที่ 15 ของเดือน) และบริการเชิงรุก (การติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล และสนับสนุนการคัดกรองด้วย DSPM) เป็นการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Area-based Approach การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงบริบทเฉพาะของพื้นที่นั้น ๆ นอกจากนี้การจัดอบรมให้ความรู้และทักษะในการใช้คู่มือ DSPM แก่ผู้ปกครองและบุคลากรสาธารณสุขเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับบุคคลในพื้นที่ให้สามารถดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ที่เชื่อว่าการให้ความรู้และทักษะที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยผลการวิจัยพบว่าหลังการพัฒนากลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การรับรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนและผู้ปกครองซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ ด้านความรู้พบว่ากลุ่มผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางร้อยละ 40.0 และระดับต่ำร้อยละ 60.0 เป็นระดับสูงร้อยละ 78.67 และระดับปานกลางร้อยละ 21.33 โดยไม่พบความรู้ระดับต่ำ การเพิ่มขึ้นของความรู้เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมอบรมที่เน้นทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กทั้ง 5 ด้าน และการใช้เครื่องมือ DSPM ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของ Knowles ได้กล่าวว่าผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ด้านเจตคติและพฤติกรรมพบว่า กลุ่มผู้ปกครองมีเจตคติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) เป็นระดับมาก ($\overline{X}$=2.70, SD.=0.43) และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) เป็นระดับมาก ($\overline{X}$=2.71, SD.=0.44) การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สอดคล้องกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente[10] ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยทั้งความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่เหมาะสมด้านการรับรู้พบว่า กลุ่มผู้ปกครองมีการรับรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง ($\overline{X}$=1.74, SD.=0.65) เป็นระดับสูง ($\overline{X}$=2.73, SD.=0.44) เนื่องจากการจัดบริการคลินิกพัฒนาการที่แน่นอนและการติดตามเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ปกครองได้รับรู้และเข้าถึงบริการมากขึ้น พัฒนาการสงสัยล่าช้าลดลงจากร้อยละ 40.0 เหลือร้อยละ 15.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุมาลัย คำอาจ[2] ที่พบว่าการใช้คู่มือ DSPM ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนช่วยเพิ่มอัตราเด็กมีพัฒนาการสมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชน การกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ การมีนโยบายสนับสนุนจากรัฐบาล และการออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุผลและมีความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรบันทึกผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่จะนำมาใช้วิเคราะห์และสรุปผล

2. ควรมีการกำหนดเวลาแผนในการออกติดตามประเมินพัฒนาการเด็กที่ชัดเจน และ

จำนวนบุคลากรที่ออกประเมินควรตรงต่อเวลา เพื่อให้เด็กได้รับการประเมินตามช่วงอายุจริงและเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับกระตุ้นพัฒนาการที่รวดเร็วและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางการในการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็กในรูปแบบที่หลากหลายสอดคล้องกับวิถีชีวิตแต่ละชุมชน ประเพณี ความเป็นอยู่ของแต่ละชุมชน ธรรมชาติของเด็กมาปรับใช้กับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้มาตรฐานเดียวกัน

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาวิธีการส่งเสริมพัฒนาการที่ยั่งยืนมีความเหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นางเกษราภรณ์ บรรณวงศิลป์ นางพรพิไล นิยมถิ่น และอาจารย์ลักขโณ ยอดแคล้ว ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่ดี ในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย

ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชนเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่ให้ความร่วมมือในการให้พื้นที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ ความเข้าใจด้านวิชาการ เพื่อนร่วมงานหน่วยบริการปฐมภูมิหัวทุ่งที่มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุน และครอบครัวที่ให้กำลังใจ ความช่วยเหลือทุกด้านระหว่างที่ทำวิจัยและให้คำแนะนำ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอน้อมนำคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ บูชาพระคุณ บุพการีบูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำด้านวิชาการ คุณธรรมและจริยธรรม เพื่อให้ผู้วิจัยได้นำไปพัฒนาตน พัฒนาคนและพัฒนางาน ให้มีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2568].
2. สุมาลัย คำอาจ“ .(2559) .ผลการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็ก 5-0 ปี โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย) DSPM)”. บทคัดย่องานวิชาการในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี .2559 กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์ทางการเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
3. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement, 30(3), 607–610.
4. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research, 2, 49-60.
5. วิจิตร จันดาบุตร .(2560) .การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี .วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. Hurlock, E.B. (.(1968The Adolescent Reforms. Adolescence, 3, .306-273 Knowles, M. S. (1975). Self-directed learning: A guide for learners and teachers. Chicago: Association Press and Follett Publishing.

7. ฉลาด จันทรสมบัติ .(2552) .การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ.วารสารการบริหารและพัฒนา, (3)1, .121-89
8. Kemmis, S. and McTaggart, R. (.(1988The Action Research Planner. Geelong: Deakin University Press.
9. สมนึก ปฏิปทานนท์ .(2550) .การพัฒนาวิชาชีพครูสังคมศึกษาโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการในชั้นเรียน.วารสารพัฒนาการเรียนการสอนมหาวิทยาลัยรังสิต .วารสารพัฒนาการเรียนการสอน.มหาวิทยาลัยรังสิต, .15
10. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19(3), 276–287.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Associated with Prevention of Dengue Fever among the Population in Phasawoei Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: September 19, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

กฤตภาส เนียมจีน[1] ฝนทิพย์ เปรื้องไชโย[1] พัชรา แผงศร[1] พรณภา พิชัยเชิด[1] กันทิมา ศิริสันติเมธาคม[2]
ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี[2] วรกร วิชัยโย[2] นิตยา แสงประจักษ์[2]
Krittapas Niamjeen[1] Fontip Prungchaiyo[1] Phatchara Phangsorn[1] Phornnapa Phichaiched[1]
Chanchainarong Songkasri[2] Kantima Sirisantimethakom[2] Worragon Wichiyo[2] Nittaya Saengprajak[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 148 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนประชากรแต่ละหมู่บ้านและการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และอัตราส่วนออดส์ พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.38 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 72.30 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.68 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (OR=3.159; 95% CI: 1.345–7.418; p=.007) สถานภาพสมรส หม้าย หรือหย่าร้าง (OR=2.333; 95% CI: 1.086–5.015; p=.028) และอาชีพเกษตรกรรม (OR=2.530; 95% CI: 1.136–5.632; p=.021) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค (p=.920) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (OR=3.750; 95% CI: 1.712–8.216) ทักษะการสื่อสาร (OR=5.417; 95% CI: 2.408–12.185) การจัดการตนเอง (OR=9.986; 95% CI: 3.435–29.031) การตัดสินใจ (OR=7.824; 95% CI: 3.307–18.511) และการรู้เท่าทันสื่อ (OR=4.714; 95% CI: 2.129–10.439) โดยทุกด้านมีค่า p<.001

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก, โรคไข้เลือดออก, ประชาชน

Abstract

This survey research by cross-sectional study aimed to examine health literacy, dengue prevention behaviors, and factors associated with dengue prevention behaviors among residents of Pha Sawoei Subdistrict, Somdet District, Kalasin Province. The participants were 148 residents aged 15 years or older, selected through proportionate stratified random sampling across villages followed by simple random sampling. Data were collected using a questionnaire covering personal characteristics, dengue knowledge, health literacy, and dengue prevention behaviors. The health literacy and prevention behavior scales. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, and odds ratios with 95% confidence intervals. Statistical significance was set at .05.

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[2] อาจารย์ประจำสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

The findings showed that 78.38% of participants had a good level of dengue knowledge, 72.30% had a very good level of overall health literacy, and 75.68% had a good level of dengue prevention behaviors. Personal factors significantly associated with prevention behaviors were female sex (OR=3.159; 95% CI: 1.345–7.418; p=.007), being married, widowed, or divorced (OR=2.333; 95% CI: 1.086–5.015; p=.028), and agricultural occupation (OR=2.530; 95% CI: 1.136–5.632; p=.021). Dengue knowledge was not significantly associated with prevention behaviors (p=.920). In contrast, significant health literacy factors included access to health information and services (OR=3.750; 95% CI: 1.712–8.216), communication skills (OR=5.417; 95% CI: 2.408–12.185), self-management (OR=9.986; 95% CI: 3.435–29.031), decision-making (OR=7.824; 95% CI: 3.307–18.511), and media literacy (OR=4.714; 95% CI: 2.129–10.439), with p<.001 for all dimensions.
Keywords: Health literacy, Dengue prevention behavior, Dengue, Community residents

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลาย โดยเฉพาะ *Aedes aegypti* และ *Aedes albopictus* เป็นพาหะนำโรค และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในประเทศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน การเพิ่มขึ้นของประชากร การเคลื่อนย้ายของประชาชน การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการขยายตัวของชุมชนเมือง ล้วนเอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลายและการแพร่ระบาดของโรค[1] ประเทศไทยมีการระบาดเป็นวัฏจักร โดยระหว่าง พ.ศ. 2563–2567 พบผู้ป่วยตั้งแต่ 9,956–158,620 รายต่อปี และมีอัตราป่วยสูงที่สุดใน พ.ศ. 2566 เท่ากับ 238.15 ต่อประชากรแสนคน[2] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าโรคไข้เลือดออกยังจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดกาฬสินธุ์มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนใน พ.ศ. 2566 โดยพบผู้ป่วย 1,178 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 120.80 ต่อประชากรแสนคน ก่อนลดลงเหลือ 645 รายใน พ.ศ. 2567[2] สำหรับตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ ไม่พบผู้ป่วยใน พ.ศ. 2564–2565 ต่อมาพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 19 รายใน พ.ศ. 2566 ลดลงเหลือ 1 รายใน พ.ศ. 2567 และเพิ่มขึ้นเป็น 4 รายใน พ.ศ. 2568[3] ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์โรคในพื้นที่มีความผันผวนและยังมีโอกาสเกิดการระบาดซ้ำ จึงจำเป็นต้องดำเนินมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง

การป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การจัดการภาชนะที่มีน้ำขัง การป้องกันตนเองจากยุงกัด และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมโรคในชุมชน[7] อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของมาตรการดังกล่าวขึ้นอยู่กับการปฏิบัติอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากประชาชนไม่สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชน[4] ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมความรู้และความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ การศึกษาของนิภาพร สักขู และคณะ[5] พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การศึกษาของภณิชชา จงสุภางค์กุล และธนากร ก้อนทอง[6] พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจเป็น

ปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคของประชาชน

ตำบลผาเสวยเป็นชุมชนชนบทที่มีพื้นที่เกษตรกรรม แหล่งน้ำธรรมชาติ และภาชนะกักเก็บน้ำภายในครัวเรือน ซึ่งอาจเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เมื่อพิจารณาร่วมกับสถานการณ์ผู้ป่วยที่กลับมาเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2568 แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รวมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ[3, 7] อย่างไรก็ตาม ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่เกี่ยวกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและมาตรการป้องกันควบคุมโรคให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (survey research by cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียว เพื่อศึกษาระดับความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 6,581 คน

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบขนาดประชากร[8] โดยใช้สูตรดังนี้

$$n \quad \frac{NZ_{a\ 2}^{2}\ p\ 1-p}{e^{2}\ N-1\ +Z_{a\ 2}^{2}p\ 1-p}$$

เมื่อ n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากร (6,581)

α คือ ความผิดพลาดจากการสุ่ม มีค่าเท่ากับ 0.05

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดให้ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025}$ =1.96)

e คือ ความกระชับของการประมาณค่า (กำหนดเองโดยผู้วิจัย) (0.05)

p คือ ค่าสัดส่วนของการมีพฤติกรรมการการป้องกันโรค อ้างอิงจากงานวิจัย ธวัชชัย เอกสันติ[9] พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับเหมาะสม ร้อยละ 89 ดังนั้นมีค่า p เท่ากับ 0.89

ดังนั้น จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 148 คน

1. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลผาเสวย อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2) สามารถสื่อสาร อ่าน และตอบแบบสอบถามภาษาไทยได้

3) สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้

4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

5) กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุ 15–17 ปี ต้องแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2) มีเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้จนเสร็จสิ้นย้ายสถานศึกษา ลาพักการศึกษา หรือมีเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้

3) ขอถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือการได้รับบริการสุขภาพตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[5] เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดข้อคำถามให้สอดคล้องกับตัวแปรตามกรอบแนวคิดการวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน รวม 61 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ประวัติสมาชิกในครัวเรือนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และลักษณะบ้านพักอาศัย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับสูงเกณฑ์การแปลผลกำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom[10] คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรอบรู้ระดับดี ร้อยละ 60-79 มีความรู้ระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ระดับน้อย/ปรับปรุง

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ “มากที่สุด” “มาก” “ปานกลาง” “น้อย” และ“น้อยที่สุด” โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกเชิงลบ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละทักษะ ออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[11] ประกอบด้วย

คะแนน ≥ ร้อยละ 80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

คะแนน ร้อยละ 70-79 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

คะแนน ร้อยละ 60-69 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน < ร้อยละ 60หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยพิจารณาจากคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดี ปานกลาง และปรับปรุง โดยใช้เกณฑ์ของ Best[12] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง พฤติกรรมระดับปรับปรุง

การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย รวมทั้งตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษา โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) ข้อคำถามที่ผ่านการคัดเลือกมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67–1.00 รวมจำนวน 61 ข้อ และได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและไม่รวมอยู่ในการศึกษาจริง จากนั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cornbach's Alpha coefficient)[13] พบว่าแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.903 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.808

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลนักเรียนกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

3. ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถาม และจากนั้นกำหนดรหัสข้อมูลและให้คะแนน แล้วทำการประมวลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูล และตอบวัตถุประสงค์ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ตามระดับการวัดของข้อมูล

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และรายงานขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่าอัตราส่วนออดส์อย่างหยาบ (Crude odds ratio: OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมในการวิจัย

ข้อเสนอโครงการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เลขที่การรับรอง HS-KSU111/2568 วันที่ 25 ธันวาคม 2568 ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงและให้ความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.73 มีอายุเฉลี่ย 47.85 ปี (SD=17.93) และมีอายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.51 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.95 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.78 และ

ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 47.30 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.70 และมีสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า 4 คน ร้อยละ 58.11 โดยมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.32 คน (SD=1.58; พิสัย 1–9 คน)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 95.27 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 83.11 และพักอาศัยในบ้านสองชั้นกึ่งไม้กึ่งปูน ร้อยละ 52.70 รองลงมาเป็นบ้านชั้นเดียว ร้อยละ 35.81

ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.38 รองลงมาอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงและระดับปานกลาง ร้อยละ 12.16 และ 9.46 ตามลำดับ ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ โรคไข้เลือดออกอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 89.19 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมโรค ร้อยละ 88.51 และการใส่ทรายอะเบทในภาชนะเก็บน้ำช่วยควบคุมลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 87.84 ส่วนประเด็นที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ โรคไข้เลือดออกไม่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนเพียงอย่างเดียวโดยไม่กำจัดยุงลาย ร้อยละ 64.19

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 72.30 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมากมากที่สุด ร้อยละ 87.16 รองลงมา ได้แก่ การตัดสินใจ ร้อยละ 77.70 ทักษะการสื่อสาร ร้อยละ 72.30 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 67.57 และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร้อยละ 66.22 ตามลำดับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับดี เท่ากับ 2.50 คะแนน (SD=0.29) โดยร้อยละ 75.68 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 22.97 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 1.35 อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง

พฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการพ่นหมอกควัน (Mean=2.88, SD=0.37) การตักหรือทำลายลูกน้ำเมื่อพบเห็น (Mean=2.86, SD=0.42) และการสวมเสื้อผ้ามิดชิดเมื่ออยู่ในพื้นที่เสี่ยง (Mean=2.84, SD=0.43) ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือวัสดุในชุมชนเพื่อป้องกันและกำจัดยุง (Mean=1.88, SD=0.85) การปลูกพืชไล่ยุงบริเวณบ้าน (Mean=1.89, SD=0.89) และการใช้ยาทาหรือสเปรย์ไล่ยุง (Mean=1.98, SD=0.84)

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูงเป็น 3.16 เท่าของเพศชาย (OR=3.16; 95% CI: 1.35–7.42; p=.007) ผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หรือหย่าร้างมีโอกาสมีพฤติกรรมระดับสูงเป็น 2.33 เท่าของผู้ที่มีสถานภาพโสด (OR=2.33; 95% CI: 1.09–5.02; p=.028) และผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสมีพฤติกรรมระดับสูงเป็น 2.53 เท่าของผู้ประกอบอาชีพอื่น (OR=2.53; 95% CI: 1.14–5.63; p=.021) ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และลักษณะบ้านไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=1.05; 95% CI: 0.42–2.59; p=.920) ขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านที่มีขนาดความสัมพันธ์สูงที่สุดคือ การจัดการตนเอง โดยผู้ที่มีการจัดการตนเองระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับสูงเป็น 9.99 เท่าของผู้ที่มีระดับควรปรับปรุง (OR=9.99; 95% CI: 3.44–29.03; p<.001) รองลงมา ได้แก่ การตัดสินใจ (OR=7.82; 95% CI: 3.31–18.51) ทักษะการสื่อสาร (OR=5.42; 95% CI: 2.41–12.19) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (OR=4.71; 95% CI: 2.13–10.44) และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (OR=3.75; 95% CI: 1.71–8.22) โดยทุกด้านมีค่า p<.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนตำบลผาเสวยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกระดับดี ร้อยละ 78.38 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับดีมาก ร้อยละ 72.30 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับดี ร้อยละ 75.68 แสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความพร้อมในการรับข้อมูลสุขภาพและสามารถปฏิบัติตามมาตรการพื้นฐาน เช่น การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันยุงกัด และการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในกิจกรรมควบคุมโรคได้

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของภณิชชา จงสุภางค์กุล และธนากร ก้อนทอง[6] ซึ่งพบว่าประชาชนตำบลบ้านเลือก จังหวัดราชบุรี มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับสูง (Mean=4.29, SD=0.55) และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ (r=.717, p<.001) อย่างไรก็ตาม ผลสูงกว่าการศึกษาของ Selvarajoo และคณะ[14] ในชุมชนพื้นที่เสี่ยงของประเทศมาเลเซีย ซึ่งพบผู้มีความรู้ดีร้อยละ 50.7 และมีการปฏิบัติป้องกันโรคเหมาะสมเพียงร้อยละ 49.8 ความแตกต่างอาจเกิดจากบริบทชุมชน การเข้าถึงบริการสุขภาพ รูปแบบกิจกรรมควบคุมโรค และเกณฑ์ที่ใช้แบ่งระดับคะแนนแตกต่างกัน

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=1.05; 95% CI: 0.42–2.59; p=.920) แม้ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี ผลดังกล่าวแสดงว่าการทราบสาเหตุ อาการ และวิธีป้องกันโรคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ ความสะดวกของสภาพแวดล้อม ทรัพยากรในครัวเรือน การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และความร่วมมือของชุมชน

ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร สักขู และคณะ[5] ซึ่งพบว่าประชาชนอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีความรู้ระดับสูงถึงร้อยละ 96.72 แต่ตัวแปรที่ร่วมอธิบายพฤติกรรม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูล มากกว่าระดับความรู้เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม ผลแตกต่างจากการศึกษาของ Selvarajoo และคณะ[14] ซึ่งพบว่าคะแนนความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติป้องกันโรค (r_s=.319, p<.001) แม้ความสัมพันธ์อยู่ในระดับไม่สูง ความแตกต่างอาจเกิดจากเครื่องมือวัด จุดตัดคะแนน และลักษณะพื้นที่ศึกษา อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มผู้มีความรู้ดีเป็นสัดส่วนสูง จึงอาจทำให้ความแปรปรวนของคะแนนไม่เพียงพอที่จะแสดงความสัมพันธ์อย่างชัดเจน

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

ผู้ที่มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับสูงเป็น 3.75 เท่าของผู้ที่อยู่ในระดับควรปรับปรุง (OR=3.75; 95% CI: 1.71–8.22; p<.001) การได้รับข้อมูลสถานการณ์โรค คำแนะนำจาก

เจ้าหน้าที่ และการเข้าถึงบริการควบคุมโรคอย่างสะดวก อาจช่วยให้ประชาชนเลือกวิธีจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและป้องกันสมาชิกในครัวเรือนได้เหมาะสมขึ้น

ผลนี้สอดคล้องโดยตรงกับการศึกษาของนิภาพร สักขู และคณะ[5] ซึ่งพบว่าผู้ที่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสมมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเหมาะสมเป็น 2.09 เท่า (AOR=2.09; 95% CI: 1.20–3.61; p<.01) และสอดคล้องในเชิงแนวทางกับการศึกษาของ Siddique และคณะ[15] ในประเทศบังกลาเทศ ซึ่งพบว่าสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเยาวชนที่สำคัญ ข้อค้นพบจึงสนับสนุนให้ใช้ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เสียงตามสาย และสื่อออนไลน์เป็นช่องทางสื่อสารร่วมกัน

ทักษะการสื่อสาร

ผู้ที่มีทักษะการสื่อสารระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับสูงเป็น 5.42 เท่า (OR=5.42; 95% CI: 2.41–12.19; p<.001) เนื่องจากการป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน บุคคลที่สามารถอธิบายวิธีป้องกันโรค แลกเปลี่ยนข้อมูล แจ้งแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และชักชวนผู้อื่นให้ร่วมดำเนินกิจกรรม ย่อมมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีกว่า

ผลนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของภณิชชา จงสุภางค์กุล และธนากร ก้อนทอง[6] ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันโรค แต่การศึกษาดังกล่าวรายงานความสัมพันธ์จากคะแนนความรอบรู้โดยรวม จึงควรใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนเชิงทิศทาง ไม่ควรกล่าวว่าเป็นหลักฐานยืนยันผลของทักษะการสื่อสารโดยตรง นอกจากนี้ Selvarajoo และคณะ[14] พบว่าทัศนคติที่เหมาะสมสัมพันธ์กับการปฏิบัติป้องกันโรค ซึ่งสะท้อนว่าการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจร่วมกันอาจช่วยเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพไปสู่การปฏิบัติในชุมชน

การจัดการตนเอง

การจัดการตนเองมีขนาดความสัมพันธ์สูงที่สุด โดยผู้ที่มีการจัดการตนเองระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับสูงเป็น 9.99 เท่า (OR=9.99; 95% CI: 3.44–29.03; p<.001) เนื่องจากการป้องกันโรคไข้เลือดออกต้องปฏิบัติซ้ำอย่างต่อเนื่อง เช่น การสำรวจภาชนะที่มีน้ำขัง การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ การเปลี่ยนน้ำ การกำจัดขยะ และการป้องกันยุงกัด ผู้ที่สามารถวางแผน กำกับ และติดตามการปฏิบัติของตนเองจึงมีแนวโน้มปฏิบัติได้สม่ำเสมอกว่า

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิภาพร สักขู และคณะ[5] ซึ่งพบว่าความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค (AOR=2.99; 95% CI: 1.69–5.30; p<.01) และสอดคล้องในเชิงแนวคิดกับการศึกษาของภณิชชา จงสุภางค์กุล และธนากร ก้อนทอง[6] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม ค่า OR ในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงความเชื่อมั่นกว้าง จึงควรตีความขนาดความสัมพันธ์อย่างระมัดระวัง เพราะอาจเกิดจากจำนวนตัวอย่างในกลุ่มการจัดการตนเองระดับควรปรับปรุงมีน้อย

ทักษะการตัดสินใจ

ผู้ที่มีทักษะการตัดสินใจระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับสูงเป็น 7.82 เท่า (OR=7.82; 95% CI: 3.31–18.51; p<.001) แสดงว่าการป้องกันโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลเท่านั้น แต่ต้องสามารถพิจารณาความเสี่ยง เปรียบเทียบทางเลือก และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ทันที การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน หรือการเข้ารับบริการเมื่อมีอาการสงสัย

ผลนี้สอดคล้องในเชิงแนวคิดกับการศึกษาของนิภาพร สักขู และคณะ[5] ซึ่งพบว่าการ

ประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ Siddique และคณะ[9] ซึ่งพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติป้องกันโรค (β =.42, p<.001) แสดงว่าการตระหนักถึงความเสี่ยงและสามารถใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจอาจช่วยส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันโรคได้

การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

ผู้ที่มีการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับสูงเป็น 4.71 เท่า (OR=4.71; 95% CI: 2.13–10.44; p<.001) ปัจจุบันประชาชนได้รับข้อมูลจากสื่อหลายประเภท ผู้ที่สามารถตรวจสอบแหล่งที่มา เปรียบเทียบข้อมูล และแยกแยะข้อมูลที่คลาดเคลื่อนได้ ย่อมมีแนวโน้มเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องมากกว่า

ผลนี้ได้รับการสนับสนุนในเชิงทิศทางจากการศึกษาของภณิชชา จงสุภางค์กุล และธนากร ก้อนทอง[6] ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค และการศึกษาของ Siddique และคณะ[15] ซึ่งรายงานว่าสื่อมวลชนและสื่อดิจิทัลเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม งานวิจัยทั้งสองไม่ได้รายงานค่าอิทธิพลอิสระของการรู้เท่าทันสื่อโดยตรง จึงควรกล่าวว่าเป็นหลักฐานสนับสนุนเชิงแนวคิด ไม่ใช่ผลที่ตรงกันทุกประการ

ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศหญิงมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับสูงเป็น 3.16 เท่าของเพศชาย (OR=3.16; 95% CI: 1.35–7.42; p=.007) อาจเกี่ยวข้องกับบทบาทในการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว การจัดการภาชนะเก็บน้ำ และการดูแลสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การศึกษาของ Siddique และคณะ[15] พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยง โดยเพศหญิงมีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย (β =.08, p=.003) ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของเพศในเชิงทิศทาง แต่ไม่ใช่หลักฐานที่ตรงกับพฤติกรรมโดยตรง

ผู้ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หรือหย่าร้างมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับสูงเป็น 2.33 เท่าของผู้ที่มีสถานภาพโสด (OR=2.33; 95% CI: 1.09–5.02; p=.028) อาจเนื่องจากผู้ที่มีหรือเคยมีครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า ผลนี้สอดคล้องบางส่วนกับการศึกษาของ Selvarajoo และคณะ[14] ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสเป็นตัวแปรอิสระที่สัมพันธ์กับทัศนคติที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรค แต่ไม่ได้พบว่าเป็นตัวแปรอิสระของการปฏิบัติโดยตรง ดังนั้นจึงควรตีความว่าเป็นหลักฐานสนับสนุนกลไกด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว มากกว่าการยืนยันความสัมพันธ์เดียวกัน

ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคระดับสูงเป็น 2.53 เท่าของผู้ประกอบอาชีพอื่น (OR=2.53; 95% CI: 1.14–5.63; p=.021) สอดคล้องในประเด็นความสำคัญของอาชีพกับการศึกษาของนิภาพร สักขู และคณะ[5] ซึ่งพบว่าอาชีพสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค (AOR=2.27; 95% CI: 1.32–3.88; p<.01) แต่เนื่องจากการจัดกลุ่มอาชีพและกลุ่มอ้างอิงแตกต่างกัน จึงไม่ควรสรุปว่าผลตรงกันในรายละเอียด ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมอาจมีประสบการณ์จัดการน้ำและสิ่งแวดล้อมมากกว่า แต่ขณะเดียวกันอาจสัมผัสยุงจากการทำงานกลางแจ้ง จึงควรส่งเสริมทั้งการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์และการป้องกันยุงกัด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนากิจกรรมที่เน้นทักษะการจัดการตนเอง การตัดสินใจ การสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ ควบคู่กับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

2) ควรจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติในระดับครัวเรือนและชุมชน เช่น การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การวิเคราะห์ข่าวสารสุขภาพ และการฝึกสื่อสารชักชวนสมาชิกในครอบครัวให้ร่วมป้องกันโรค

3) ควรพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่ายและเผยแพร่ผ่านหลายช่องทาง โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและสื่อสารอย่างต่อเนื่อง

4) ควรจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับลักษณะประชาชนแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะเพศชาย ผู้มีสถานภาพโสด และกลุ่มอาชีพอื่นนอกภาคเกษตรกรรม ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับสูงน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรใช้การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าหรือการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีลูกน้ำยุงลาย

2) ควรวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน และรายงานค่า Adjusted odds ratio

3) ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสาเหตุ อุปสรรค และเงื่อนไขที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

4) ควรขยายพื้นที่และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างชุมชนและเพิ่มความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงในประชากรที่กว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dengue and severe dengue [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Sep 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก: ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://lookerstudio.google.com/reporting/7a6efc1c-2a43-4a2e-8c38-f2bfa8c3b114/page/NeaTE
3. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว อำเภอสมเด็จ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ตำบลผาเสวย ประจำปี พ.ศ. 2564–2568. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ; 2568.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
5. นิภาพร สักขู, ลำพึง วอนอก, สุทิน ชนะบุญ, วรรณศรี แววงาม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2569];16(1):214–230. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/article/view/266834
6. ภณิชชา จงสุภางค์กุล, ธนากร ก้อนทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชากร ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารราชนครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2569];21(2):114–129. เข้าถึงได้จาก: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Jrru/article/view/275629
7. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก: เอกสารฉบับเต็ม
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์; 2558.

9. ธวัชชัย เอกสันติ. การพัฒนาความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบทาง สุขภาพของแรงงานภาคเกษตรกรรมในแปลงนาข้าว จังหวัดนครราชสีมา [ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2565. สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/739/1/59810044.pdf
10. Bloom BS, et al. Taxonomy of Educational Objective. Handbook I: Cognitive Domain. New York: David Macay; 1975.
11. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
12. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977
13. Cronbach LJ. Educational psychology. 2nd ed. New York: Harcourt Brace & World; 1963.
14. Selvarajoo S, Liew JWK, Tan W, Lim XY, Refai WF, Zaki RA, Sethi N, Wan Sulaiman WY, Lim YAL, Vadivelu J, et al. Knowledge, attitude and practice on dengue prevention and dengue seroprevalence in a dengue hotspot in Malaysia: A cross-sectional study. Sci Rep. 2020;10(1):9534. DOI: 10.1038/s41598-020-66212-5
15. Siddique AB, Omi NT, Rasel SM, Hoque SS, Rahman N, Sarker S, et al. Assessment of perceived dengue risk and prevention practices among youth in Bangladesh. Sci Rep. 2024 Feb 16;14(1):3940. doi: 10.1038/s41598-024-54238-y.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with acute myocardial infarction who have been referred : Two case studies.

(Received: September 19, 2026; Revised: September 22, 2026 ; Accepted: September 24, 2026)

โสภา พาดี[1]
Sopa Padee[1]

บทคัดย่อ

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 2 ราย มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจังหาร การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 2 ราย โดยศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลจังหาร วันที่ 14 กรกฎาคม 2569 และศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 29 เมษายน 2569 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียนใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยอายุ 68 ปีก่อนมาโรงพยาบาล 20 นาทีมีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้าย คล้ายถูกบีบร้าวไปที่กระดูกสะบักข้างหลัง มีเหงื่อออก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ลุกยืนแล้วอาการไม่ดีขึ้น ได้รับการรักษาโดยเข้าทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(Fast Track STEMI) แรกรับแพทย์วินิจฉัย STEMI Anterior wall ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด(Streptokinase) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มี Door to EKG 5 นาที Onset to door 20 นาที Door to needle time 27 นาทีดูแลตามแผนการพยาบาล 8 แผน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 88 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมงมีอาการจุกแน่นตรงลำคอเจ็บร้าวไปที่อก หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยอ่อนเพลียเป็นหลังจากกินมะม่วงสุก มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหอบหืดได้รับการรักษาโดยเข้าทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Fast Track STEMI) แรกรับแพทย์วินิจฉัย STEMI Inferior wall ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตต่ำ มี Door to EKG 5 นาที Onset to door 4 ชั่วโมง Door to needle time 32 นาทีให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 8 แผนผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม Guideline และส่งต่อไปทำ CAG ตามระบบช่องทางด่วนที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ; การพยาบาล

Abstract

A comparative case study of two patients aimed to compare the disease progression, treatment, and nursing care of two transferred patients with acute myocardial infarction who received services at the Emergency Department of Janghan Hospital. This case study compares two transferred patients with acute myocardial infarction. Case 1 presented to the Emergency Department of Janghan Hospital on July 14, 2026, and Case 2 presented on April 29, 2026. Data were collected through interviews, observation, and medical record reviews. Patient health status was assessed using Gordon's 11 Functional Health Patterns, and nursing diagnoses were formulated and applied alongside the nursing process framework to guide patient care.

Main findings : Case 1 was a 68-year-old Thai male. Twenty minutes prior to hospital admission, he experienced a squeezing sensation in the left chest radiating to the left scapula, accompanied by sweating, palpitations, shortness of breath, and dyspnea; his symptoms did not improve upon standing. The patient was treated via the STEMI Fast Track, the physician diagnosed STEMI anterior wall . Treatment involved the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลจังหาร

administration of a thrombolytic agent (Streptokinase) without complications. Key metrics included a Door-to-EKG time of 5 minutes, Onset-to-Door time of 20 minutes, and Door-to-Needle time of 27 minutes; care was provided according to the established nursing care plan. The second case study involved an 88-year-old Thai male. Four hours prior to hospital arrival, he experienced a sensation of tightness in the throat radiating to the chest, shortness of breath, and fatigue following the consumption of ripe mangoes. He had a history of hypertension and asthma. He was treated via the STEMI Fast Track, the physician diagnosed STEMI inferior wall. Treatment involved the administration of a thrombolytic agent (Streptokinase); a complication of hypotension occurred. Key metrics included a Door-to-EKG time of 5 minutes, Onset-to-Door time of 4 hours, and Door-to-Needle time of 32 minutes; care was provided according to the established nursing care plan. Both patients received care in accordance with clinical guidelines and were transferred for coronary angiography (CAG) via the fast track system to Roi Et Hospital.

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ข้อมูลจากระบบทะเบียน Thai ACS registry ซึ่งรวบรวมโดยสถาบันโรคทรวงอก[1] แสดงให้เห็นแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ทั่วประเทศ โดยปีพ.ศ. 2567 อยู่ที่ร้อยละ 9.01, ปีพ.ศ. 2568 ลดลงเหลือร้อยละ 8.0 และปีพ.ศ. 2569 ปัจจุบันลดลงเหลือเพียงร้อยละ 7.85 ซึ่งเป้าหมายระดับชาติที่ตั้งไว้ไม่เกินร้อยละ 9.0 จากการประมวลผลข้อมูลคนไข้เฉลี่ยปีละ 11,000 ราย พบสถิติข้อมูลเชิงลึกด้านประชากรที่น่าเป็นห่วงและต้องเฝ้าระวัง คือ ผู้ป่วยมักพบใน เพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 3:1 (หรือคิดเป็นร้อยละ 75) แม้กลุ่มหลักส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50 - 70 ปี แต่ปัจจุบันกลุ่มวัยทำงานตอนต้นอายุ 21 - 40 ปี กลับมีสัดส่วนรวมกันเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 4-5 และสถิติสะสมยังพบผู้ป่วยอายุน้อยต่ำกว่า 20 ปี (ประมาณร้อยละ 0.1-0.5 ในระบบ) โดยเคสที่อายุน้อยที่สุดในไทยมีรายงานว่าอายุเพียง 15 ปี (พบที่ จ. อุดรธานี) ข้อมูลนี้ชี้ชัดว่า ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน หรือ ACS ไม่ใช่เรื่องของผู้สูงอายุอีกต่อไป แต่คนรุ่นใหม่ก็เผชิญภาวะนี้ได้ โดยเฉพาะเพศชายในวัยทำงานที่มีความเสี่ยงจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ภาวะอ้วนลงพุง และความเครียดสะสมในชีวิตประจำวัน [1]

การอุดกั้นหรือตีบตันรุนแรงจากลิ่มเลือดของหลอดเลือดหัวใจทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) ชนิดที่ขาดเลือดแบบมีการยกขึ้นของ ST segment (ST-segment elevated myocardial infarction: STEMI) อุบัติการณ์นี้ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อประเทศชาติ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ต่อสังคมที่ต้องพบเจออาการของผู้ป่วยซึ่งต้องให้การช่วยเหลือ ทั้งการใช้เครื่อง AED ช่วยกู้ชีพและเรียกบริการรถฉุกเฉิน ต่อครอบครัวซึ่งต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในครอบครัว และที่สำคัญคือตัวผู้ป่วยเอง นอกจากจะทุกข์ทรมานกับการอาการแล้วการที่ผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการทำงานหัวใจลดลง อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะหัวใจล้มเหลว อันจะนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร[2] ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ อายุ เพศ ครอบครัว โรคเรื้อรังและการเสพสารเสพติด ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เสพแอมเฟตามีน กัญชา พฤติกรรมส่วนตัว ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานผักผลไม้น้อยและความเครียด อาการสำคัญที่นำมาได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับ หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น เหนื่อย เหงื่อแตก อาจหัวใจหยุดเต้น เฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินและอันตรายแก่ชีวิต (ระบุอ้างอิง) ดังนั้นการรักษาโรคเพื่อให้รอดชีวิต

และมีพยากรณ์คุณภาพชีวิตที่ดีต้องเริ่มต้นที่การประเมินอาการและวินิจฉัยโรคอย่างเร่งด่วนเป็นนาที ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษาให้ทันเวลาและเร่งรีบบริหารจัดการเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดอย่างเร่งด่วนในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่สำคัญคือการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ซึ่งถ้าจะให้มีพยากรณ์โรคที่ดีต้องทำภายใน 120 นาที (ระบุอ้างอิง) แต่ภายใต้ศักยภาพของโรงพยาบาลจังหารไม่สามารถตอบสนองผู้ป่วยในการรักษาได้ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยมีอาการ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วหลอดเลือดหัวใจจะเปิด ซึ่งควรส่งผู้ป่วยไปทำ PCI ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยเร็ว ซึ่งไม่ควรเกิน 24-72 ชั่วโมงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ดังนั้น งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลจังหาร ได้มีเป้าหมายสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานเวลาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ เน้นการดูแลรักษาและให้การ พยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโรค STEMI ก่อนส่งต่อแบบช่องทางด่วนไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จากสถิติปีพ.ศ. 2567-2569 โรงพยาบาลจังหาร มีร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดเท่ากับ 100, 100 และ 100 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2569[3] พบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรค STEMI จำนวน 1 ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ปัญหาที่พบ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า สาเหตุมาจากญาตินำส่งผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉินล่าช้าและพยาบาลทำการซักประวัติไม่ครบถ้วน ไม่มีรูปแบบการซักประวัติที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางข้อบ่งชี้ในการทำ EKG พยาบาลขาดความชำนาญในการแปลผล EKG และขาดความชำนาญในการให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงการดูแลระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลเสียทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ จากปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) อย่างได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ กรณีศึกษา 2 ราย ให้มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลจังหาร นำไปปรับใช้จริงได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ลดภาวะทุพพลภาพ และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรค การรักษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ชนิด STEMI จำนวน 2 ราย

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความแตกต่าง การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการส่งต่อ จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลจังหาร ระยะเวลาที่ดำเนินการเดือนเมษายน 2569 - เดือนกรกฎาคม 2569

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและการพยาบาลขณะส่งต่อ

วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการส่งต่อ กรณีศึกษา 2 ราย ผลศึกษา พบว่า

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
เพศ	ชาย	ชาย	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัจจัยเสี่ยงที่เลี่ยงไม่ได้คือเพศชายซึ่งพบโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชายพบร้อยละ 3.0 เพศหญิงพบร้อยละ 2.84
อายุ	68 ปี	88 ปี	เมื่ออายุเกิน 55 ปีขึ้นไปจะป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่ม 2 เท่าและผู้สูงอายุเนื่องจากเสื่อมถอยของร่างกาย
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคความดันโลหิตสูงและหอบหืด รับยาที่โรงพยาบาลจังหาร 10 ปี	ปฏิเสธโรคประจำตัว	กรณีศึกษาผู้ป่วยพบปัจจัยเสี่ยงที่เลี่ยงได้ในกรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงซึ่งจะเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น[4]

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการแรกรับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องมีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้าย หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย เหงื่อออก ใจสั่น Pain score 10/10 T=36.3°C,P=85/min,R=20/min , BP=142/87mmHg,O2sat=98% Coma Score $E_4V_5M_6$	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องมีอาการจุกแน่นตรงลำคอ เจ็บร้าวไปที่อก หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยอ่อนเพลีย Pain score 8/10 T=37.4°C,P=46/min,R=28/min , BP=96/49mmHg,O2sat=100% Coma Score $E_4V_5M_6$	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเกิดหลอดเลือดแดงปริแตกทำให้เกล็ดเลือดเกิดการเกาะกลุ่มกันและเกิดอาการอุดตันสมบูรณ์จนทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกลักษณะอาการเจ็บหน้าอกแบบแน่นๆเหมือนมีอะไรมาทับ หายใจไม่อิ่ม ไม่สะดวก กระสับกระส่ายซึ่งเป็นอาการแสดงที่ชัดเจนของโรค STEMI[5]
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน/อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้าย คล้ายถูกบีบร้าวไปที่กระดูกสะบักข้างหลัง มีเหงื่อแตกตัวเย็น ใจสั่น วิงเวียน ลุกยืนแล้วอาการไม่ดีขึ้น ญาติจึงพามาโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพ	4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานมะม่วงสุกแล้วมีอาการจุกแน่นตรงลำคอ เจ็บร้าวไปที่กลางอก หายใจไม่อิ่ม เหนื่อยอ่อนเพลีย ญาติจึงพามาโรงพยาบาลโดยรถกู้ชีพ	
EKG 12 Lead	เวลา 16.54 น. ST segment elevated at aVF, V2-V5 Anferior wall infraction	เวลา 17.42 น. ST segment elevated at aVF, V2-V3 Inferior wall infraction	กรณีศึกษารายที่ 1 พบEKG ST-segment elevated ,aVF V2-V5 (Anterior wall) ในกรณีศึกษารายที่ 2 พบ EKG ST-segment elevated at aVF, V2-V3 (Inferior wall) กล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณ anterior wall มักเกิดขึ้นเมื่อมีการอุดตันในหลอดเลือดแดง LAD (Anterior Descending Artery) ซึ่งเป็นหลอดเลือดแดงที่ใหญ่ที่สุดที่ส่งเลือดไปยังด้านหน้าของหัวใจ,กล้ามเนื้อหัวใจจำนวนมากการเกิดอาการหัวใจวายที่บริเวณนี้จึงส่งผลรุนแรงมากกว่า ดังนั้น STEMI Anterior wall จึงรุนแรงมากกว่า STEMI Inferior wall
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Troponin = 0.08 ng/ml INR= 0.93 วินาที PT= 10.9 วินาที BUN= 10 mg/dl Creatinine= 1.05 mg/dl eGFR = 73 ml/min/1.73m^2 DTX = 115 mg/dl	Troponin = 0.24 ng/ml INR = 1.16 วินาที PT = 13.5 วินาที BUN= 27 mg/dl Creatinine = 2.25 mg/dl eGFR = 25 ml/min/1.73m^2 DTX = 153 mg/dl CO2= 19.9 mmol/L Albumin= 3.1 g/dl SGOT= 62 U/L ALP= 133 U/L Hb = 10.2 g/dl Hct= 31 % RBC= 3.41 cell/mm^3	กรณีศึกษารายที่ 1 มีหลอดเลือดด้านซ้ายอุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้าด้านซ้าย กรณีศึกษารายที่ 2 มีหลอดเลือดด้านขวาอุดตันส่งผลให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนล่าง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
การวินิจฉัยโรค	Acute myocardial infraction (STEMI) Of anterior wall	Acute myocardial infraction (STEMI) Of inferior wall	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นตามมาตรฐาน เช่น EKG ภายใน 10 นาทีและ Door to meedle ภายใน 30 นาที ได้รับการรักษาเบื้องต้นตาม MONA เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ได้รับยา Antiplatelet Anticoagulant และยาละลายลิ่มเลือดในขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดภาวะ Cardiogenic shock จึงจำเป็นต้องให้ยากระตุ้นความดันโลหิตควบคู่กับ SK และเฝ้าระวังภาวะ Cardiac arrest
4. การรักษาในห้องฉุกเฉิน In-Hospital	Door to EKG = 5 นาที Onset to door= 20 นาที Door to needle time= 27 นาที **<u>ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด</u>** -ประเมิน EKG 12 lead -ส่งตรวจ LAB,CXR -ติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง -ASA (gr V) 1 tabเคี้ยวกลืน -Plavix(75mg) 4 tab oral **<u>ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด</u>** - On NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr -Streptokinase 1.5 mu+ NSS 100 ml vein drip in 60 นาที -O2 canular 3 LPM -Retain foleys' cath no 14	Door to EKG = 5 นาที Onset to door = 4 ชั่วโมง Door to needle time= 32 นาที **<u>ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด</u>** -ประเมิน EKG 12 lead -ส่งตรวจ LAB,CXR -ติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่อง -ASA (gr V) 1 tabเคี้ยวกลืน -Plavix(75mg) 4 tab oral **<u>ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด</u>** -On NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr -Streptokinase 1.5 mu+ NSS 100 ml vein drip in 60 นาที -Levophed 4:250 +D5W 500 ml IV drip 15 ml/hr -Atropine 0.6 mg IV -O2 canular 3 LPM -Retain foleys' cath no 14	
การรักษาขณะส่งต่อ Referal	-ใช้ระบบ Ambulance Operation Center ประสานกับแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินเพื่อติดตามผู้ป่วย -ติดตามระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ EKG 3 lead -เตรียมทีมในการดูแลพร้อมทั้งอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต	-ใช้ระบบ Ambulance Operation Center ประสานกับแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินเพื่อติดตามผู้ป่วย -ติดตามระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ EKG 3 lead -เตรียมทีมในการดูแลพร้อมทั้งอุปกรณ์ในการช่วยชีวิต	พยาบาลได้มีการส่งต่อข้อมูลผ่านระบบช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยประสานงานผ่านระบบ Line STEMI FAST TRACK และมีพยาบาลให้การดูแลขณะส่งต่อจำนวน 2 คนไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์วินิจฉัยโรค Acute myocardial infraction (STEMI) Of anterior wall มีการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินนำส่งโดย 1669 มาโดยระดับ BLS ตำบลดงสิงห์เมื่อมาถึงโรงพยาบาลจังหาร ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Guideline ได้รับการประเมินผ่านช่องทางด่วน STEMI FAST TRACK แรกรับที่ห้องฉุกเฉินมีการประเมินและตรวจ EKG ภายใน 5 นาที (ไม่เกิน 10 นาที)ทำให้ได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วและได้รับยา Streptokinase ภายใน 27 นาที (ไม่เกิน 30 นาที) กรณีศึกษารายที่ 2 แพทย์วินิจฉัยโรค Acute myocardial infraction (STEMI) Of inferior wall มีการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินนำส่งโดย 1669 มาโดยระดับ BLS ตำบลยางใหญ่เมื่อมาถึงโรงพยาบาลจังหารผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Guideline ได้รับการประเมินผ่านช่องทางด่วน STEMI FAST TRACK แรกรับที่ห้องฉุกเฉินมีการประเมินและตรวจ EKG ภายใน 5 นาที (ไม่เกิน 10 นาที)ทำให้ได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วและได้รับยา Streptokinase

ภายใน 32 นาที (ไม่เกิน 30 นาที) หลังจากได้รับยา SK ผู้ป่วยเกิดภาวะ Cardiogenic Shock จึงได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะวิกฤตฉุกเฉิน -ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใน โรงพยาบาล In-Hospital	1.มีอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน 2.ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3.มีโอกาสเกิดภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 4.เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	1.มีอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน 2.ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3.เกิดภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 4.เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันเนื่องจากมีพยาธิสภาพของการดำเนินโรคที่คล้ายคลึงกันแตกต่างกันที่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยา Streptokinase กรณีศึกษารายที่ 2 พบความดันโลหิตต่ำ เกิดภาวะ Cardiogenic shock ทำให้การพยาบาลต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค
ระยะส่งต่อ -ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะส่งต่อ Referal	1.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง 2.เสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื่องหัวใจตายเฉียบพลัน 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด	1.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง 2.เสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื่องหัวใจตายเฉียบพลัน 3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จึงเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการดูแลในระบบช่องทางด่วน STEMI FAST TRACK ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันและแตกต่างกัน โดยในระยะวิกฤตฉุกเฉิน พบปัญหาได้แก่ 1) มีอาการแน่นหน้าอกเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเฉียบพลัน 2) ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ให้การพยาบาลดูแลให้ O2 ให้ยา ASA gr V ยา Clopidogrel 75 mg ประเมิน Chest pain score ให้ยา Streptokinase 3) มีโอกาสเกิดภาวะ Cardiogenic shock เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 4) เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ดูแลจำนวนการให้ยา SK ตามจำนวนแพทย์สั่ง สังเกตอาการความดันโลหิตต่ำ เลือดออกง่ายหยุดยาก พร้อมเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิต 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี อธิบายพยาธิสภาพของโรคการรักษา

การเตรียมส่งต่อ ระยะส่งต่อ พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะส่งต่อ (Referal) ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง 2) เสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ

กล้ามเนื่องหัวใจตายเฉียบพลัน 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่าย หยุดยากเนื่องจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ดูแลประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ Monitor EKG เฝ้าระวังภาวะ Cardiac shock ประเมินติดตามอาการที่อวัยวะภายในโดยเฉพาะในสมอง ประเมินภาวะ Hypovolemic shock และปัสสาวะ เป็นต้น การดูแลขณะส่งต่อพยาบาลจะต้องประเมินอาการ การคัดกรองอย่างถูกต้องรวดเร็ว และการให้การพยาบาลทุกระยะมีความสำคัญพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค สมรรถนะความชำนาญในการให้การพยาบาลเป็นการเพิ่มโอกาสในการรักษาและลดอัตราการเสียชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกระทันหันและมีอัตราการเสียชีวิตสูงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว การพยาบาลในระยะวิกฤตฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สำคัญ คือ การประเมินคัดแยกระดับความเร่งด่วน (Triage)[6] ซึ่งการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่นำมาโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการคัดแยกเป็นความเร่งด่วนระดับ 2 (ESI 2) และอาการที่มักพบได้บ่อยคือ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม เจ็บแน่นกลางอกร้าวไปแขน คอ ไหล่ กราม อาการเหล่านี้อาจบ่งบอกถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งพยาบาลที่พบเจอผู้ป่วยเหล่านี้ต้องซักประวัติประเมินอาการให้ครอบคลุม จะนำไปสู่การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างรวดเร็วได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบมี ST elevation ที่ V2-V5 ในผู้ป่วยรายที่ 1 และพบ ST elevation II, III aVF V2-V3 ในผู้ป่วยรายที่ 2 เมื่อซักประวัติได้ถึงอาการที่บ่งบอกหรือสงสัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจ EKG และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยและให้การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉินอีกประการหนึ่งคือ การเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการปวด และติดตามการทำงานของหัวใจ การติดตาม EKG ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถรายงานแพทย์ทราบให้การช่วยเหลือทันท่วงที การพยาบาลในระยะนี้แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง ความรวดเร็วและความพร้อมในการเตรียมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัยไม่มีอาการทรุดลง การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้คือ การพยาบาลระยะส่งต่อ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง การติดตามการทำงานของหัวใจ การติดตามEKG การติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การติดตามสัญญาณชีพและต้องสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือได้ นอกจากนี้พยาบาลส่งต่อต้องมีการเตรียมเครื่องมือต่างๆที่ใช้ระหว่างส่งต่อให้เหมาะสม เพียงพอและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงขณะส่งต่อ ถึงแม้ระหว่างการส่งต่อก็จะสามารถให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที จากการวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยทั้ง 2 รายมุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิต จึงได้เฝ้าระวังการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่างๆ ดังนั้น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจึงมีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถ

ตัดสินใจการรักษาพร้อมให้ความร่วมมือในการรักษาจนบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการรักษาที่เหมาะสม[5,6]

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ/เสี่ยงสูงและมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมที่มีความรู้ความสามารถ และช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงที พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคพยาธิสภาพ และภาวะแทรกซ้อน การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การพัฒนาทักษะการอ่านและแปลผล EKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวัง และให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติขณะอยู่ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติขณะส่งต่อ

2. การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยา เวชภัณฑ์ต่างๆให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที เช่น เครื่องติดตามการทำงานหัวใจ EKG Monitor, Defibrillator, External pacer pacemaker รถอุปกรณ์ฉุกเฉิน เป็นต้น

3. การเพิ่มสมรรถนะของโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเบื้องต้น(ระบบ Fast track) ผ่านระบบการขอรับคำปรึกษา และมีแนวทางการรักษาให้ปฏิบัติควรมีการทบทวนการส่งต่อโดยระบบช่องทางด่วนพิเศษอย่างต่อเนื่องทุกราย เพื่อค้นหาปัญหาและโอกาสพัฒนา

4. ควรมีการฟื้นฟูวิชาการให้พยาบาลทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ฝึกอบรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา อาการและความเสี่ยงต่างๆแก่ญาติและผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทั้งนี้นอกจากจะช่วยลดความวิตกกังวลแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยและญาติใช้ประกอบการตัดสินใจการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือเร็วขึ้น

6. ควรมีการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

7. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับอาการเบื้องต้นของโรค STEMI และการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง ผ่านระบบ 1669 เพื่อความรวดเร็วและสามารถดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านที่เกี่ยวข้องตลอดจนผู้ป่วยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหาร ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2569).จำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.http:/ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=14927&deptcode
2. จิราลักษณ์ กลางถิ่น.(2567).การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMIที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย.ยโสธรเวชสาร,26(1),154-168.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.(2569).ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด. https://hdc.moph.go.th

4 .สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.(2563).แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Thai acute coronary syndromes guidelines 2020. (พิมพ์ครั้งที่ 1)ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเตป ดีไซน์.

5. ณรงค์กร ชัยวงศ์และปณวัตร สันประโคน.(2562).ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน:ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต.วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ,43-51.

6. อรุณี เหล่าอำนาจ.(2566).การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI) กรณีศึกษาเปรียบเทียบ2ราย https://cphos.go.th/newcphos/announce_details.php?anncode=Vkd4U1VrMUJQVDA9&status=active

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

การใช้ซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำเพื่อเป็นเป้าหมายในการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Peripheral venous lactate as a resuscitation goal in sepsis/septic shock.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ณพิชญา วิริยะ[1]
Naphitchaya Wiriya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอัตราการเสียชีวิตหลังการติดตามระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่มและที่ 6 ชั่วโมง 2) เปรียบเทียบระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่มและที่ 6 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตและรอดชีวิต และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การศึกษาเชิงสำรวจแบบไปข้างหน้า (Prospective cohort study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หรือช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่ม > 4 mmol/L จำนวน 64 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและผ่านการประเมินคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ t-test, Chi-square test, Fisher's exact test และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression)

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.25) มีช่วงอายุ 61–70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 34.38) ตำแหน่งการติดเชื้อหลักคือ ปอดอักเสบ (ร้อยละ 39.06) และเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยที่สุดคือ *Escherichia coli* (ร้อยละ 25.00) ผลการศึกษาพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลรักษาเท่ากับร้อยละ 18.75 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้เสียชีวิตและกลุ่มผู้รอดชีวิต พบว่ากลุ่มผู้เสียชีวิตมีค่าเฉลี่ยระดับซีรัมแลคเตทแรกเริ่มสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5.13±6.73 เทียบกับ 3.79±7.34 mmol/L,p=0.029) และมีความสามารถในการขจัดแลคเตทที่ 6 ชั่วโมง (Lactate clearance) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.06±2.94% เทียบกับ 16.32±3.68%,p=0.004) นอกจากนี้ กลุ่มผู้เสียชีวิตยังมีค่า SBP, DBP, MAP แรกรับต่ำกว่า และมีค่า Serum Creatinine, Serum BUN รวมถึงปริมาณสารน้ำกู้ชีพช่วง 6–24 ชั่วโมง สูงกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์ Binary Logistic Regression พบ 5 ปัจจัยสำคัญที่สามารถร่วมกันทำนายการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ 1. ความสามารถในการขจัดแลคเตทที่ 6 ชั่วโมง < 10% 2. ระดับซีรัมแลคเตทแรกเริ่ม >4 mmol/L 3. ระดับ Serum Creatinine≥1.15 mg/dl 4. ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับ < 110 mmHg 5. ความดันโลหิตแดงเฉลี่ยแรกรับ (MAP) ≤ 65 mmHg โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเสียชีวิตได้ร้อยละ 38.8 และมีความแม่นยำในการพยากรณ์รวมร้อยละ 71.08

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำ, อัตราการขจัดแลคเตท, ปัจจัยทำนายการเสียชีวิต, การกู้ชีพทางระบบไหลเวียนโลหิต

Abstract

This study aimed to 1) study the mortality rate following baseline and 6-hour venous lactate monitoring, 2) compare baseline venous lactate and 6-hour venous lactate clearance between survivors and non-survivors, and 3) identify predictive factors associated with mortality among patients with sepsis after baseline and 6-hour venous lactate evaluation. This prospective cohort study was conducted among patients diagnosed with sepsis or septic shock at the Emergency Department, Phranarai Maharaj Hospital, between May and September 2023. A sample of 64 eligible adult patients (aged ≥18 years) with baseline venous lactate levels > 4mmol/L was enrolled. Data were collected using a validated clinical record tool. Statistical analyses included descriptive statistics, Student's t-test, Chi-square test, Fisher's exact test, and Binary Logistic Regression.

Results: The majority of patients were male (56.25%) and aged 61–70 years (34.38%). Pneumonia was the primary site of infection (39.06%), and *Escherichia coli* was the most common pathogen (25.00%). The overall overall mortality rate was 18.75% (12/64). Non-survivors had significantly higher baseline venous lactate levels (5.13±6.73

[1] กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

vs 3.79±7.34 mmol/L,p=0.029) and significantly lower 6-hour lactate clearance (9.06±2.94% vs 16.32±3.68%,p=0.004) compared to survivors. Additionally, non-survivors exhibited significantly lower initial SBP, DBP, and MAP, alongside significantly higher serum creatinine, BUN, and 6–24 hour fluid resuscitation volumes. Multivariate Binary Logistic Regression identified 5 significant independent predictors of mortality (p≤0.05) 1. 6-hour lactate clearance <10% 2. baseline venous lactate >4 mmol/L 3. serum creatinine ≥ 1.15 mg/dl 4. initial SBP <110 mmHg 5. initial MAP ≤65 mmHg The overall predictive model accounted for 38.8% of variance with an overall prediction accuracy of 71.08%.

Keywords: Sepsis, Venous Lactate, Lactate Clearance, Mortality Predictors, Hemodynamic Resuscitation

บทนำ

ปัญหาภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก เพราะทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มากกว่า 30 ล้านประชากรโลกใน ทุกๆ ปี และมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากถึง 6 ล้านคน โดยพบการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกแล้ว ประมาณ 5,760 ล้านคน (77.70/100,000 ประชากรต่อปี) และจากข้อมูลศูนย์สถิติสุขภาพแห่งสหรัฐอเมริกา ปี 2020 รายงานว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดถึง 750,000 คน ต่อปี ในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะล้มเหลวของอวัยวะภายใน (Sepsis) มีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 25-30 ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียจากภาวะ Sepsis ประมาณ 1.7 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ซึ่งภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรโลก จะเห็นได้ว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราการตายสูงถึง 1 ใน 4 ราย[1] Sepsis จึงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต 45,000 ราย ต่อปี โดยพบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดที่ติดเชื้อมาจากบ้านหรือชุมชน (Community-acquired sepsis) ร้อยละ 34.79, 32.03, และ 34.65 ในปี 2559, 2560 และ 2561 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ ร้อยละ 30 สำหรับปี พ.ศ.2562 พบ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis จำนวน 68,142 คน มีอัตราตายร้อยละ 32.46[2]

จากการสำรวจข้อมูลสถิติโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 529 คน มีภาวะ Sepsis จำนวน 371 คน (ร้อยละ 70.13) Septic shock จำนวน 158 คน (ร้อยละ 29.87) ปีงบประมาณ 2564 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 532 คน มีภาวะ Sepsis จำนวน 339 คน (ร้อยละ 63.72) Septic shock จำนวน 193 คน (ร้อยละ 36.28) ปีงบประมาณ 2565 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 761 คน มีภาวะ Sepsis จำนวน 512 คน (ร้อยละ 67.27) Septic shock จำนวน 249 คน (ร้อยละ 32.73) อัตราการเสียชีวิตจากภาวะ Septic shock คิดเป็นร้อยละ 54.43, 54.73 และ 52.45 ตามลำดับ มีแนวโน้มที่สูงขึ้น พบเชื้อก่อโรคอันดับหนึ่ง คือ เชื้อ Escherichia coli (E.coli) ร้อยละ 24.3 รองลงมา E.coli ESBL ร้อยละ 21.2 สาเหตุอันดับหนึ่ง เกิดจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 43.7 ทางเดินหายใจร้อยละ 35 ผิวหนังและเนื้อเยื่อร้อยละ 10.6[3]

ปัจจุบันการเฝ้าติดตามผู้ป่วยในภาวะช็อกที่สามารถทำได้ง่ายเหมาะสมกับประเทศไทย ได้แก่ การประเมินความรุนแรง เช่น APACHE II score โดยใช้ 12 ปัจจัยทางพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงใน 24 ชั่วโมงแรก โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-71 คะแนน แม้ว่า APACHE II score สามารถบอกพยากรณ์โรคได้ดี แต่อาจมีความซับซ้อน ยุ่งยากในทางปฏิบัติ การ

ใช้ SOFA score หรือ Sepsis-related Organ Failure Assessment score ซึ่งพบว่าสามารถบอก morbidity ได้ดี โดยประกอบด้วยการประเมินหน้าที่ของอวัยวะ 6 ชนิด ซึ่งก็มีความซับซ้อนพอสมควร สำหรับค่า Lactate clearance นั้นก็เป็นอีกหนึ่งค่าที่มีการศึกษาถึงการพยากรณ์โรค โดยพบว่าในผู้ป่วยที่มีค่า Lactate clearance ต่ำนั้นจะมีอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีค่า Lactate clearance ที่สูง และจากการศึกษาล่าสุดพบว่าการใช้ Lactate clearance ในการติดตามผู้ป่วยนั้น มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตใกล้เคียงกัน แต่ก็ยังมีการศึกษาในประเทศไทยน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้ซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำเพื่อเป็นเป้าหมายในการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อัตราการเสียชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายหลังการติดตามดูค่าระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่ม และที่ 6 ชั่วโมง เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตหลังการติดตามดูค่าระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่ม และที่ 6 ชั่วโมง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่มและที่ 6 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตและรอดชีวิต

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายหลังการติดตามดูค่าระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่ม และที่ 6 ชั่วโมง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบ Prospective study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) หรือช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566- กันยายน 2566 จำนวน 1,890 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) หรือช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566- กันยายน 2566

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2. ระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่ม (Baseline lactate) > 36 mg/dl (4 mmol/L)

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ป่วย Palliative care ตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉิน

2. โรคที่จะมี false positive lactate (DM on metformin, lymphoma, hepatic disease)

3. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม ความเชื่อมั่นที่ alpha=0.05 ขนาดอิทธิพล power=0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ลักษณะการเข้ามารักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ ประกอบด้วย ตำแหน่งติดเชื้อ ชนิดของเชื้อก่อโรค ความรุนแรงของโรค (Mew score) Provisional diagnosis Final diagnosis

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย สัญญาณชีพแรกรับ (SBP, DBP, HR, MAP) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (BUN, Creatinine, Baseline lactate, lactate clearance at 6 hr), Hb

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย ข้อห้ามการให้สารน้ำ (Contraindications for volume resuscitate), การเกิดภาวะไตวาย, Fluid resuscitate (ml) in 6 hr, Fluid resuscitate (ml) in 24 hr, Fluid resuscitate (ml/kg) in 24 hr, สถานภาพการจำหน่าย

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-cofficient) ของครอนบาค

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ (frequency) อัตราส่วนร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าต่ำสุด (minimum)

2. ใช้สถิติ Chi square test, Fisher's exact test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่เป็นข้อมูลนามบัญญัติ และใช้ T-test ข้อมูลแบบต่อเนื่อง กำหนดค่านัยสำคัญ (significance) ที่ $p \leq 0.05$

3. การวิเคราะห์ปัจจัยใช้ค่าสถิติ binary logistic regression ค่าความเชื่อมั่น 95% Cl แสดงอัตราปัจจัยเสี่ยงคราวละปัจจัยด้วย Odds ratio (OR) คราวละหลายปัจจัยด้วย Adjusted Odds ratio (OR_{adj})

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวนทั้งหมด 64 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 56.25) และเพศหญิง จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 43.75) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปีมากที่สุด จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 34.38) รองลงมาคือ อายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 25.00) และอายุ 51-60 ปี จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 21.88) ตามลำดับ สำหรับข้อมูลด้านโรคประจำตัว (ซึ่งจำแนกตามพยาธิสภาพหลักของผู้ป่วย) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (HT) สูงที่สุด จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 28.12) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (DM) จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 21.88) และโรคไตเรื้อรัง (CKD) จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 15.62) โดยมีผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว (Non) เพียงจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 12.50) เมื่อพิจารณาลักษณะการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน (Refer in) จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 59.38) และเป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลเอง จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 40.62) ทั้งนี้ในด้านสถานภาพการจำหน่ายหลังสิ้นสุดการรักษา พบว่า รอดชีวิต จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 81.25) และเสียชีวิต จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 18.75)

2. ข้อมูลการติดเชื้อ พบว่า ข้อมูลด้านการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตำแหน่งการติดเชื้อหลัก ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อที่ปอด หรือภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) สูงที่สุด จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 39.06) รองลงมาคือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) จำนวน 18 ราย (ร้อยละ

28.12) และการติดเชื้อในช่องท้อง (Intra abdominal) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 14.06) ตามลำดับ ในส่วนของชนิดเชื้อก่อโรคที่ตรวจพบจากการเพาะเชื้อ พบว่า เชื้อที่พบมากที่สุดคือ *Escherichia coli (E.coli)* จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 25.00) รองลงมาคือ *Escherichia coli ESBL* ซึ่งเป็นเชื้อดื้อยา จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 18.75) และ *Klebsiella pneumoniae* จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 15.62) เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยแรกรับโดยใช้คะแนนประเมินสัญญาณเตือนวิกฤต (MEWS Score) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในขั้นวิกฤต โดยมีคะแนน MEWS Score สูงกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนมากที่สุด ถึงจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 53.12) รองลงมาคือ มีคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 29.69) และมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน เพียงจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 17.19) ตามลำดับ

3. ลักษณะทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัญญาณชีพเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 116.27 ± 23.24 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 73.15 ± 9.13 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการเต้นของชีพจรเฉลี่ย 82.91 ± 13.82 ครั้งต่อนาที สำหรับค่าเฉลี่ยความดันแดงเฉลี่ย (MAP) อยู่ที่ 78.84 ± 13.34 มิลลิเมตรปรอท ในส่วนของผลทางห้องปฏิบัติการพบค่าครีอะตินีนในเลือด (Serum Creatinine) เฉลี่ย 1.99 ± 2.56 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าสารยูเรียไนโตรเจนในเลือด (Serum BUN) เฉลี่ย 26.26 ± 19.10 กรัมต่อเดซิลิตร ค่าแลกเตตเริ่มต้น (Baseline lactate) เฉลี่ย 5.49 ± 7.28 มิลลิโมลต่อลิตร และมีความสามารถในการขจัดแลกเตตที่ 6 ชั่วโมง (Lactate clearance at 6 hr.) เฉลี่ยร้อยละ 8.21 ± 4.03 สำหรับการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อกู้ชีพ (Resuscitate IV) พบว่าในรายที่ได้รับสารน้ำช่วง 6 ชั่วโมงแรก มีปริมาณเฉลี่ย 1617.32 ± 34.45 มิลลิลิตร และช่วง 6 ถึง 24 ชั่วโมง มีปริมาณเฉลี่ย 1964.53 ± 111.27 มิลลิลิตร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างกลุ่มรอดชีวิตกับกลุ่มเสียชีวิต

Factor	Mortality		p-value
	Alive (N=52)	Dead (N=12)	
Age	65.87 ± 14.33	68.74 ± 16.75	0.812
Systolic Blood Pressure (mmHg)	128.74 ± 22.14	106.86 ± 23.28	0.034*
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	79.23 ± 9.08	68.34 ± 8.77	0.050*
Pulse Rate (beats/min)	104 ± 17.23	90.31 ± 13.07	0.051*
MAP	88.07 ± 18.34	72.81 ± 14.09	0.026*
Serum Creatinine	1.32 ± 3.47	1.73 ± 2.34	0.008*
Serum BUN (g/dL)	19.38 ± 18.42	25.21 ± 19.17	0.037*
Baseline lactate (mmol/L)	4.03 ± 7.34	5.13 ± 6.73	0.029*
Lactate clearance at 6 hr.	16.32 ± 3.68	9.06 ± 2.94	0.004*
Resuscitate IV in 6 hr. (0-6 hr)	1718.41 ± 93.21	1589.32 ± 86.03	0.287
Resuscitate IV in 24 hr. (6-24 hr)	1870.53 ± 100.13	2124.10 ± 97.03	0.032*

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยทางคลินิกระหว่างกลุ่มผู้รอดชีวิต (N=52) และกลุ่มผู้เสียชีวิต (N=12) พบว่ากลุ่มผู้เสียชีวิตมีสัญญาณชีพแรกรับต่ำกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความดันโลหิตซิสโตลิก

(106.86 ± 23.28 เทียบกับ 128.74 ± 22.14 mmHg, p=0.034) ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (68.34 ± 8.77 เทียบกับ 79.23 ± 9.08 mmHg, p=0.050) อัตราการเต้นของชีพจร (90.31 ± 13.07 เทียบกับ 104 ± 17.23 beats/min, p=0.051) และความดันโลหิตเฉลี่ยหรือ MAP (72.81 ± 14.09 เทียบกับ 88.07 ± 18.34 mmHg, p=0.026) ด้านผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่า กลุ่มผู้เสียชีวิตมีภาวะการทำงานของไตบกพร่องและระดับความรุนแรงของโรคสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า Serum Creatinine สูงกว่า (1.73 ± 2.34 เทียบกับ 1.32 ± 3.47, p=0.008) ค่า Serum BUN สูงกว่า (25.21 ± 19.17 เทียบกับ 19.38 ± 18.42, p=0.037) และมีค่าแลกเตตเริ่มต้น (Baseline lactate) สูงกว่า (5.13 ± 6.73 เทียบกับ 3.79 ± 7.34 mmol/L, p=0.029) นอกจากนี้ กลุ่มผู้เสียชีวิตยังมีความสามารถในการขจัดแลกเตตที่ 6 ชั่วโมง (Lactate clearance) ต่ำกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.06 ± 2.94% เทียบกับ 16.32 ± 3.68%, p=0.004) ในด้านการได้รับสารน้ำ พบว่าปริมาณสารน้ำที่ได้รับใน 6 ชั่วโมงแรกไม่มีความแตกต่างกัน (p=0.287) แต่กลุ่มผู้เสียชีวิตได้รับสารน้ำรวมในช่วง 6 ถึง 24 ชั่วโมงสูงกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2124.10 ± 97.03 เทียบกับ 1870.53 ± 100.13 mL, p=0.032) ทั้งนี้ ปัจจัยด้านอายุของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.812)

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดภายหลังการติดตามดูค่าระดับซีรัมแลคเตทจากหลอดเลือดดำแรกเริ่ม และที่ 6 ชั่วโมง

ปัจจัย	OR	95%CI	P-value
Systolic Blood Pressure< 110 mmHg	3.78	1.89-7.03	0.021*
MAP ≤ 65 mmHg	2.37	1.08-3.94	0.030*
Serum Creatinine ≥1.15	4.12	3.26-14.78	0.008*
Baseline lactate > 4	8.49	3.78-39.12	0.043
Lactate clearance at 6 hr. <10%	6.34	2.92-23.66	0.000**
ค่าคงที่			0.001*

1 (reference) ** p-value < 0.01 * p-value < 0.05 (Nagelkerke R^2=0.388, Over percentage correct 71.08%)

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยสถิติ Logistic Regression พบว่า มี 5 ปัจจัยที่เป็นปัจจัยทำนายการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยที่มีระดับ Serum Creatinine ≥ 1.15 mg/dL มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงเป็น 4.12 เท่าของผู้ป่วยที่มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ (OR = 4.12, 95% CI = 5.26-14.78, p = 0.008) สำหรับปัจจัยด้านสัญญาณชีพพบว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตซิสโตลิก < 110 mmHg มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 3.78 เท่า (OR = 3.78, 95% CI = 1.89-7.03, p = 0.021) และผู้ป่วยที่มีค่า MAP ≤ 65 mmHg มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 2.37 เท่า (OR = 2.37, 95% CI = 1.08-3.94, p = 0.030) ในส่วนของระดับแลกเตตพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับซีรัมแลกเตตแรกเริ่ม หรือ Baseline lactate > 4 mmol/L มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 8.49 เท่า (OR = 8.49, 95% CI = 3.78-39.12, p = 0.043) และผู้ป่วยที่มีความสามารถในการขจัดแลกเตตที่ 6 ชั่วโมง หรือ Lactate clearance at 6 hr. < 10% จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงเป็น 6.34 เท่า อย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ (OR = 6.34, 95% CI = 2.92-23.66, p < 0.001) ซึ่งมีความสามารถในการร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเสียชีวิตได้ร้อยละ 38.8 การพยากรณ์ได้ถูกต้องภาพรวมร้อยละ 71.08

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) จำนวน 64 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.25) และมีอายุอยู่ในช่วง 61–70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 34.38) รองลงมาคือผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 25.00) สอดคล้องกับแนวโน้มทางระบาดวิทยาทั่วโลก ซึ่งพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของระบบภูมิคุ้มกัน (Immunosenescence) และการมีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายระบบ โดยในศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 28.12) เบาหวาน (ร้อยละ 21.88) และโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 15.62) ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการตอบสนองต่อการติดเชื้อของร่างกายลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว[4] เมื่อพิจารณาตำแหน่งของการติดเชื้อหลัก พบว่าเกิดจากปอดอักเสบ (Pneumonia) มากที่สุด (ร้อยละ 39.06) รองลงมาคือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) (ร้อยละ 28.12) และการติดเชื้อในช่องท้อง (ร้อยละ 14.06) ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องอย่างยิ่งกับการศึกษาเชิงสำรวจความชุกระดับนานาชาติของ Vincent et al.[5] ในผู้ป่วย ICU กว่า 1,265 แห่ง ใน 75 ประเทศ ที่ระบุว่าระบบหายใจและปอดเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดของการติดเชื้อในผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 64) รวมถึงงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของ Wang et al.[6] ที่สำรวจข้อมูลผู้ป่วย Sepsis ในห้องฉุกเฉินระดับชาติของสหรัฐอเมริกา (NHAMCS) ซึ่งพบว่าปอดอักเสบและการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักและมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูง

ในด้านชนิดของเชื้อก่อโรค การศึกษานี้พบเชื้อ *Escherichia coli* มากที่สุด (ร้อยละ 25.00) ตามด้วย *Escherichia coli* ESBL (ร้อยละ 18.75) และ *Klebsiella pneumoniae* (ร้อยละ 15.62) การพบลักษณะการติดเชื้อแบคทีเรียกรัมลบในสัดส่วนที่สูงนี้ตรงกับผลการศึกษาของ Vincent et al.[5] ที่รายงานว่ากลุ่มเชื้อแบคทีเรียกรัมลบ (*Enterobacteriaceae*) เป็นเชื้อก่อโรคหลักที่พบในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากนี้ การพบเชื้อดื้อยาหลายชนิด เช่น *E. coli* ESBL สูงถึงร้อยละ 18.75 ยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cardoso et al.[7] ที่ระบุว่าเชื้อกลุ่ม ESBL-producing Gram-negative bacilli เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพที่ไม่ครอบคลุมในระยะแรก (Inappropriate initial antimicrobial therapy) ซึ่งนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตและระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้น นอกจากนี้บทความเชิงนโยบายของ Limmathurotsakul et al.[8] ในวารสาร *Lancet Infectious Diseases* ที่เน้นย้ำว่าอุบัติการณ์ของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ในประเทศกำลังพัฒนาเป็นวิกฤตสาธารณสุขที่รุนแรง และจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังทางจุลชีววิทยาอย่างใกล้ชิดเพื่อการปรับใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับโดยใช้คะแนน Modified Early Warning Score (MEWS) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนน MEWS ≥ 5 คะแนน ถึงร้อยละ 53.12 ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะวิกฤตทางระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ผลการวิเคราะห์สถิติ Logistic Regression แสดงให้เห็นว่า การมีระดับซีรัมแลกเตตแรกเริ่ม (Baseline Lactate) > 4 mmol/L เป็นปัจจัยทำนายการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 8.49 เท่า (OR=8.49,p=0.043) ผลดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยของ พรวรี ปักการะโถ[9]ที่ศึกษาในผู้ป่วย Sepsis โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนสัญญาณเตือนวิกฤต (NEWS>4) และมีค่าแลกเตตแรกรับ 4 mmol/L มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ (OR_{adj}=3.11,p=0.044) นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงสังเกตของ Mikkelsen et al.[10] ซึ่งประเมินผู้ป่วย Severe Sepsis ในห้องฉุกเฉิน และพบว่าระดับแลกเตตที่สูงตั้งแต่แรกรับสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยแลกเตตที่ระดับ ≥ 4 mmol/L สะท้อนถึงภาวะการคั่งของกรดแลกติกเนื่องจากการขาด

ออกซิเจนในระดับเซลล์ (Cellular hypoxia) และการซึมซาบของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อลดลง (Tissue hypoperfusion) กลไกทางสรีรวิทยาที่อธิบายปรากฏการณ์นี้ได้รับการยืนยันโดย Casserly et al.[11] จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล Surviving Sepsis Campaign (SSC) ซึ่งระบุว่าระดับ Baseline Lactate ที่สูงสามารถทำนายการเสียชีวิตได้เองอย่างอิสระ แม้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ความดันโลหิตภายนอกยังดูคงที่ (Cryptic shock) ดังนั้น การตรวจวัดระดับแลกเตตตั้งแต่แรกรับ ณ จุดคัดกรองหรือห้องฉุกเฉินตามแนวทางของ SSC จึงเป็นเครื่องมือที่มีความไวสูงในการคัดแยกผู้ป่วยความเสี่ยงสูง เพื่อให้การฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

ด้านประสิทธิภาพของอัตราการขจัดแลกเตตจากหลอดเลือดดำ (Venous Lactate Clearance) เป็นเป้าหมายในการรักษา โดยกลุ่มผู้เสียชีวิตมีความสามารถในการขจัดแลกเตตที่ 6 ชั่วโมง (Lactate clearance at 6 hr.) ต่ำกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.06±2.94% เทียบกับ 16.32±3.68%,p=0.004) และผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่า ผู้ป่วยที่มี Lactate Clearance < 10% มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงเป็น 6.34 เท่า (OR=6.34,p<0.001) สอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ Bolvardi et al.[12]ที่ศึกษาการวัดซีรัมแลกเตตจากหลอดเลือดดำแบบอนุกรม (Serial Venous Lactate) ที่ 0 และ 6 ชั่วโมง ซึ่งพบว่าอัตราการขจัดแลกเตตจากหลอดเลือดดำที่น้อยกว่า 10% เป็นตัวชี้วัดที่มีความแม่นยำสูงในการทำนายการเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome) และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการทดลองทางคลินิกแบบสุ่มของ Jones et al.[13]ที่พิสูจน์แล้วว่าการใช้โปรโตคอลการรักษาที่มุ่งเป้า Lactate Clearance ≥10% ในช่วง 6 ชั่วโมงแรก ให้ผลลัพธ์ในการลดอัตราการเสียชีวิตที่ไม่ด้อยกว่า (Non-inferior) การติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดดำส่วนกลาง และสอดคล้องกับการทดลอง LACTATE Trial โดย Jansen et al.[14]ซึ่งยืนยันว่าการตั้งเป้าหมายลดระดับแลกเตตลงอย่างน้อย 20% ทุก 2 ชั่วโมง ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ (33.9% เทียบกับ 43.5%, p=0.006) นอกจากนี้การเจาะตรวจระดับแลกเตตจากหลอดเลือดดำ (Venous Lactate) สามารถนำมาใช้แทนการเจาะหลอดเลือดแดง (Arterial Lactate) ได้อย่างปลอดภัย ตรงตามผลการศึกษาของ Mahmoodpoor et al.[15] และ Velissaris et al. ซึ่งพบว่าระดับแลกเตตที่เจาะจากหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Peripheral Venous) มีความสัมพันธ์สูงมากกับหลอดเลือดแดง และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับเฉลี่ย การใช้เลือดดำจึงช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนในการเจาะหลอดเลือดแดง และเพิ่มความรวดเร็วในการปฏิบัติงานในเวชปฏิบัติทั่วไป

ผลการศึกษาเปรียบเทียบปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Resuscitation IV fluid) พบว่าในช่วง 6 ชั่วโมงแรก ปริมาณสารน้ำที่ได้รับไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้รอดชีวิตและผู้เสียชีวิต (p=0.287) แต่ในช่วงเวลา 6 ถึง 24 ชั่วโมง กลุ่มผู้เสียชีวิตได้รับสารน้ำรวมสูงกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2124.10±97.03 mL เทียบกับ 1870.53±100.13 mL,p=0.032) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มเสียชีวิตมีภาวะพยาธิสภาพที่รุนแรง การซึมซาบของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อบกพร่องสะท้อนจากค่า Lactate Clearance ที่ต่ำ (<10%) และมีภาวะความดันโลหิตต่ำแรกรับ ส่งผลให้ทีมผู้รักษาต้องบริหารจัดการสารน้ำเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องในช่วง 6–24 ชั่วโมงเพื่อคงระดับความดันโลหิต ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับข้อสังเกตจาก ANDROMEDA-SHOCK Trial โดย Hernandez et al.[17,18] ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะ Septic Shock ที่ปรับการกู้ชีพโดยมุ่งเป้าการขจัดแลกเตตเพียงอย่างเดียว มีแนวโน้มจะได้รับปริมาณสารน้ำกู้ชีพและยาปรับความดันโลหิต (Vasopressors) ในสัดส่วนที่สูงกว่า ซึ่งปริมาณสารน้ำสะสมที่มากเกินไป (Fluid Overload) อาจนำไปสู่

ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบน้ำท่วมปอด หรือการทำงานของอวัยวะแย่ลง นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรวรี ปักการะโถ[9]ที่ระบุว่าการประเมินปริมาณสารน้ำอย่างพอเหมาะตามแนวทางปฏิบัติในระยะแรกเป็นปัจจัยวิกฤต ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อสารน้ำในระยะแรก การให้สารน้ำทดแทนปริมาณมากเกินไปในระยะต่อมาโดยไม่ได้ประเมิน Fluid Responsiveness อาจไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต แต่กลับเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะอวัยวะล้มเหลว

จากการวิเคราะห์พหุแปร (Multivariate Logistic Regression) ปัจจัยอื่นที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำ (SBP< 10 mmHg) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.78 เท่า (OR=3.78,p=0.021) ความดันโลหิตแดงเฉลี่ยต่ำ (MAP≤65 mmHg): เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.37 เท่า (OR=2.37,p=0.030) ภาวะการทำงานของไตบกพร่อง (Serum Creatinine ≥1.15 mg/dL): เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 4.12 เท่า (OR=4.12,p=0.008) ผลลัพธ์ดังกล่าว สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานระดับสากลของ Vincent et al. [1] ที่สรุปว่าภาวะความดันโลหิตต่ำสะท้อนถึงระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (Hemodynamic Instability) และเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Septic Shock สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรพงษ์ เหลืองไพรัตน์[19] ที่ศึกษาในผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งพบว่าการบกพร่องของการทำงานของไต (Acute Kidney Injury) ร่วมกับภาวะแลกเตตสูง สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงถึงร้อยละ 69.4 ซึ่งยืนยันว่าการทำงานของไตที่แย่ลงเนื่องจากได้รับการฉีดฉีดเลือดไม่เพียงพอ (Renal Hypoperfusion) เป็นดัชนีชี้วัดความรุนแรงของโรคที่สำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. สถานพยาบาลควรนำปัจจัยพยากรณ์ที่พบในการวิจัย ได้แก่ ระดับซีรัมแลกเตตแรกเริ่ม (Baseline lactate) > 4 mmol/L, ความดันโลหิตซิสโตลิก < 110 mmHg, และค่า MAP ≤ 65 mmHg ไปบูรณาการเข้ากับระบบทางด่วนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Fast Track) หรือเครื่องมือประเมินสัญญาณเตือนวิกฤต (Early Warning Scores: EWS) เพื่อจำแนกความเสี่ยงของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ณ ห้องฉุกเฉิน (ER) หรือแผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

2. ควรส่งตรวจระดับแลกเตตในเลือดทันทีในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้หรือสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินความรุนแรงของโรค เนื่องจากแลกเตตเป็นปัจจัยที่มีค่าความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงที่สุดในโมเดล (OR = 8.49)

3. ทีมผู้รักษาพยาบาลควรประเมินความสามารถในการขจัดแลกเตตอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญ (Key Performance Indicator) ในกระบวนการดูแลรักษา ซึ่งผู้ป่วยที่มีอัตราการขจัดแลกเตตที่ 6 ชั่วโมง < 10% ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงมากต่อการเสียชีวิต (OR = 6.34, p < 0.001) และจำเป็นต้องได้รับการทบทวนแผนการรักษาหรือพิจารณาเพิ่มยากระตุ้นความดันโลหิตอย่างเร่งด่วน

4. ควรนำเกณฑ์และจุดตัด (Cut-off points) ที่ได้จากการวิจัยนี้ (เช่น Creatinine ≥ 1.15 mg/dL หรือ SBP < 110 mmHg) ไปทดสอบความแม่นยำในกลุ่มตัวอย่างชุดใหม่ (External Validation) จากโรงพยาบาลหรือบริบทอื่น เพื่อยืนยันผลการทำนาย

เอกสารอ้างอิง

1. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med. 2017 Mar;43(3):304-377.

2. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Community-acquired sepsis) ประจำปี 2559–2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. งานเวชสถิติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. รายงานสถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อ ปีงบประมาณ 2563–2565. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช; 2565.
4. Vincent JL, Jones G, David S, Olariu E, Smith KK. Frequency and mortality of septic shock in Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2019;23(1):196.
5. Vincent JL, Rello J, Marshall J, Silva E, Anzueto A, Martin CD, et al. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. JAMA. 2009;302(21):2323-9.
6. Wang HE, Jones AR, Donnelly JP. Revised national estimates of emergency department visits for sepsis in the United States. Crit Care Med. 2017;45(9):1443-9.
7. Cardoso T, Ribeiro O, Aragão I, Costa-Pereira A, Sarmento A. Extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in a tertiary care hospital: Risk factors for acquisition and impact on mortality. J Hosp Infect. 2012;80(3):222-7.
8. Limmathurotsakul D, Dunachie S, Fukuda K, Feasey NA, Okeke IN, Holmes AH, et al. Improving the estimation of the global burden of antimicrobial resistance. Lancet Infect Dis. 2019;19(11):e392-8.
9. พรวรี ปักการะโถ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่รับไว้ในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2568;34(1):45-56.
10. Mikkelsen ME, Miltiades AN, Gaieski DF, Goyal M, Panebianco NL, Shah CV, et al. Serum lactate is associated with mortality in severe sepsis independent of organ dysfunction and shock. Crit Care Med. 2009;37(5):1670-7.
11. Casserly B, Phillips GS, Schorr C, Dellinger RP, Townsend SR, Osborn TM, et al. Lactate measurements in sepsis-induced tissue hypoperfusion: Results from the Surviving Sepsis Campaign database. Crit Care Med. 2015;43(3):567-73.
12. Bolvardi E, Malmir J, Reihani H, Hashemian A, Bahramian M, Khademhosseini P, et al. The role of lactate clearance as a predictor of organ dysfunction and mortality in patients with severe sepsis. Mater Sociomed. 2016;28(1):57-60.
13. Jones AE, Shapiro NI, Trzeciak S, Arnold RC, Claremont HA, Kline JA, et al. Lactate clearance vs central venous oxygen saturation as goals of early sepsis resuscitation: A randomized trial. JAMA. 2010;303(8):739-46.
14. Jansen TC, van Bommel J, Schoonderbeek SJ, Sleeswijk Visser SJ, van der Hoven B, Blonk MI, et al. Early lactate-directed therapy in ICU patients: A multicenter, open-label, randomized controlled trial. Am J Respir Crit Care Med. 2010;182(6):752-61.
15. Mahmoodpoor A, Shadvar K, Sanaie S, Golzari SEJ, Parthvi R, Hamishehkar H, et al. Arterial vs venous lactate: Correlation and predictive value of mortality of patients with sepsis during early resuscitation phase. J Crit Care. 2020;58:118-24.
16. Velissaris D, Karamouzos V, Pantzaris ND, Kyriakopoulou O, Gogos C, Karanikolas M. Relation between central venous, peripheral venous and arterial lactate levels in patients with sepsis in the emergency department. J Clin Med Res. 2019;11(9):629-34.
17. Hernández G, Ospina-Tascón GA, Damiani LP, Estenssoro E, Dubin A, Garcia-Gatell J, et al. Effect of a resuscitation strategy targeting peripheral perfusion status vs serum lactate clearance on 28-day mortality among patients with septic shock: The ANDROMEDA-SHOCK randomized clinical trial. JAMA. 2019;321(7):654-64.
18. Hernandez G, Cavalcanti AB, Ospina-Tascón G, Zampieri FG, Dubin A, Hurtado FJ, et al. Early resuscitation of septic shock: Perfusion or lactate? Intensive Care Med. 2019;45(9):1305-7.
19. วัชรพงษ์ เหลืองไพรัตน์. การใช้ค่าอัตราส่วนซีรั่มแลคเตตต่อแอลบูมินในการคาดคะเนอัตราการตาย ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและช็อกจากการติดเชื้อ. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(2):252-62.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Patients with Chronic Kidney Disease and Hyperkalemia: Two Cases study.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

จรรยา เคหฐาน[1]
Chanya Kehathan[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล และกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง: กรณีศึกษา ๒ ราย โดยศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง 2 ราย ใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพ FANCAS รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหา ข้อมูลส่วนบุคคล แผนการรักษา การประเมินสภาพตามกรอบแนวคิด FANCAS ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล

ผลการศึกษา: ทั้ง 2 ราย มีลักษณะทั่วไปคล้ายกัน อาการสำคัญและอาการแรกรับต่างกัน วินิจฉัยแรกรับเหมือนกันคือ Hyperkalemia แต่เข้าสู่ภาวะวิกฤติแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะวิกฤติ Cardiac arrested Acute respiratory failures on ventilator กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะวิกฤติ Acute subendocardial myocardial infarction ได้รับการรักษาด้วย CAG PTCA with Drug-Eluting Stent 1 vessel มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลักที่คล้ายกัน 1) เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Arrest ซ้ำ และหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอันตรายถึงชีวิตเนื่องมาจากมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง และประสิทธิภาพการชาบซึ้งของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงชั่วคราวจากการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 2) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เนื่องจากไตเสื่อมหน้าที่ 3) มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงซ้ำ เนื่องจากพร่องความรู้และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ที่แตกต่างกันคือกรณีศึกษาที่ 1 5) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงสัมพันธ์กับร่างกายมีภาวะเป็นกรดและมีภาวะน้ำเกิน 6) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ กรณีศึกษาที่ 2 7) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับหัตถการ PCI

คำสำคัญ: Chronic Kidney Disease, Hyperkalemia , FANCAS, กระบวนการพยาบาล

Abstracts

This study aimed to compare the FANCAS nursing conceptual framework in the care of patients with chronic kidney disease and hyperkalemia: Two cases study. Study instruments included the FANCAS health assessment tool and a data recording form. Analysis involved content analysis and a comparison of personal information, treatment plans, assessment findings based on the FANCAS framework, nursing diagnoses, and nursing care

Results: Both case studies shared similar baseline characteristics but differed in chief complaints and clinical progression despite a common initial diagnosis of hyperkalemia. Case 1 suffered cardiac arrest and acute respiratory failure requiring mechanical ventilation. Case 2 developed acute subendocardial myocardial infarction, managed with CAG and PTCA with a single drug-eluting stent. Shared nursing diagnoses included: 1) risk of recurrent cardiac arrest and lethal arrhythmias from hyperkalemia and reduced myocardial perfusion; 2) hyperkalemia secondary to renal dysfunction; 3) risk of hemodialysis complications; and 4) risk of recurrent

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

hyperkalemia due to self-care knowledge deficit. Key differences included: Case 1 5) Hypoxia from acidosis/fluid overload 6) Invasive device infection risks, and impaired communication from intubation; Case 2 7) post-PCI complications and risk of airway obstruction from post-PCI nausea and vomiting.
Keywords: Chronic Kidney Disease, Hyperkalemia, FANCAS, Nursing Process

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) **คือ การสูญเสียการทำงานของไตอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาเวลาหลายเดือนหรือหลายปี** เป็นปัญหารุนแรงสำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี 2565 - 2568 เพิ่มจาก 1,046,072 คน เป็น 1,145,586 คน เป็นผู้ป่วยระยะที่ 3-5 ประมาณ 670,000 คน 186,000 คน และ 100,000 คน[1] สาเหตุหลัก คือการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้ การอักเสบที่ไต การได้รับสารพิษหรือยาบางชนิด[2] หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอาจนำไปสู่การสูญเสียการทำงานของไต ซึ่งนำไปสู่ภาวะไตวาย และการผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ โดยเฉพาะภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนคุกคาม เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรงและเสียชีวิต[3] พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจล้มเหลว[4] ภาวะนี้พบได้ร้อยละ 8.0–54.0 ขึ้นอยู่กับระดับการกรองของไตที่ลดลง[5] อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการฟอกเลือดฉุกเฉินถึงร้อยละ 24.0[6] ปัจจัยส่งเสริมเกิดจากการใช้ยากลุ่ม RAAS inhibitors พฤติกรรมการบริโภค และความรู้ของผู้ป่วย ความยุ่งยากในการประเมิน คือผู้ป่วยจะไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนหากภาวะโพแทสเซียมสูงเล็กน้อย การจัดการจึงต้องครอบคลุมทั้งการรักษาภาวะวิกฤต ค้นหาสาเหตุ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากข้อมูลโรงพยาบาลหนองคาย (2566–2568) พบผู้ป่วย CKD เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะโพแทสเซียมสูงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (10, 14 และ 16 Visit/ปี) มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 6.25–10.0[7] ส่งผลต่อวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลคลินิกโรคไตจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแล โดยประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิด FANCAS ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) [8] FANCAS เป็นแนวคิดที่ใช้ประเมินและค้นหาภาวะคุกคามชีวิตในผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินในระบบสำคัญอย่างรวดเร็ว ช่วยให้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างรวดเร็ว ตรงประเด็น ครอบคลุมภาวะวิกฤติ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ทันท่วงที ลดความรุนแรง ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล และกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง: กรณีศึกษา ๒ ราย

วิธีการศึกษา

ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤติของ FANCAS ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้านดังนี้ (1) ด้านความสมดุลของน้ำ (F: Fluid balance) ประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำ ความสมดุลของสารน้ำอิเลกโตรไลท์ และกรด-ด่างในร่างกาย ประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด การไหลเวียนโลหิต (2) ด้านการหายใจ (A: Aeration) ประเมินระบบทางเดินหายใจและความเพียงพอของออกซิเจนในร่างกาย

(3) ด้านโภชนาการ (N: Nutrition) ประเมินภาวะโภชนาการ ระบบการย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย (4) ด้านการติดต่อสื่อสาร (C: Communication) ประเมินความต้องการในการสื่อสารและความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยทางการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ้น การรับรส และการสัมผัส (5) ด้านการทำกิจกรรม (A: Activity) ประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมและการเคลื่อนไหว (6) ด้านการกระตุ้น (S: Stimulation) ประเมินการตอบสนองตอสิ่งเร้าของผู้ป่วย เช่นระดับความรู้สึกตัว รีเฟล็กซตาง ๆ ตำแหน่ง และระดับของความเจ็บปวด 2) การตั้งวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การการวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ทบทวนข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในปี 2566-2568 ทบทวนเอกสาร วรรณกรรม เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในภาวะวิกฤติ

2) ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย

3) คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) ระหว่างปี 2567-2568 จำนวน ๒ กรณี จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุ 50 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการบำบัดด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงกว่า 6.0 mmol/L ในภาวะวิกฤติ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย

4) รวบรวมข้อมูลผู้บาดเจ็บ ได้แก่ ข้อมูล ส่วนบุคคล ประวัติผู้ป่วย การประเมินเบื้องต้น การประเมินอย่างละเอียด การให้การดูแลและรักษาเบื้องต้น ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) การดูแลรักษาเฉพาะที่งานห้องผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยสามัญ

5) ศึกษาค้นหาปัญหา โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) ตามกรอบแนวคิด FANCAS การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) 6) สรุป วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี โดยวิเคราะห์แก้ไขปัญหา เสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

7) นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนการเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

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

ผลการศึกษา

หมายเหตุ : นำเสนอตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลบางส่วน ตามการพยาบาลสำคัญ เร่งด่วน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Arrest ซ้ำและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอันตรายถึงชีวิตเนื่องมาจากมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง	**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 1 :** ประสิทธิภาพการซาบซึ้งของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงชั่วคราวจากการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ
ข้อมูลสนับสนุน: 1. ซึมปลุกตื่นลืมตา E4VTM6 2. ปัสสาวะน้อยกว่า 100 mL/day 3. ประวัติรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง 4. ประวัติ Post-cardiac arrest (ได้รับการ CPR Advanced Life Support) 5. ค่า Potassium 9/11/67 เวลา 17.30 น. = 7.21 mmol/L 6. EKG หลัง cardiac arrest RBBB block ST segment และ T wave (Lat, Inf) 7. สัญญาณชีพ: T36.6 ℃ P 78 ครั้ง/นาที R 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 167 /86 mmHg	**ข้อมูลสนับสนุน:** 1. รู้สึกตัวดี เหนื่อย แน่นหน้าอก pale conjunctiva 2. ไม่มีปัสสาวะออก 3. ประวัติ Loss HD 2 ครั้ง 4. ค่า Potassium 11/2/68 11.25 น. =7.39 mmol/L 5. EKG ST depression in leads I, aVL, V4-V6 6. Tiopronin I 11 /2/68 = 287.2 pg/ml 7. LDL 132 mg/dl 8. สัญญาณชีพคงที่: T36 ℃ P 78 ครั้ง/นาที R 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 178/98 mmHg
วัตถุประสงค์การพยาบาล: 1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 2. เพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอันตรายถึงชีวิต (เช่น VT, VF, Asystole) 3. เพื่อควบคุมและลดระดับโพแทสเซียมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย 4. เพื่อฟื้นฟูและรักษาความเสถียรของ ระบบไหลเวียนโลหิตและสัญญา**ณชีพ**	
เกณฑ์การประเมินผล: 1. ผลตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในช่วงปกติ 3.5 - 5.0 mmol/L 2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็น Normal Sinus Rhythm ไม่พบ Tall peaked T-wave, QRS กว้าง หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอันตราย (VT/VF) 3. สัญญาณชีพปกติ T 36.5 - 37.4 ℃ HR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที SBP 90-130 mmHg O_2 saturation > 94 % MAP > 65 มม.ปรอท 4. ไม่พบอาการของภาวะ Hyperkalemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหน็บชา หรือภาวะช็อก 5. ไม่พบภาวะ Cardiac Arrest ซ้ำ	
กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินสัญญาณชีพและ Monitor ECG แบบต่อเนื่อง (Continuous ECG Monitoring) 2. เฝ้าระวังลักษณะคลื่นหัวใจที่บ่งชี้ Hyperkalemia (Tall peaked T wave, Widened QRS complex) และภาวะ VT/VF 3. เตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (Crash Cart, Defibrillator, Suction, Airway Management Equipment) ให้พร้อมใช้งานข้างเตียงตลอดเวลา 4. ดูแลทางเดินหายใจและการหายใจ ตามแผนการรักษา on ventilator PCV mode TV 14 cc PEEP 5 BR 14/ m Fio2 0.4 cuff pressure 30 keep O2 > 94 % และ $PaCO_2$ ในช่วง 35-45 mmHg ควบคุมระดับความดันโลหิต (Target MAP 65 mmHg) เพื่อรักษา Perfusion ของสมองและหัวใจ (กรณีที่ 1) 5. ให้ยาตามแผนการรักษา 10% Calcium Gluconate 10 ml IV slow push ใน 2-5 นาที, Regular Insulin (RI) 10 units ร่วมกับ 50% Glucose 50 mL IV push, Kalimate 30 g + น้ำ 50 ml via NG ทุก 3 ชม. X 3 dose 6. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกัน Hypoglycemia ทุก 1-4 ชม. 7. ดูแลส่งทำ HD ตามแผนการรักษา	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
8. เตรียมและให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำ PCI ตามแผนการรักษา (กรณีที่ 2)	
ประเมินผลการพยาบาล:	**ประเมินผลการพยาบาล:**
1. ผลตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในช่วงปกติ 5.29 mmol/L 2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็น Normal Sinus Rhythm ไม่พบ Tall peaked T-wave, QRS กว้าง หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอันตราย (VT/VF) 3. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ในช่วง Systolic 145 / 78 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) อยู่ในช่วง 70-80 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ 5. ไม่พบภาวะ Cardiac Arrest ซ้ำ 5. ไม่พบอาการของภาวะ Hyperkalemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหน็บชา หรือภาวะช็อก จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 14/11/67 LOS 6.05	1. ผลตรวจระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในช่วงปกติ 4.35 mmol/L 2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็น Normal Sinus Rhythm ไม่พบ Tall peaked T-wave, QRS กว้าง หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอันตราย (VT/VF) 3. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ในช่วง Systolic 110 / 68 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) อยู่ในช่วง 66-68 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ 6. หลังทำ PCI ไม่พบภาวะผิดปกติรุนแรง 5. ไม่พบภาวะ Cardiac Arrest ซ้ำ 5. ไม่พบอาการของภาวะ Hyperkalemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหน็บชา หรือภาวะช็อก จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 19 ก.พ. 2568 Los 6.54
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 2 : มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เนื่องจากไตเสื่อมหน้าที่	
ข้อมูลสนับสนุน: 1. ซึมปลุกตื่นลืมตา E4VTM6 2. ปัสสาวะน้อยกว่า 100 mL/day 3. ประวัติรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง 4. ผลการตรวจ Potassium = 7.21 mmol/L (11/7/67) 5. EKG หลัง cardiac arrest RBBB block 6. สัญญาณชีพ: T36.6 °C P 78 ครั้ง/นาที R 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 167 /86 mmHg 6. Hemodialysis 2 ครั้ง/สัปดาห์	**ข้อมูลสนับสนุน:** 1. รู้สึกตัวดี เหนื่อย แน่นหน้าอก pale conjunctiva คลื่นไส้อาเจียน 2. ไม่มีปัสสาวะออก 3. ประวัติ Loss HD 2 ครั้ง 4. ผลการตรวจ Potassium = 7.39 mmol/L (11/7/67) 5. EKG พบ ST depression in leads I, aVL, V4-V6 6. สัญญาณชีพ: T36 °C P 78 ครั้ง/นาที R 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 178/98 mmHg 7. Hemodialysis 2 ครั้ง/สัปดาห์
วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อลดระดับโพแทสเซียมในเลือดให้กลับสู่ภาวะปกติ	
เกณฑ์การประเมินผล: 1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของโพแทสเซียมในเลือดสูง 2. สัญญาณชีพปกติ T 36.5 - 37.4 °C HR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที SBP 90-130 mmHg O_2 saturation > 94 % MAP > 65 มม.ปรอท 3. ไม่พบคลื่นไฟฟาหัวใจที่ผิดปกติ เต้นผิดจังหวะ เช่น PVC, Short run, VT/VF, Wild QRS, tall T wave 4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับโพแทสเซียมในเลือด 3.5 – 5.5 mmol/L 5. ปัสสาวะออก 0.5 - 1.0 cc/kg/ชม.	
กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เช่น การตอบสนองของ Reflex เร็วขึ้น คลื่นไส้อาเจียน ลำไส้หยุดทำงาน หัวใจเต้นเร็ว 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อย่างน้อยทุก 15 นาทีหรือถี่กว่านั้นเมื่อมีอาการไม่คงที่ 3. ตรวจและติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
4. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย หากลดลง หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย หายใจลำบาก ดูแล ให้ได้รับออกซิเจนทันที ร่วมกับประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา 10% Calcium Gluconate 10 ml IV slow push ใน 2-5 นาที, Regular Insulin (RI) 10 units ร่วมกับ 50% Glucose 50 mL IV push, Kalimate 30 g + น้ำ 50 ml via NG ทุก 3 ชม. X 3 dose 6. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อลดการทำงานของหัวใจ 7. ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกร่างกาย	
ประเมินผลการพยาบาล: 1. รู้สึกตัวดี รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หายใจลำบาก สับสน หรือวิงเวียน 2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ในช่วง Systolic 145 / 78 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) อยู่ในช่วง 70-80 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ 3. ผล EKG ไม่พบ VT/VF, Wild QRS, tall T wave 4. ผลตรวจเลือด Potassium = 5.29 mmol/L (ปกติ) 5. ปัสสาวะออก 1.47 cc/kg/ชม.	**ประเมินผลการพยาบาล:** 1. รู้สึกตัวดี รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย สับสน หรือวิงเวียน 2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ในช่วง Systolic 110 / 68 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) อยู่ในช่วง 66-68 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ 3. ผล EKG ไม่พบ VT/VF, Wild QRS, tall T wave 4. ผลตรวจเลือด Potassium = 4.35 mmol/L (ปกติ) 5. ปัสสาวะออก 0 cc/kg/ชม.
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 3: มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	
ข้อมูลสนับสนุน: 1. ซึมปลุกตื่นลืมตา E4VTM6 2. ปัสสาวะน้อยกว่า 100 mL/day 3. ประวัติรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง 4. ผลการตรวจ - Potassium = 7.21 mmol/L (11/7/67) - BUN 74.07 mg/dl - Creatinine 6.54 mg/dl - Sodium 132 mmol/L-Chloride 90.8mmol/L - eGFR 6 ml/min/l 5.สัญญาณชีพ: T36.6 ℃ P 84 ครั้ง/นาที R 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 164 /80 mmHg 6. Hemodialysis Lt. AVE 2 ครั้ง/สัปดาห์	**ข้อมูลสนับสนุน:** 1. รู้สึกตัวดี เหนื่อย แน่นหน้าอก pale conjunctiva คลื่นไส้อาเจียน 2. ไม่มีปัสสาวะออก 3. ประวัติ Loss HD 2 ครั้ง 4. ผลการตรวจ - Potassium = 7.39 mmol/L (11/7/67) - BUN 130.11 mg/dl- Creatinine 18.90mg/dl - Sodium 136.4 mmol/L - Chloride 88.6 mmol/L - eGFR 2 ml/min/l 6. สัญญาณชีพ: T36° C P 78 ครั้ง/นาที R 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/74 mmHg 7. Hemodialysis Rt. AVE 2 ครั้ง/สัปดาห์
วัตถุประสงค์การพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดอย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	
เกณฑ์การประเมินผล: 1. ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมครบ 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการฟอกเลือด เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด อาเจียน ความดันโลหิตต่ำตะคริวกล้ามเนื้อ คลื่นไส้และปวดศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเร็วเกินไป หัวใจหยุดเต้น หยุดหายใจ	
กิจกรรมการพยาบาล: 1. จัดท่าให้ผู้ป่วยสูง 30 องศา 2. ประเมินสภาพและตรวจร่างกาย ตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. เตรียมตัวกรองเลือด เครื่องไต เทียมและระบบน้ำบริสุทธิ์ให้ พร้อมใช้งาน	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

<table>
<tr><th>กรณีศึกษาที่ 1</th><th>กรณีศึกษาที่ 2</th></tr>
<tr><td colspan="2">4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น
5. ดูแลและเฝ้าระวังสัญญาณชีพและการแพ้ ตัวกรองเลือด เช่น กระสับกระส่าย หายใจหอบ เจ็บ แน่นหน้าอก 6. เฝ้าระวัง อาการ Intradialytic Disequilibrium syndrome (IDDS) ใช้ตัวกรองเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ รายที่ 1-2 Dialyzer 2.1 ต.ร.ม
7. เปิดอัตราการไหลของเลือด 300 มิลลิลิตร/นาที อัตราการไหลของ น้ำยา Dialysate 500 มิลลิลิตร/ นาที
อุณหภูมิ 36.5 °C น้ำยา Bicarbonate Dialysate 32 meq/L Na 135 mEq/L Conductivity 135-145 ms/cm
8. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ตาม Hemodialysis Flow Chart ของ โรงพยาบาลหนองคาย</td></tr>
<tr><td>ประเมินผลการพยาบาล:
1. ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมครบ 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
2. ขณะฟอกเลือด ความดันโลหิตต่ำ 84/59 mmHg P 100 ครั้ง/นาที R 22 ครั้ง/นาที ให้ 50% Glucose 50 ml และ NSS 150 cc หลังฟอกเลือด ความดันโลหิตปกติ 153/89 mmHg P 86 ครั้ง/นาที R 18 ครั้ง/นาที</td><td>ประเมินผลการพยาบาล:
1. ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียมครบ 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
2. ขณะ หลัง ฟอกเลือด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน P 86 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/61 mmHg</td></tr>
<tr><td>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 4: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงซ้ำ เนื่องจากพร่องความรู้และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง</td><td></td></tr>
<tr><td>ข้อมูลสนับสนุน:
1. Potassium =7.21 mmol/L
2. DTX= 479 mg%
3. มีประวัติไม่จำกัดประเภทอาหาร</td><td>ข้อมูลสนับสนุน:
1. Potassium =7.39 mmol/L
2. ก่อนมานอนโรงพยาบาล มีประวัติ Loss HD 2 ครั้ง เนื่องจากเหนื่อยอ่อนเพลีย
3. มีประวัติ hyperkalemia ครั้งที่ 2</td></tr>
<tr><td colspan="2">วัตถุประสงค์การพยาบาล:
1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงซ้ำ
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแล ปฏิบัติในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ มาตรวจรักษา ตามแผนหารักษา พยาบาล</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าใจ ตอบการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง</td></tr>
<tr><td colspan="2">กิจกรรมการพยาบาล:
1. ให้ข้อมูลเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัว ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้
D- Diagnosis: ให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาต่อเนื่อง การมาทำ HD ตามนัด
M-medicine: อธิบายสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ข้อควรระวังในการใช้ยาการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา
E- environment: ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดของที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ
T- treatment: กรณีศึกษาที่ 2
1) คำแนะนำในการดูแลแผลที่ใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ
- ดูแลแผลตำแหน่งแผลขาหนีบห้ามโดนน้ำประมาณ 3 วัน ให้แผลแห้งอยู่เสมอห้ามทาแป้งหรือโลชั่นบริเวณแผล 1 สัปดาห์ - สังเกตบริเวณตำแหน่งแผลมีเลือดออก บวมมีก้อนมากกว่าเดิมหรือมีอาการแสดงว่าติดเชื้อ เช่น แผลแดง มีน้ำเหลือง มีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์
- หลีกเลี่ยงการออกแรงขาข้างที่ทำหัตถการการ เช่น ขับรถสตาร์ทรถ ปั่นรถจักรยาน ทำงานหนัก ยกของหนักมากกว่า 5 กิโลกรัม ประมาณ 1 - 2 อาทิตย์
- หลีกเลี่ยง นั่งยองๆนั่งขัดสมาธิ หรือใส่เสื้อผ้ารัดแน่น ห้ามผลัก
- หากไอ จามหรือออกแรงเบ่ง ใช้มือกดเหนือบริเวณแผลไว้
2) คำแนะนำในการดูแลแผลที่ใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ</td></tr>
</table>

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
- หลังสวนหัวใจแล้ว 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำและถูสบู่ได้ แต่ควรปฏิบัติอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการแช่ตัวในอ่างอาบน้ำห้ามทาแป้ง หรือโลชั่นบริเวณแผล 1 สัปดาห์หลังการสวนหัวใจ - หลีกเลี่ยงการบิดงอ ข้อมือและการเกร็งหรือใช้ข้อมือนานๆ ห้ามใช้แขนข้างที่ทำหัตถการสวนหัวใจ ยกสิ่งของที่มีน้ำหนักมากกว่า 5 ปอนด์หรือ 2.27 กิโลกรัม เป็นระเวลา 5 วัน **H - Health**: การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้เดินออกกำลังกายเบาๆ **O - Outpatient:** HD Compliance: เน้นย้ำความสำคัญของการฟอกเลือดตามรอบอย่างเคร่งครัด (ไม่ขาด/ไม่เลื่อนรอบ HD) ให้มาตรวจและทำ HD ตามนัด **D- Diet:** การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ งดดื่มสุรา 1) ใช้รูปภาพหรือโมเดลอาหาร (Visual aids) แสดงกลุ่มผักโพแทสเซียมสูงและต่ำ เพื่อให้จดจำง่าย 2) ให้ผู้ป่วยบอกชื่อผักโพแทสเซียมสูงที่ตนเองชอบและวิธีเลี่ยงหรือจำกัดปริมาณได้ 3) สอนเทคนิคการล้างและลวกผักเพื่อรีดโพแทสเซียม (Leaching Technique): - นำผักที่ชอบมาปอกเปลือก (ถ้ามี) และ หั่นเป็นชิ้นเล็กๆ หรือชิ้นบางๆ เพื่อเพิ่มพื้นที่ผิวสัมผัส - นำไป แช่ในน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาด ปริมาณมากๆ เป็นเวลาอย่างน้อย 30 - 60 นาที - นำผักขึ้นมาแล้ว ต้มในน้ำเดือด (ลวก) โดยใช้อัตราส่วนน้ำต่อผัก 5:1 เป็นเวลา 5-10 นาที - เทน้ำต้มผักทิ้งทั้งหมด ห้ามนำน้ำลวกผักไปทำน้ำซุปเด็ดขาด และนำเนื้อผักไปปรุงอาหารตามปกติ 4) สอนให้ผู้ป่วยตักผักรับประทานไม่เกิน 1-2 ทัพพีต่อมื้อ (เน้นกินเนื้อสัตว์ไข่ขาว/เนื้อปลา) 5) หลีกเลี่ยงกับดักโพแทสเซียมแฝง: งดการใช้ซอสปรุงรสโซเดียมต่ำ (Low Sodium Sauce) เพราะซอสเหล่านี้มักใช้เกลือโพแทสเซียมคลอไรด์แทนเกลือโซเดียม ซึ่งอันตรายมากสำหรับผู้ป่วยไตวาย 6) ให้ผู้ป่วย/ญาติ จดบันทึกไดอารี่อาหาร (Food Diary) ที่รับประทานในแต่ละวัน แล้วนำมาให้พยาบาลและแพทย์ช่วยประเมินในการมาฟอกเลือดทุกครั้ง 2. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการรักษาพยาบาล 3. ให้ความมั่นใจในการรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพแก่ครอบครัว เพื่อให้ญาติเกิดความไว้วางใจ	
ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าใจ ตอบการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	**ประเมินผลการพยาบาล:** ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าใจ ตอบการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 5: มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงสัมพันธ์กับร่างกายมีภาวะเป็นกรดและมีภาวะน้ำเกิน (กรณีศึกษาที่ 1)	
ข้อมูลสนับสนุน: 1. T 36.3 °C P 78 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 190/110mmHg RA O_2 saturation = 88 % 2. หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบลำบาก (Orthopnea) ฟังปอดพบ Crepitation ทั้งสองข้าง มีอาการบวมกดบุ๋ม (Pitting edema) หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (JVP engorged) 3. CXR pulmonary congestion 4. on ventilator PCV mode TV 14 cc PEEP 5 BR 14/m Fio2 0.4 cuff pressure 30 keep O_2 saturation > 94 % 5. ABG: pH: 7.344 pCO_2: 44.4 mmHg, pO_2: 78.7 mmHg, K 5.60 mmol/L, HCO_3^-: 24.4 mmol/L, Anion Gap 11.9	
วัตถุประสงค์การพยาบาล: 1. เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ 2. ส่งเสริมให้การหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพ	
เกณฑ์การประเมินผล: 1. ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสียงลมเข้าปอดและทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราและลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหายใจเบาเร็ว อัตราการหายใจ (respiration rate: RR) 12-24 ครั้ง/นาที 2. ผู้ป่วยไม่บ่นหายใจเหนื่อย ไม่มีหายใจหอบลึก	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีอาการสับสน กระสับกระส่าย 4. ไม่พบ peripheral cyanosis ปลายมือปลายเท้าและริมฝีปากไม่เขียวชีด 5. สัญญาณชีพปกติ T 36.5 - 37.4 °C HR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที SBP 90-130 mmHg O_2 saturation > 94 % MAP > 65 มม.ปรอท 6. ค่าความดันก๊าซในเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ABGs ปกติ (pH 7.35 – 7.45, PaCO2 35 – 45 mmHg , PaO_2 80 –100 mmHg, HCO_3 22 –26 mEq/liter, PaO_2/FiO2 ratio สูงกว่า 300 mmHg, endtidal-CO 35-45 mmHg) 7. ไม่มีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ 8. ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบภาวะปอดแฟบ (atelectasis)	
กิจกรรมการพยาบาล: 1. สังเกต บันทึก อัตราการหายใจและลักษณะการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินว่ามีการหายใจ ตื่นเร็ว หอบลึก เหนื่อยหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ ประเมินว่าการหายใจสัมพันธ์กับ เครื่องช่วยหายใจหรือไม่เสียงลมเข้าปอดและการขยายของทรวงอกว่าเท่ากันทั้งสองข้างหรือไม่ 2. สังเกตอาการและอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ สีผิวบริเวณริมฝีปากและเล็บ มีลักษณะเขียวชีด หายใจเหนื่อย หอบ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สับสน กระสับกระส่าย หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวรีบรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือในทันที 3. สังเกต บันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O2sat) ค่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจ ออก (endtidal-CO_2) ติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas: ABG) PaO/FIO, ratio และผลเอกซเรย์ปอด รายงานให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษา 4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาในกรณีผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ปฏิบัติดังนี้ 4.1 ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเสมอ โดยการดูดเสมหะด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ 4.3 ดูแลให้ออกซิเจน 100% อย่างน้อย 30 วินาทีก่อนและหลังดูดเสมหะ 4.4 บันทึกตำแหน่งและตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจทุก 8 ชั่วโมง ป้องกันท่อเลื่อนหลุดจากตำแหน่ง 5. ภายหลังเอาท่อช่วยหายใจออก ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยสอนและแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตัวดังนี้ 5.1 แนะนำหายใจเข้า-ออกลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในลักษณะหายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ ช่วยส่งเสริมการขยายตัวของปอด 5.2 สอนวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขจัดเสมหะคั่งค้าง โดยหายใจเข้าออกลึกๆ 2-3 ครั้ง หลังจากนั้นให้หายใจเข้าลึกๆ กลั้นหายใจสักครู่ หายใจออกพร้อมไอออกมาแรงๆ 2-3 ครั้ง ติดต่อกัน ช่วยดูดเสมหะในภาวะที่ไม่สามารถไอออกได้เอง สังเกตลักษณะของเสมหะ จำนวน สี รวมถึงประเมินลักษณะการหายใจและการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพของผู้ป่วยขณะฝึกไอ 5.3 สอนวิธีบริหารปอดโดยใช้เครื่องเป่าบริหารปอด (incentive spirometer) เพื่อช่วยส่งเสริมการขยายตัวของปอด โดยปรับตัวเลขให้เหมาะสมกับปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยจะได้จากการ หายใจ 1 ครั้ง โดยพิจารณาจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมคูณด้วย 5 เท่า หรือพิจารณาจากอาการของ ผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลองดูดลูกบอลในเครื่องและลอยค้างไว้ประมาณ 10-15 วินาที แล้วจึง ปล่อยลูกบอลลง กระตุ้นให้ดูดอย่างน้อย 10 รอบ/ครั้ง และทำทุก 2 ชั่วโมง 5.4 กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงได้โดยเร็ว (early ambulation) ทันทีที่ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและไม่มีข้อห้าม เพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอด	
ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสียงลมเข้าปอดและทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ (respiration rate: RR) 14-24 ครั้ง/นาที ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีอาการสับสน กระสับกระส่าย ไม่พบ peripheral cyanosis ปลายมือปลายเท้าและริมฝีปากไม่เขียวชีด ABGs pH 7.352 ,$PaCO_2$ 30.8 mmHg ,PaO_2 99.9 mmHg ,HCO_3 17.2 mEq/liter, PaO2/FiO2 ratio 270.5 mmHg, end tidal-CO 35 mmHg) O_2 saturation 100 % ไม่มีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบภาวะปอดแฟบ (atelectasis) On ventilator 3 วัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจ และหายใจได้ปกติ รู้ตัว ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ T36.8 °C P64ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 164/70mmHg O_2 saturation 100 %	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ (กรณีศึกษาที่ 1)	
ข้อมูลสนับสนุน: 1. T 36.3 °C P 78 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 190/110 mmHg RA O_2 saturation = 88 % 2. หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบลำบาก (Orthopnea) ฟังปอดพบ Crepitation ทั้งสองข้าง มีอาการบวมกดบุ๋ม (Pitting edema) หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (JVP engorged) 3. CXR pulmonary congestion 4. on ventilator PCV mode TV 14 cc PEEP 5 BR 14/m Fio2 0.4 cuff pressure 30 keep O_2 saturation > 94 % 5. Retain foley catheter 6. WBC 6150 103/ul N 64.9 % L24.5 % Hct 41.5 % PLT190 103/ul	
วัตถุประสงค์การพยาบาล: 1. ป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 2. ไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	
เกณฑ์การประเมินผล: 1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ SIRS ได้แก่ T 36.5 - 37.4 C^0 HR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที SBP 90-130 mmHg O_2 saturation > 94 % MAP > 65 มม.ปรอท 2. ปัสสาวะปกติ ไม่ขุ่น เป็นตะกอน มีหนอง 3. WBC 5,000-10,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิลิตร 4. ผลการตรวจทางรังสีปอดปกติ	
กิจกรรมการพยาบาลป้องกันปอดอักเสบ ตาม VAP Bundle ได้แก่ Wean, Hand hygiene, Aspiration precaution, Prevent contamination, Oral care. 1. การประเมินและการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2. การทำความสะอาดมือของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องก่อน-หลังดูแลผู้ป่วย ดูแลให้การพยาบาลโดยยึดหลัก aseptic technique และ sterile technique 3. การพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ 4. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ป้องกันการสำลัก 5. ให้อาหารทางสายโดยวิธี continuous feeding หรือ intermittent feeding 6. การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโดยการแยกอุปกรณ์ของใช้ผู้ป่วยและการใช้ห้องแยก 7. ดูดเสมหะด้วยหลักปราศจากเชื้อ 8. ดูแลความสะอาดในช่องปากด้วยการแปรงฟันและลิ้นวันละ 2-3 ครั้ง โดยใช้0.15 % chlorhexidine oral 9. เปลี่ยนสาย proximal tube และ หัว ambubag ทุก 24 ชั่วโมงและน้ำใน water trap ทิ้งเสมอก่อน 10. พลิกตัวผู้ป่วยระวังไม่ให้น้ำไหลเข้าทางผู้ป่วย 11. ดูแลท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมไม่หัก พับ งอ 12. ยึดตรึงท่อหลอดลมคอระวังไม่ให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 13. วัด intracuff pressure ของท่อหลอดลมทุก 8 ชั่วโมงและ ปรับ intracuff pressure 20-25 mmHg 14. ใช้น้ำปราศจากเชื้อใน humidifier ของเครื่องช่วยหายใจการเปิด ปิดฝาเครื่องด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ 15. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อ 16. ดูแลให้ยาต้านจุลชีพตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา 17. ติดตามผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก **กิจกรรมการพยาบาลป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (เพิ่ม)** 18 ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เช่น ท้องท้อง กดเจ็บ มีไข้	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
19. ดูสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด ห้อยต่ำกว่าระดับเอว 20. สังเกตสีปัสสาวะ ขุ่นมีตะกอน ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 21. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1-4 ชั่วโมง 22. ติดตามผลการตรวจวิเคราะห์เม็ดเลือดขาวตามแผนการรักษา นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ ถ้าเข้าตามเกณฑ์ SIRS รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป	
ประเมินผลการพยาบาล: วันที่ 3 สัญญาณชีพคงที่ BT 36.7 ℃ BP 120-129/80-90 mmHg PR 60-100 bpm RR 16-24 bpm WBC 5,130 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิลิตร ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ ไม่พบภาวะปอดอักเสบ วันที่ 4 ปัสสาวะปกติ ไม่ขุ่น ไม่เป็นตะกอน ไม่มีหนอง ไม่มีไข้ BT 36.7 ℃ BP 120-129/80-90 mmHg PR 60-100 bpm RR 16-24 bpm WBC 5130 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิลิตร ไม่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับหัตถการ PCI (กรณีศึกษาที่ 2)	
ข้อมูลสนับสนุน: 1. EKG พบ ST depression in leads I, aVL, V4-V6 2. อาการแสดง เจ็บแน่นหน้าอก นอนราบได้ 3. หัตการ PROCEDURE-ONE VESSEL 3.1 INSERT 1 VASCULAR STENT 3.2 PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) 3.3 Ins drug-eluting coronary st (Insertion of drug-eluting coronary stent) 3.4 Coronary arteriography using two catheters 3.5 On sheath RFA On AVF แขนขวา	
วัตถุประสงค์การพยาบาล: 1. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ำ, EKG ไม่พบ ST-T segment changes เพิ่มขึ้น 2. ลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการสวนหัวใจ (CAG) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยขดลวด (PCI)	
เกณฑ์การประเมินผล: 1. Pain score =0 2. EKG ไม่พบ ST-T depression เพิ่มขึ้น 3. Puncture site แห้งดี, Dorsalis pedis/Radial pulse เต้นชัดเจน (Grade 2+), Capillary refill time <2 วินาที 4. สัญญาณชีพปกติ T 36.5 - 37.4 ℃ HR 60-100 ครั้ง/นาที RR 16-24 ครั้ง/นาที SBP 90-130 mmHg O_2 saturation > 94 %	
กิจกรรมการพยาบาล: **เตรียมความพร้อมก่อนตรวจสวนหัวใจ** 1. ซักประวัติและประเมินเกี่ยวกับอาการของโรคของผู้ป่วยโรคประจำตัวโรคทางพันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพและอาการต่างๆ 2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินอาการเขียวคล้ำ การไหลเวียนของหลอดเลือดฝอย (capillary refilling) อาการบวม หลอดเลือดดำที่คอโป่งตึง คลำชีพจร แขน-ขาและเปรียบเทียบทั้ง 2 ข้าง 3. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติแนะนำการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังทำหัตถการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดง โดยใช้วีดีโอ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม 4. ประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติ 5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา 6. ให้สารน้ำตามแผนการรักษา 7. เจาะเลือดและติดตามผลเลือด	

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ระหว่างกรณีศึกษาที่ 1 และกรณีศึกษาที่ 2

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
8. เตรียมความสะอาดโกนขนบริเวณตั้งแต่หัวหน่าว ขาหนีบทั้ง 2 ข้างจนถึงเข่า และบริเวณแขนจนถึงข้อพับแขนทั้ง 2 ข้างและทำความสะอาด ก่อนทำหัตถการ 9. ให้รับยาต้านเกล็ดเลือดและหยุดยาเบาหวานและต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา **การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะทำหัตถการ GAC – PCI** 1. เตรียมอุปกรณ์ 2. จัดท่านอนหงายราบ ยกศีรษะสูง ไม่เกิน 30 องศา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าขณะแพทย์ถอดท่อนำสายสวนออกและกดแผลเพื่อห้ามเลือดจะรู้สึกปวดแผล ไม่ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถหรือขยับขาข้างที่ทำ แพทย์จะใช้เวลากดแผล ห้ามเลือดให้ผู้ป่วยประมาณ 20 นาที หรือจนกว่าเลือดจะหยุด 4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอน การปฏิบัติตัวเป็นระยะขณะทำการ ถอดท่อนำสายสวน 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ติดตามการทำงานของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) ขณะกดแผลเตรียม รถฉุกเฉิน ยาช่วยชีวิตและเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ 6. ในกรณีที่ประเมินพบว่ามีเลือดซึม จากตำแหน่งที่ถอดท่อนำสายสวนออก หรือมีการเซาะของเลือดใต้ผิวหนังให้ กดเลือดทันทีตามวิธีการกดหยุดเลือด จนกระทั่งไม่มีเลือดซึมหรือมีการเซาะอยู่ และรายงานแพทย์	
การพยาบาลป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ GAC – PCI 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ เสียงปอดและหัวใจ อาการชาหรือปวดขา 2. Monitor EKG ติดตามภาวะ arrhythmia อย่างต่อเนื่อง 3. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะปกติ 4. ตรวจสอบและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท 5. ปิดทับแผล pressure Dressing 6. ประเมิน ตรวจสอบอาการ ปวด บวม แดง ร้อน มีเลือดออกซึมหรือก้อนเลือดคั่ง (Hematoma) ปลายนิ้วซีดหรือม่วงคล้ำ ตำแหน่งใส่สายสวนหลอดเลือดแดงสวนปลาย ทุก 15-30 นาที ในช่วงแรก 7. คลำชีพจรส่วนปลาย (เช่น Radial หรือ Dorsalis pedis pulse) และประเมินสีผิว อุณหภูมิ และความรู้สึกบริเวณแขนหรือขาข้างที่ทำหัตถการทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดอุดตัน 8. ประเมินอาการข้างเคียงของยาหรือสารทึบรังสีที่ได้รับขณะทำหัตถการ เช่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก 9. ดูแลแนะนำให้ผู้ป่วยนอนราบหรือยกศีรษะสูงเล็กน้อยตามคำแนะนำของแพทย์ และห้ามงอแขนหรือขาข้างที่ใส่สายสวน เพื่อป้องกันเลือดออก 10. สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารทึบรังสี (Contrast media) ติดตามบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย (Fluid intake/output) และติดตามค่าการทำงานของไต (BUN, Cr) เนื่องจากสารทึบรังสีอาจมีผลต่อไต 11. ดูแลให้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drugs) หรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งสังเกตอาการเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะมีสีแดง หรือรอยฟกช้ำตามร่างกาย	
ประเมินผลการพยาบาล: ระหว่างทำ HR 66-70 ครั้ง/นาที RR 18-20 ครั้ง/นาที BP 100/77 mmHg O_2 saturation 95-97 % หลังทำ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ขาบวม รับประทานอาหารได้น้อย หลังได้รับยา อาการทุเลา บริเวณ Puncture ไม่มีเลือดออก หรือ Hematoma สัญญาณชีพปกติ	

สรุปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ความเหมือน (Similarities) ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัว DM HT CKD stage 5 ที่มีภาวะ Uremia รุนแรง HD AVF 2 ครั้ง/สัปดาห์ มีภาวะ Hyperkalemia และได้รับตอบสนองต่อการรักษาฉุกเฉินด้วยยา 10% Calcium Gluconate 10 ml IV slow push ใน 2-5 นาที, Regular Insulin (RI) 10 units ร่วมกับ 50% Glucose 50 mL IV push, Kalimate 30 g + น้ำ 50 ml via NG ทุก 3 ชม. X 3 dose จนระดับ Potassium ลดลงสู่ระดับ

ปลอดภัย การวิเคราะห์ความแตกต่าง (Differences) กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะ Severe Hyperkalemia-induced Cardiac Arrest & Cardiac Failure ร่วมกับ ภาวะ Pulmonary Congestion และ Acute Respiratory Failure ทำให้ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ET- Tube) ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) on ventilator PCV mode TV 14 cc PEEP 5 BR 14/ m Fio2 0.4 cuff pressure 30 keep O_2 saturation > 94 % และ $PaCO_2$ ในช่วง 35-45 mmHg เพื่อรักษา Perfusion ของสมองและหัวใจ และมีภาวะน้ำเลือดในสูงกว่ากรณีศึกษาที่ 2 มาก (DTX 479:220 mg%) กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะ Acute Coronary Syndrome (NSTEMI) ได้รับการรักษาด้วย CAG PTCA with Drug-Eluting Stent 1 vessel กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการพยาบาลคล้ายกัน คือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1) เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Arrest ซ้ำและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอันตรายถึงชีวิตเนื่องมาจากมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง และประสิทธิภาพการซาบซึ้งของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงชั่วคราวจากการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 2) มีภาวะเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ กรดด่างและของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ 3) มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เนื่องจากไตเสื่อมหน้าที่ 4) มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 10) เสี่ยงต่อภาวะพร่องสารอาหาร และภาวะสมดุลเกลือแร่โพแทสเซียมผิดปกติซ้ำ 12) ญาติวิตกกังวล เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามชีวิต 13) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงซ้ำ เนื่องจากพร่องความรู้และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน 7 ข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาล ที่แตกต่างคือกรณีศึกษาที่ 1 ข้อวินิจฉัยที่ 5) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง 7) มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงสัมพันธ์กับร่างกายมีภาวะเป็นกรดและมีภาวะน้ำเกิน 8) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ 11) การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ 14) มีภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง และการถูกผูกมัดยึดตรึง 15 เสี่ยงต่อการสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนัง หรือเกิดแผลกดทับ เนื่องจากการจำกัดการเคลื่อนไหว 16) ไม่สุขสบายกายและจิตใจเนื่องจากการถูกผูกมัดยึดตรึงและการระคายเคืองจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ กรณีศึกษาที่ 2 ข้อวินิจฉัยที่ 6) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับหัตถการ PCI 9) เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น สัมพันธ์กับอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังทำ PCI 17) ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการคลื่นไส้อาเจียน

ภาวะ Hyperkalemia เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการจัดการภาวะคุกคามชีวิต การเฝ้าระวังระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจล้มเหลว และดูแลต่อเนื่องทุกระยะ การพยาบาลที่สำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การรักษาพยาบาลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของน้ำ สารอิเล็คโตรลัยท์และกรดด่าง การจัดการภาวะเครียดและวิตกกังวลตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ หัวใจล้มเหลว ซึ่งอาจคุกคามให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายได้[9] นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการปรับตัวกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในระหว่างการเจ็บป่วยกะทันหัน ช่วยประคับประคองผู้ป่วยและญาติในการเผชิญปัญหาและการรักษาในแต่ละระยะของการดำเนินของโรค การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด ความไม่สุขสบายจากการจำกัดการเคลื่อนไหว การสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าร่างกาย การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด

ทางเดินหายใจ สายสวนปัสสาวะ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน มีบทบาทในการสื่อสารให้ข้อมูลอาการ แผนการรักษา การพยากรณ์โรค การวางแผนจำหน่าย เพื่อลดความวิตกกังวล เสริมความมั่นใจ[10] พยาบาลได้ให้ข้อมูลวางแผนจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ใช้แนวคิด FANCAS ในการรวบรวมข้อมูล และการประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤติ และใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนในการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสุชัญญ์ญา เดชศิริ[11] น้ำทิพย์ คำนึง[9] รังสิมา ครอสูงเนิน และคณะ[12] เบญจพร พัฒนากร[13] ศิริพร พิมจันนา[14] และ ยุพดี ดู่ป้อง[15]

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมรับฟังคำแนะนำ การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงซ้ำเนื่องจากพร่องความรู้และขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง

2. นำแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS ไปปรับใช้ในการประเมินภาพผู้ป่วยวิกฤติอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. เจาะลึกระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2567]; เข้าถึงจาก https://www.hfocus.org/content/2026/03/37361
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. D'Alessandro, C., Piccoli, G. B., Cupisti, A., Pardini, E., Mannucci, C., Serio, P., Morganti, R., & Barsotti, G. Prevalence and correlates of hyperkalemia in a renal nutrition clinic. Emergency Medicine 2021; 16(1): 25–32. [Internet]. 2025. [cited 2025 Oct 8]. Available: https://doi.org/10.1007/s11739-020-02353-9.
4. van Boemmel-Wegmann, S., Bauer, C., Schuchhardt, J., Hartenstein, A., James, G., Pessina, E., & Liu, Q. Hyperkalemia incidence in patients with non-dialysis chronic kidney disease: A large retrospective cohort study from United States clinical care. Kidney Medicine 2024; 6(10): Article 100879. [Internet]. 2025. [cited 2025 Oct 10]. Available: https://doi.org/10.1016/j.xkme.2024.100879
5. Picard, K., Barreto Silva, M. I., Mager, D., & Richard, C. Dietary potassium intake and risk of chronic kidney disease progression in predialysis patients with chronic kidney disease: A systematic review. Advances in Nutrition 2020; 11(4): 1002–1015. [Internet]. 2026. [cited 2026 Jan 10]. Available: https://doi.org/10.1093/advances/nmaa027
6. Drawz, P. E., Babineau, D. C., & Rahman, M. Metabolic complications in elderly adults with chronic kidney disease. Journal of the American Geriatrics Society 2012; 60(2): 310–315. [Internet]. 2026. [cited 2026 Jan 4]. Available: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03818.x
7. ศูนย์สารสนเทศข้อมูลโรงพยาบาลหนองคาย. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองคาย 2566-2568. (เข้าถึง 30ต.ค.2568).
8. สุวิจักขณ์ เจนปิยพงษ์, ชมพูนุช เพชรวิเศษ, ณัฐฐิตา เพชรประไพ และศรัญญา จุฬารี. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะกำเริบและระยะพักฟื้น : กรณีศึกษา.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพJournal of Nursing and Health Care 2566; (41)2: e264154.
9. น้ำทิพย์ คำนึง. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันที่มีภาวะระดับโพแตสเซียมสูง: กรณีศึกษา.วารสารวิชาการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ 2565; 6(2):115–127.

10. อุไรพร ศิริเทพ. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บที่ตับภายหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต. งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2562.
11. สุชัญญ์ญา เดชศิริ. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกในโพรงสมองที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายและผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองสู่เยื่อบุช่องท้อง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2567; 8(16): 288–307.
12. รังสิมา ครอสูงเนิน, ณัฐฐิตา เพชรประไพ, และ ปภัสรา คลภูษา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันตามแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2566; 41(3): Article e264279.
13. เบญจพร พัฒนากร. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. ยโสธรเวชสาร 2566: 26(1): 243–257.
14. ศิริพร พิมจันนา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีโรคร่วมแพ้ภูมิตัวเอง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564: 1(2): 109–119.
15. ยุพดี ดู่ป้อง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(3): 862–871.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล
Development of a Four-Dimensional Fall Prevention Model for Older Adults in Satun Province.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วรายุส วรรณวิไล[1] สันติพงษ์ ทองหอม[2]
Warayut Wannawilai[1] Santipong Thonghom[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม พัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติ และประเมินผลการใช้รูปแบบในจังหวัดสตูล กลุ่มศึกษาสถานการณ์เป็นผู้สูงอายุ 450 คน การพัฒนารูปแบบใช้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ 15 คน และการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล 27 คน ทดลองใช้เป็นเวลา 12 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 45 คน แล้วขยายการใช้ใน 7 อำเภอ มีผู้เข้าร่วม 810 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความเสี่ยงสี่มิติ แบบบันทึกการหกล้มและการบาดเจ็บ แบบประเมิน Berg Balance Scale (BBS), EQ-5D-5L และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ การทดสอบทีแบบเวลช อัตราส่วนอัตราการหกล้ม และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 11.6 เคยหกล้มในรอบ 12 เดือน และผู้ที่หกล้มร้อยละ 40.4 ได้รับบาดเจ็บ รูปแบบประกอบด้วยการคัดกรอง การจำแนกความเสี่ยงสี่มิติ การจัดกิจกรรมรายบุคคล การส่งต่อ การติดตาม และการบันทึกและประเมินผล มีผู้สูงอายุที่มีผลการประเมินทั้งก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน กลุ่มทดลองมีคะแนน BBS เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 2.75 คะแนน (95% CI: 1.89–3.60; $p < .001$) ส่วนการเปลี่ยนแปลงคะแนน EQ VAS และอัตราการหกล้มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะขยายผลมีผู้สูงอายุที่มีผลการประเมินทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน 708 คน คะแนน BBS เฉลี่ยเพิ่มจาก 45.10 เป็น 46.80 คะแนน และ EQ VAS เพิ่มจาก 65.42 เป็น 67.63 คะแนน ขณะที่สัดส่วนผู้หกล้มเพิ่มจากร้อยละ 28.25 เป็น 29.80 ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจระดับมาก

คำสำคัญ: การป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุ รูปแบบสี่มิติ การวิจัยและพัฒนา

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation and risk factors for falls, develop a four-dimensional fall prevention model, and evaluate its implementation in Satun Province, Thailand. The situational assessment included 450 older adults. Model development involved 15 experts and focus group discussions with 27 older adults and caregivers. A 12-week quasi-experimental study was conducted with 45 participants each in the intervention and comparison groups, followed by implementation across seven districts involving 810 participants. Data were collected using a four-dimensional risk assessment, fall and injury records, the Berg Balance Scale (BBS), EQ-5D-5L, and satisfaction questionnaires. Analyses included descriptive statistics, paired t-tests, Welch's t-tests, fall incidence rate ratios, and content analysis.

The findings showed that 11.6% of older adults reported falls during the preceding 12 months; among those who fell, 40.4% sustained injuries. The model comprised screening, risk classification across four dimensions, individualized activities, referral, follow-up, and documentation and evaluation. Complete pre–post data were available for 42 intervention and 44 comparison participants. The intervention group demonstrated a greater improvement in BBS scores than the comparison group, with a mean difference in change of 2.75 points (95% CI: 1.89–3.60; $p < .001$). Between-group differences in EQ VAS changes and fall incidence rates were not statistically significant. During district-wide implementation, 708 participants had complete pre–post data. Mean BBS scores

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

increased from 45.10 to 46.80, and EQ VAS scores increased from 65.42 to 67.63. However, the proportion of participants reporting falls increased from 28.25% to 29.80%. Satisfaction was high among older adults, caregivers, and healthcare personnel.

Keywords: Fall prevention; Older adults; Four-dimensional model; Research and development

บทนำ

การหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุ เนื่องจากอาจนำไปสู่การบาดเจ็บ กระดูกหัก ความพิการ และการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างอิสระ องค์การอนามัยโลกรายงานในปี พ.ศ. 2564 ว่า การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจอันดับสองของโลก โดยประมาณการว่ามีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มทุกช่วงวัยประมาณ 684,000 คนต่อปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเป็นกลุ่มที่มีจำนวนการเสียชีวิตสูงที่สุด ปัญหาดังกล่าวสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ประสาทสัมผัส และการรู้คิด ร่วมกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุ การป้องกันจึงควรครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยง การพัฒนาสมรรถนะ และการปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย[1]

การหกล้มในชุมชนเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้านที่อาจเกิดร่วมกัน ได้แก่ ความบกพร่องด้านการมองเห็นและการได้ยิน กำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัวลดลง โรคประจำตัว การใช้ยา และสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การศึกษาของเพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ[2] ในผู้สูงอายุชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรีจำนวน 150 คน พบว่าร้อยละ 26.0 รายงานการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยการได้ยิน การทรงตัว การเปลี่ยนท่าทาง และสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นต่างระดับ สิ่งของบริเวณบันได และพรมเช็ดเท้า มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ผลการศึกษานี้สะท้อนความจำเป็นของการประเมินทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อม แทนการพิจารณาปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงด้านเดียว

แนวทางการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้สูงอายุระดับนานาชาติให้ความสำคัญกับการค้นหาผู้มีความเสี่ยง การประเมินหลายปัจจัย และการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล โดยเชื่อมการฝึกความแข็งแรงและการทรงตัว การจัดการปัญหาสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อม และการส่งต่อบริการที่จำเป็น รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและผู้ดูแล[3] แนวคิดดังกล่าวเป็นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อม โดยใช้สี่มิติเป็นกรอบจัดบริการตามความเสี่ยงรายบุคคลและประสานการประเมินปัจจัยทางคลินิกอื่นตามความเหมาะสม

จังหวัดสตูลเป็นพื้นที่ที่จำเป็นต้องเตรียมระบบบริการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด พบว่าจังหวัดสตูลมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17.4 ของประชากรทั้งหมด และมีอัตราส่วนเกื้อหนุนเท่ากับ 3.6 หรือประชากรวัยทำงานประมาณ 3.6 คนต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน[4] ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นความสำคัญของการจัดบริการที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเชื่อมการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน การนำแนวทางป้องกันการหกล้มไปใช้ในพื้นที่ทั้ง 7 อำเภอจึงต้องพิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ และความต่อเนื่องของบริการควบคู่กัน

แม้มีแนวทางการป้องกันการหกล้มที่ครอบคลุมปัจจัยหลายด้าน แต่การนำมาใช้ในพื้นที่ยังต้องอาศัยข้อมูลสถานการณ์ ความเสี่ยง และเงื่อนไขการจัดบริการ เพื่อกำหนดวิธีดำเนินงานที่เหมาะสม โดยเฉพาะการเชื่อมผลการคัดกรองกับการจัดกิจกรรมรายบุคคล การส่งต่อ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ประเด็นที่ต้องศึกษาจึงอยู่ที่การจัดองค์ประกอบเหล่านี้ให้เป็นรูปแบบบริการที่นำไปปฏิบัติได้ในบริบทจังหวัดสตูล รวมถึงผลที่เกิดขึ้นต่อ

การหกล้ม การบาดเจ็บ ความสามารถในการทรงตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติโดยใช้ข้อมูลในพื้นที่และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จึงเป็นแนวทางในการเชื่อมการประเมินความเสี่ยงกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบก่อนขยายสู่พื้นที่ทั้ง 7 อำเภอจะช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานและผลลัพธ์ สำหรับประกอบการจัดบริการป้องกันการหกล้มให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล
2. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล
4. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งเป็น 2 ระยะ รวม 9 ขั้นตอน ระยะที่ 1 การวิจัย ประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยง การกำหนดกิจกรรมและยกร่างรูปแบบ การทดลองใช้และการสรุปผล โดยทดลองใช้ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง ติดตาม 12 สัปดาห์ ระยะที่ 2 การพัฒนาและขยายผล ประกอบด้วยการปรับปรุงรูปแบบ การเตรียมบุคลากร การนำรูปแบบไปใช้ใน 7 อำเภอ การติดตามประเมินผล และการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดสตูล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันการหกล้ม ได้แก่ ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญ แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 3 ส่วน

1. กลุ่มศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยง เป็นผู้สูงอายุ 450 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนสำหรับประชากรที่ทราบจำนวนจากประชากร 43,809 คน กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อน 0.045 และสัดส่วนการหกล้ม 0.26[2] ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 362 คน และกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 450 คน ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามอำเภอและสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ ประกอบด้วยอำเภอเมืองสตูล 155 คน ละงู 110 คน ควนกาหลง 48 คน ควนโดน 40 คน ท่าแพ 40 คน ทุ่งหว้า 34 คน และมะนัง 23 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อาศัยในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองหรือได้รับความช่วยเหลือด้านการสื่อสาร และยินยอมเข้าร่วม เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เจ็บป่วยเฉียบพลันจนไม่สามารถรับการประเมิน หรือไม่สามารถให้ข้อมูลสำคัญได้แม้ได้รับความช่วยเหลือ

2. กลุ่มยกร่างและประเมินรูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีความรู้หรือประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ การป้องกันการหกล้ม หรือการจัดบริการสุขภาพ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 15 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 5 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน บุคลากรสาธารณสุข 4 คน และผู้บริหารระบบสุขภาพ 3 คน ร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล 27 คน แบ่งการสนทนากลุ่มเป็นผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม และผู้ดูแลหรือญาติ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 8–10 คน ผู้เข้าร่วมมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการหกล้มหรือการดูแลผู้สูงอายุ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและยินยอมเข้าร่วม ส่วนการประเมินร่างรูปแบบดำเนินการโดยผู้ประเมิน 5 คน

3. กลุ่มทดลองใช้รูปแบบ เป็นผู้สูงอายุ 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 45 คน คัดเลือกจากผู้ผ่านเกณฑ์ในพื้นที่หนึ่งแห่งต่อกลุ่ม โดยไม่มีการสุ่มรายบุคคลเข้ากลุ่ม เกณฑ์คัดเข้า

ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน มีความเสี่ยงต่อการหกล้มตามเกณฑ์คัดกรอง สามารถเดินด้วยตนเองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน สื่อสารและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และยินยอมเข้าร่วม เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้การทดสอบหรือกิจกรรมไม่ปลอดภัย หรือมีข้อจำกัดด้านการรู้คิดหรือการสื่อสารจนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ติดตามผลเป็นเวลา 12 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การพัฒนาและขยายผล

กลุ่มขยายผล เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ 7 อำเภอของจังหวัดสตูล จากทะเบียน 1,400 คน มีผู้ผ่านเกณฑ์ 900 คน เชิญผู้ผ่านเกณฑ์ทุกรายและมีผู้เข้าร่วม 810 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ มีความเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งมิติ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ปรับตามสภาพร่างกาย และยินยอมเข้าร่วม เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เคยเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบในระยะก่อนหน้า หรือมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

การประเมินความพึงพอใจภายหลังดำเนินงาน ครอบคลุมผู้สูงอายุที่เข้าร่วม 810 คน ผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม 550 คน และบุคลากรสาธารณสุขผู้ดำเนินงาน 42 คน โดยเชิญทุกคนตอบแบบประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการดูแลด้านการมองเห็น การได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อม โดยเชื่อมโยงการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การจัดกิจกรรมตามปัญหารายบุคคล การส่งต่อ และการติดตามผล พร้อมแนวทางดำเนินงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสุขภาพ ครอบคลุมเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแล โรคประจำตัว การใช้ยา และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

2.2 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มสี่มิติ ครอบคลุมการมองเห็น การได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อม ใช้บันทึกปัญหาและความเสี่ยงรายด้านเพื่อประกอบการจัดกิจกรรมและการส่งต่อ

2.3 แบบบันทึกการหกล้มและการบาดเจ็บ บันทึกประวัติการหกล้ม จำนวนครั้ง วันและสถานที่เกิดเหตุ ลักษณะการบาดเจ็บ และการรับบริการรักษา โดยแยกจำนวนผู้หกล้มออกจากจำนวนเหตุการณ์หกล้ม พร้อมบันทึกระยะเวลาที่ติดตามได้

2.4 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ใช้ศึกษาปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม เพื่อนำมาประกอบการยกร่างและปรับปรุงรูปแบบ

2.5 แบบประเมินร่างรูปแบบ จำนวน 35 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ใช้ประเมินความเหมาะสมขององค์ประกอบและแนวทางดำเนินงาน รวมถึงความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้

2.6 แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว Berg Balance Scale (BBS)[5] ประกอบด้วย 14 รายการ ให้คะแนนรายการละ 0–4 คะแนน คะแนนรวม 0–56 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงความสามารถในการทรงตัวที่ดีกว่า ใช้ประเมินก่อนและหลังการดำเนินงาน

2.7 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ซึ่งพัฒนาโดย EuroQol Group[6] ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัว และความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า แต่ละมิติมีคำตอบ 5 ระดับ คำนวณค่าอรรถประโยชน์โดยใช้ชุดค่าน้ำหนักของประเทศไทยจากการศึกษาของ Pattanaphesaj และคณะ[7] และประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมด้วย EQ VAS คะแนน 0–100 โดยคะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่า

2.8 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบภายหลังการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประเมินแยกในผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข คำนวณคะแนนเฉลี่ยเมื่อมีคำตอบครบทุกข้อ แปลผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00–1.80 น้อยที่สุด มากกว่า 1.80–2.60 น้อย มากกว่า 2.60–3.40 ปานกลาง มากกว่า 3.40–4.20 มาก และมากกว่า 4.20–5.00 มากที่สุด

2.9 แบบบันทึกการดำเนินกิจกรรมและการติดตาม ใช้บันทึกกิจกรรมสี่มิติที่ผู้สูงอายุได้รับ การเข้าร่วมกิจกรรม การปรับสภาพบ้าน การส่งต่อ การได้รับบริการหลังส่งต่อ และสถานะการติดตาม เพื่อประเมินความครบถ้วนของการดำเนินงานตามรูปแบบ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ รวม 9 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

1. ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ศึกษาปัญหาการหกล้มและการบาดเจ็บของผู้สูงอายุในจังหวัดสตูล รวมทั้งความเสี่ยงด้านการมองเห็น การได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ

2. กำหนดกิจกรรมและยกร่างรูปแบบ นำผลการศึกษาสถานการณ์มาสังเคราะห์ร่วมกับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกิจกรรมสี่มิติ บทบาทผู้รับผิดชอบ แนวทางส่งต่อและการติดตาม จากนั้นประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบและปรับปรุงก่อนทดลองใช้

3. ทดลองใช้รูปแบบ ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง 45 คน และมีกลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน ติดตามเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามความเสี่ยงรายบุคคล ครอบคลุมการดูแลและส่งต่อปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน การฝึกความแข็งแรงและการทรงตัว และการปรับสภาพแวดล้อม พร้อมสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

4. สรุปผลการทดลองใช้รูปแบบ พิจารณาผลด้านการหกล้มและการบาดเจ็บ ความสามารถในการทรงตัว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ร่วมกับความครบถ้วนของกิจกรรมและปัญหาในการดำเนินงาน เพื่อระบุส่วนที่ควรปรับปรุงก่อนขยายผล

ระยะที่ 2 การพัฒนาและขยายผล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1. ทบทวนและปรับปรุงรูปแบบ นำผลการทดลองใช้มาปรับกิจกรรม แนวทางปฏิบัติ การส่งต่อและการติดตามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและบริบทของหน่วยบริการ

2. เตรียมความพร้อมบุคลากร ชี้แจงองค์ประกอบของรูปแบบและบทบาทผู้รับผิดชอบ พร้อมเตรียมความพร้อมด้านการคัดกรอง การจัดกิจกรรม การบันทึกข้อมูล การส่งต่อ และการติดตาม เพื่อให้พื้นที่ดำเนินงานใช้แนวทางเดียวกัน

3. ดำเนินการขยายผลใน 7 อำเภอ นำรูปแบบไปใช้ผ่านหน่วยบริการในอำเภอเมืองสตูล ควนโดน ควนกาหลง ท่าแพ ละงู ทุ่งหว้า และมะนัง โดยจัดกิจกรรมตามความเสี่ยงและความพร้อมของผู้สูงอายุแต่ละราย ประสานผู้ดูแลและเครือข่ายในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

4. ติดตามและประเมินผลการขยายผล ติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม การได้รับบริการและการส่งต่อ รวมทั้งประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินงานด้านการหกล้มและการบาดเจ็บ ความสามารถในการทรงตัว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยติดตามรายบุคคลเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และประเมินความพึงพอใจภายหลังการดำเนินงาน แยกตามกลุ่มผู้ตอบและรายอำเภอ

5. สรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เกี่ยวข้องร่วมทบทวนผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข เพื่อจัดทำข้อเสนอในการปรับปรุงรูปแบบและการดำเนินงานต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะการวิจัย โดยใช้รหัสประจำตัวเชื่อมโยงข้อมูลรายบุคคล แบ่งเป็นการศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ การทดลองใช้ และการขยายผล ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยง เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ 450 คน ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสุขภาพ ประวัติการหกล้มและการบาดเจ็บย้อนหลัง 12 เดือน และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงสี่มิติร่วมกับการประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย BBS และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วย EQ-5D-5L และ EQ VAS

2. การยกร่างและประเมินรูปแบบ รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 15 คน และการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำนวน 3 กลุ่ม โดยใช้แนวคำถามที่กำหนดและบันทึกประเด็นสำคัญ จากนั้นรวบรวมความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบจากผู้ประเมิน 5 คน ด้วยแบบประเมินร่างรูปแบบ

3. การทดลองใช้รูปแบบ เก็บข้อมูลก่อนดำเนินงานในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 45 คน ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน ความเสี่ยงสี่มิติ ความสามารถในการทรงตัว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ระหว่างดำเนินงานบันทึกการได้รับกิจกรรม การหกล้ม การบาดเจ็บ และระยะเวลาติดตาม เมื่อครบ 12 สัปดาห์ ประเมินผลหลังดำเนินงานด้วยเครื่องมือและวิธีการเดียวกับก่อนดำเนินงาน พร้อมบันทึกเหตุผลของการขาดการประเมิน

4. การขยายผลใน 7 อำเภอ เก็บข้อมูลก่อนดำเนินงานจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วม 810 คน โดยสอบถามประวัติการหกล้มและการบาดเจ็บย้อนหลัง 12 สัปดาห์ ประเมินความเสี่ยงสี่มิติ ความสามารถในการทรงตัว และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากนั้นติดตามเหตุการณ์หกล้มและการบาดเจ็บไปข้างหน้าเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พร้อมบันทึกกิจกรรม การส่งต่อ และการได้รับบริการ ประเมินผลซ้ำเมื่อสิ้นสุดระยะติดตาม และเก็บข้อมูล ความพึงพอใจภายหลังการดำเนินงานจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข โดยระบุอำเภอและประเภทผู้ตอบอย่างชัดเจน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และการดำเนินกิจกรรม วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ตามการกระจายของข้อมูล ร้อยละคำนวณจากจำนวนผู้มีข้อมูลในแต่ละรายการ

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดหมวดหมู่ปัญหา ความต้องการ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาประกอบการพัฒนารูปแบบ

3. ระยะทดลองใช้รูปแบบ วิเคราะห์คะแนน BBS และ EQ VAS ในผู้ที่มีผลการประเมินทั้งก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย paired-samples t-test และเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มด้วย Welch's t-test รายงานผลต่างเฉลี่ยและช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ภายหลังตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

4. การหกล้มและการบาดเจ็บรายงานจำนวนและร้อยละของผู้เกิดเหตุ รวมทั้งจำนวนเหตุการณ์ คำนวณอัตราการหกล้มต่อ 1,000 คน–วันจากระยะเวลาติดตาม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยอัตราส่วนอัตราการหกล้ม พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

5. ระยะขยายผลนำเสนอผลก่อนและหลังในผู้ที่มีผลการประเมินทั้งก่อนและหลังด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทั้งภาพรวมและรายอำเภอ ครอบคลุมการหกล้ม การบาดเจ็บ คะแนน BBS และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ค่าอรรถประโยชน์ EQ-5D-5L รายงานการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยและช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ส่วนความพึงพอใจรายงานค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ จำแนกตามกลุ่มผู้ตอบและอำเภอ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 450 คน จาก 7 อำเภอของจังหวัดสตูล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 อายุเฉลี่ย 70.02 ปี (SD = 6.65) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.1 และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.2 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค ร้อยละ 82.7 โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือโรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 24.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 22.9 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 11.6 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระ ร้อยละ 82.0

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุหกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งจำนวน 52 คน ร้อยละ 11.6 เกิดเหตุหกล้มรวม 72 ครั้ง ในกลุ่มผู้ที่หกล้ม พบผู้หกล้มซ้ำตั้งแต่สองครั้งขึ้นไปจำนวน 18 คน ร้อยละ 34.6 และได้รับบาดเจ็บจำนวน 21 คน ร้อยละ 40.4 กิจกรรมขณะเกิดเหตุครั้งล่าสุดที่พบมากที่สุดคือการลุกขึ้นหรือนั่งลง ร้อยละ 28.8 ส่วนสาเหตุที่รายงานมากที่สุดคือการลื่น ร้อยละ 23.1

ผลการประเมินความเสี่ยงสี่มิติพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงด้านความแข็งแรงและการทรงตัวมากที่สุด ร้อยละ 35.8 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 28.7 ด้านการมองเห็น ร้อยละ 26.2 และด้านการได้ยิน ร้อยละ 14.7 โดยมีความเสี่ยงอย่างน้อยหนึ่งมิติ ร้อยละ 69.1 และมีความเสี่ยงร่วมกันตั้งแต่สองมิติขึ้นไป ร้อยละ 30.0

2. ผลการยกร่างและพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติ

การสังเคราะห์ผลการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ 15 คน และการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล 27 คน พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองและวางแผนดูแลรายบุคคล การจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเสี่ยง การเข้าถึงบริการใกล้บ้าน การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการส่งต่อร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ครอบคลุมสี่มิติ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อม โดยมีองค์ประกอบการดำเนินงาน 6 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติสำหรับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	แนวทางดำเนินงาน
1. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง	ประเมินภาวะสุขภาพ ประวัติการหกล้ม การใช้ยา และปัจจัยเสี่ยง เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม
2. การจำแนกความเสี่ยงตามสี่มิติ	จำแนกความเสี่ยงด้านการมองเห็น การได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อม เพื่อจัดทำแผนดูแลรายบุคคล
3. การจัดกิจกรรมตามความเสี่ยง	ให้คำแนะนำด้านการมองเห็นและการสื่อสาร ฝึกกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัว และปรับจุดเสี่ยงภายในบ้านตามผลการประเมิน
4. การส่งต่อ	กำหนดเกณฑ์ส่งต่อ หน่วยรับส่งต่อ ผู้ประสานงาน และการแจ้งผลกลับมายังหน่วยบริการต้นทาง
5. การติดตาม	ติดตามการปฏิบัติกิจกรรม ผลการส่งต่อ และการหกล้มหรือการบาดเจ็บ โดยให้ครอบครัว ผู้ดูแล และ อสม. มีส่วนร่วม
6. การบันทึกและประเมินผล	บันทึกข้อมูลรายบุคคลเพื่อประเมินความครบถ้วนของบริการ การหกล้ม การบาดเจ็บ ความสามารถในการทรงตัว และคุณภาพชีวิต

ผลการประเมินร่างรูปแบบโดยผู้ประเมิน 5 คน ด้วยแบบประเมิน 35 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.29 (SD = 0.09) ด้านหลักการและองค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 4.57 (SD = 0.25) รองลงมาคือ ความถูกต้องทางวิชาการ 4.56 (SD = 0.21) ประโยชน์และความเหมาะสมกับบริบท 4.53 (SD = 0.07) ความชัดเจนของเอกสาร 4.00 (SD = 0.31) และความเป็นไปได้ 3.80 (SD = 0.14)

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับรูปแบบ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวทางส่งต่อ แบ่งระดับกิจกรรมตามสมรรถนะของผู้สูงอายุ เพิ่มแนวทางดูแลความปลอดภัยและช่องทางติดตามในพื้นที่ห่างไกล ตลอดจนจัดลำดับการปรับจุดเสี่ยงภายในบ้านตามทรัพยากรที่มี โดยรูปแบบภายหลังการปรับปรุงยังคงองค์ประกอบหลักทั้ง 6 องค์ประกอบ

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติ

ผู้สูงอายุเข้าร่วมการทดลองจำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 45 คน เมื่อสิ้นสุดการติดตาม 12 สัปดาห์ มีผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินทั้งก่อนและหลังการทดลองจำนวน 42 และ 44 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 และ 97.78 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 73.91 ปี (SD = 3.81) และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 71.71 ปี (SD = 7.04) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.56 และ 60.00 ตามลำดับ

3.1 ความสามารถในการทรงตัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.95 คะแนน ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.20 คะแนน ผลต่างของการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มเท่ากับ 2.75 คะแนน (95% CI: 1.89–3.60; p < .001) ส่วนคะแนนการประเมินสุขภาพด้วย EQ VAS เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.74 และ 1.73 คะแนน ตามลำดับ โดยการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างเฉลี่ย 2.01 คะแนน; 95% CI: −2.52–6.54; p = .380) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทรงตัวและคะแนน EQ VAS ภายหลังการทดลอง

ผลลัพธ์และกลุ่ม	n	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	Mean Diff. ภายในกลุ่ม	Mean Diff. ระหว่างกลุ่ม (95% CI)	P-value ระหว่างกลุ่ม
BBS (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	42	44.52 ± 4.46	47.48 ± 5.10	2.95	2.75 (1.89–3.60)	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	44	45.27 ± 3.77	45.48 ± 4.31	0.20		
EQ VAS (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	42	62.10 ± 12.31	65.83 ± 11.52	3.74	2.01 (−2.52–6.54)	.380
กลุ่มเปรียบเทียบ	44	66.43 ± 11.88	68.16 ± 12.65	1.73		

3.2 การหกล้มและการบาดเจ็บระหว่างติดตาม

กลุ่มทดลองมีระยะติดตามรวม 3,696 คน–วัน พบผู้หกล้ม 9 คน รวม 9 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 2.44 ครั้งต่อ 1,000 คน–วัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะติดตามรวม 3,724 คน–วัน พบผู้หกล้ม 5 คน รวม 5 ครั้ง คิดเป็นอัตรา 1.34 ครั้งต่อ 1,000 คน–วัน อัตราส่วนอัตราการหกล้มเท่ากับ 1.81 (95% CI: 0.61–5.41) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบเหตุการณ์หกล้มที่มีการบาดเจ็บ 3 และ 1 ครั้ง ตามลำดับ โดยเป็นการฟกช้ำหรือถลอก

3.3 การได้รับกิจกรรมและการส่งต่อ

กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมอย่างน้อยหนึ่งครั้งตามมิติที่กำหนดในแผน ได้แก่ ด้านการมองเห็น 29 จาก 30 คน ส่วนด้านการได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อม ได้รับกิจกรรมทุกคนตามแผน จำนวน 15, 36 และ 29 คน ตามลำดับ จำนวนครั้งที่ได้รับกิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 65.91–73.33

ของจำนวนครั้งตามแผนที่บันทึกไว้ระหว่างติดตามด้านการส่งต่อ กลุ่มทดลองได้รับบริการ 17 จาก 25 รายการ คิดเป็นร้อยละ 68.00 และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการ 13 จาก 16 รายการ คิดเป็นร้อยละ 81.25

4. ผลการขยายการใช้รูปแบบในพื้นที่ 7 อำเภอ จังหวัดสตูล

4.1 การเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามประเมินผล

ผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์และได้รับเชิญเข้าร่วมจำนวน 900 คน เริ่มเข้าร่วมกิจกรรม 810 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีอายุเฉลี่ย 72.49 ปี (SD = 7.40) เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.74 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 48.52 รองลงมาคืออยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 37.90 และอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 13.58 เมื่อสิ้นสุดการติดตาม 12 สัปดาห์ มีผู้ได้รับการประเมินทั้งก่อนและหลังดำเนินงานจำนวน 708 คน คิดเป็นร้อยละ 87.41 ของผู้เริ่มกิจกรรม ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการประเมินหลังดำเนินงาน 102 คน ประกอบด้วยผู้ถอนตัว 32 คน ย้ายพื้นที่ 35 คน และขาดการติดต่อ 35 คน

ก่อนดำเนินงาน พบความเสี่ยงด้านความแข็งแรงและการทรงตัวมากที่สุด ร้อยละ 59.26 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 50.25 การมองเห็น ร้อยละ 42.59 และการได้ยิน ร้อยละ 25.80 โดยผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีความเสี่ยงมากกว่าหนึ่งมิติ

การดำเนินกิจกรรมด้านการมองเห็น การได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อม มีจำนวนครั้งที่ได้รับกิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 83.67, 84.05, 78.33 และ 83.95 ของจำนวนครั้งตามแผนในแต่ละมิติ ตามลำดับ มีผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อจำนวน 315 คน รวม 342 รายการ และได้รับบริการแล้ว 254 รายการ คิดเป็นร้อยละ 74.27 ของรายการส่งต่อทั้งหมด

4.2 ผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ผลก่อนและหลังดำเนินงานในผู้สูงอายุ 708 คน พบว่า คะแนนความสามารถในการทรงตัวเพิ่มจาก 45.10 เป็น 46.80 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย 1.69 คะแนน ส่วนคะแนน EQ VAS เพิ่มจาก 65.42 เป็น 67.63 คะแนน มีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย 2.21 คะแนน และค่าอรรถประโยชน์ EQ-5D-5L เพิ่มจาก 0.795 เป็น 0.805 มีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย 0.010 หน่วย (95% CI: 0.005–0.015)

ด้านการหกล้ม พบผู้หกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งเพิ่มจาก 200 คน ร้อยละ 28.25 เป็น 211 คน ร้อยละ 29.80 และผู้บาดเจ็บจากการหกล้มเพิ่มจาก 49 คน ร้อยละ 6.92 เป็น 68 คน ร้อยละ 9.60 โดยอัตราการหกล้มเพิ่มจาก 4.02 เป็น 4.22 ครั้งต่อ 1,000 คน–วัน

เมื่อพิจารณา EQ-5D-5L รายด้าน พบว่าสัดส่วนผู้รายงานปัญหาลดลงทุกด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว จากร้อยละ 62.43 เป็น 57.06 การดูแลตนเอง จากร้อยละ 64.12 เป็น 59.89 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ จากร้อยละ 65.54 เป็น 54.10 ความเจ็บปวดหรือไม่สุขสบาย จากร้อยละ 60.88 เป็น 51.98 และความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า จากร้อยละ 61.72 เป็น 57.06 โดยกำหนดการมีปัญหาจากคำตอบระดับ 2–5

สัดส่วนผู้มีความเสี่ยงด้านการมองเห็นลดจากร้อยละ 43.79 เป็น 34.89 การได้ยินลดจากร้อยละ 25.56 เป็น 21.47 ความแข็งแรงและการทรงตัวลดจากร้อยละ 58.90 เป็น 45.48 และสิ่งแวดล้อมลดจากร้อยละ 49.72 เป็น 36.58

4.3 ผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินงานจำแนกรายอำเภอ

คะแนนเฉลี่ย BBS และ EQ VAS เพิ่มขึ้นทุกอำเภอ โดยอำเภอละงูมีคะแนน BBS เพิ่มขึ้นเฉลี่ยสูงที่สุด 2.76 คะแนน ขณะที่อำเภอควนโดนมีคะแนน EQ VAS เพิ่มขึ้นเฉลี่ยสูงที่สุด 3.68 คะแนน ส่วนจำนวนผู้หกล้มและผู้บาดเจ็บลดลงในอำเภอควนโดนและอำเภอท่าแพ อำเภอควนกาหลงมีจำนวนผู้หกล้มเท่าเดิม ขณะที่อีก 4 อำเภอมีจำนวนผู้หกล้มเพิ่มขึ้นดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินงานจำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	n	BBS ก่อน ⟶ หลัง[1]	EQ VAS ก่อน ⟶ หลัง[1]	ผู้หกล้ม ก่อน ⟶ หลัง[2]	ผู้บาดเจ็บ ก่อน ⟶ หลัง[2]
เมืองสตูล	105	45.10 ⟶ 46.75	66.87 ⟶ 68.54	23 (21.90) ⟶ 32 (30.48)	9 (8.57) ⟶ 10 (9.52)
ควนโดน	96	45.35 ⟶ 46.99	66.97 ⟶ 70.65	26 (27.08) ⟶ 23 (23.96)	8 (8.33) ⟶ 4 (4.17)
ควนกาหลง	102	44.84 ⟶ 46.45	64.02 ⟶ 66.75	30 (29.41) ⟶ 30 (29.41)	4 (3.92) ⟶ 13 (12.75)
ท่าแพ	102	44.86 ⟶ 46.48	64.73 ⟶ 65.92	34 (33.33) ⟶ 22 (21.57)	9 (8.82) ⟶ 5 (4.90)
ละงู	103	44.65 ⟶ 47.41	63.27 ⟶ 65.65	30 (29.13) ⟶ 33 (32.04)	8 (7.77) ⟶ 12 (11.65)
ทุ่งหว้า	93	45.15 ⟶ 46.56	63.78 ⟶ 65.88	28 (30.11) ⟶ 35 (37.63)	3 (3.23) ⟶ 11 (11.83)
มะนัง	107	45.76 ⟶ 46.92	68.11 ⟶ 69.94	29 (27.10) ⟶ 36 (33.64)	8 (7.48) ⟶ 13 (12.15)
รวม	708	45.10 ⟶ 46.80	65.42 ⟶ 67.63	200 (28.25) ⟶ 211 (29.80)	49 (6.92) ⟶ 68 (9.60)

หมายเหตุ: [1]แสดงคะแนนเฉลี่ย [2]แสดงจำนวนคน (ร้อยละ) โดยใช้จำนวนผู้ได้รับการประเมินของอำเภอนั้นเป็นตัวหาร ผู้บาดเจ็บเป็นส่วนหนึ่งของผู้หกล้ม ผลรายอำเภอเป็นการรายงานเชิงพรรณนา

4.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบภายหลังการดำเนินงาน

ผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจประกอบด้วยผู้สูงอายุ 709 คน จากผู้ได้รับเชิญ 810 คน ผู้ดูแล 463 คน จาก 550 คน และบุคลากรสาธารณสุข 41 คน จาก 42 คน คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 87.53, 84.18 และ 97.62 ตามลำดับ ความพึงพอใจของทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.81 (SD = 0.64), 3.77 (SD = 0.68) และ 3.76 (SD = 0.61) ตามลำดับ

เมื่อจำแนกรายอำเภอ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทุกอำเภอ ส่วนบุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 6 อำเภอ และระดับปานกลางในอำเภอทุ่งหว้า ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบภายหลังการดำเนินงานจำแนกรายอำเภอและกลุ่มผู้ตอบ

อำเภอ	ผู้สูงอายุ n	Mean ± SD	ผู้ดูแล n	Mean ± SD	บุคลากร n	Mean ± SD
เมืองสตูล	113	3.82 ± 0.63	68	3.87 ± 0.68	6	3.47 ± 0.55
ควนโดน	94	3.77 ± 0.71	55	3.74 ± 0.63	6	3.90 ± 0.41
ควนกาหลง	101	3.74 ± 0.66	62	3.69 ± 0.77	6	4.03 ± 0.57
ท่าแพ	98	3.76 ± 0.58	64	3.64 ± 0.63	5	3.80 ± 0.58
ละงู	101	3.84 ± 0.61	70	3.76 ± 0.67	6	3.80 ± 0.73
ทุ่งหว้า	98	3.89 ± 0.67	71	3.75 ± 0.75	6	3.27 ± 0.79*
มะนัง	104	3.82 ± 0.60	73	3.90 ± 0.60	6	4.07 ± 0.41
รวม	709	3.81 ± 0.64	463	3.77 ± 0.68	41	3.76 ± 0.61

หมายเหตุ: ทุกค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ยกเว้น *ระดับปานกลาง โดยคะแนนมากกว่า 2.60–3.40 หมายถึงระดับปานกลาง และมากกว่า 3.40–4.20 หมายถึงระดับมาก จำนวนผู้ตอบแบบประเมินความพึงพอใจแยกจากจำนวนผู้ได้รับการประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุร้อยละ 11.6 เคยหกล้มในช่วง 12 เดือน โดยในกลุ่มผู้หกล้มมีการหกล้มซ้ำร้อยละ 34.6 และได้รับบาดเจ็บร้อยละ 40.4 การติดตามผู้ที่เคยหกล้มจึงเป็นประเด็นสำคัญของการดูแลในชุมชน สัดส่วนผู้หกล้มในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาของเพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ[2] ในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบร้อยละ 26.0 ในช่วง 6 เดือน ความแตกต่างอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่าง บริบทพื้นที่ และระยะเวลาที่สอบถามย้อนหลัง จึงไม่อาจอธิบายด้วยระดับความเสี่ยงของประชากรเพียงประการเดียว

ความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือด้านความแข็งแรงและการทรงตัว และผู้สูงอายุร้อยละ 30.0 มีความเสี่ยงร่วมกันตั้งแต่สองมิติขึ้นไป ผลลัพธ์นี้สนับสนุนการประเมินความเสี่ยงหลายด้านร่วมกัน สอดคล้องกับเพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ[2] ที่พบว่าการได้ยิน การทรงตัว การเปลี่ยนท่าทาง และสิ่งแวดล้อมภายในบ้านสัมพันธ์กับการหกล้ม การจัดบริการจึงควรใช้ผลประเมินรายบุคคลประกอบการเลือกกิจกรรมและวางแผนติดตาม โดยผลการศึกษาครั้งนี้แสดงการกระจายของความเสี่ยงแต่ละมิติ ไม่ได้ประเมินความสามารถในการทำนายการหกล้ม

2. การยกร่างและพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้ความเสี่ยงด้านการมองเห็น การได้ยิน ความแข็งแรงและการทรงตัว และสิ่งแวดล้อมเป็นฐานในการจัดกิจกรรม ผ่านกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการบันทึกและประเมินผล การเชื่อมกิจกรรมรายบุคคลกับการส่งต่อมีลักษณะสอดคล้องกับการจัดการหลายปัจจัยของสิริมา วังพยอม และคณะ[8] ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกการทรงตัว การเยี่ยมบ้าน และการประเมินการใช้ยา ขณะที่ Hopewell et al.[9] พบว่าการจัดการหลายปัจจัยอาจลดอัตราการหกล้มได้ แต่ผลแตกต่างกันระหว่างการศึกษา จึงต้องพิจารณาความต่อเนื่องและความครบถ้วนของการดำเนินกิจกรรมร่วมด้วย

การให้ครอบครัว ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมเป็นช่องทางสนับสนุนกิจกรรมที่บ้าน สอดคล้องกับวราณี สัมฤทธิ์ และคณะ[10] ที่พบว่าโปรแกรมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ส่วนผลประเมินร่างรูปแบบครั้งนี้พบว่าด้านความเป็นไปได้มีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น จึงนำไปสู่การปรับรายละเอียดเรื่องผู้รับผิดชอบ การส่งต่อ การติดตามพื้นที่ห่างไกล และการปรับสภาพบ้านให้สอดคล้องกับทรัพยากร

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มสี่มิติ

กลุ่มทดลองมีคะแนน BBS เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเฉลี่ย 2.75 คะแนน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการฝึกกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัวตามสมรรถนะของผู้สูงอายุ ผลด้านสมรรถภาพสอดคล้องกับปารีส ผุยพาณิชย์สิริ และคณะ[11] ที่พบว่าการออกกำลังกายช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถนะการเดิน และอโณทัย สุมากรณ์[12] ที่พบว่าโปรแกรมออกกำลังกายส่วนล่างช่วยลดเวลาในการทดสอบ TUGT และการลุกนั่งจากเก้าอี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวใช้กิจกรรมและเครื่องมือแตกต่างกัน ขณะที่สิริมา วังพยอม และคณะ[8] พบการทรงตัวดีขึ้นภายในกลุ่มทดลอง แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผลด้านการทรงตัวจึงอาจแตกต่างตามลักษณะกิจกรรมและกลุ่มตัวอย่าง

คะแนน EQ VAS เพิ่มขึ้นในทั้งสองกลุ่ม แต่การเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผลด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวมยังไม่ชัดเจน แม้คะแนนการทรงตัวของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า ผลนี้สอดคล้องกับ Hopewell et al.[9] ที่พบว่าการจัดการหลายปัจจัยอาจให้ผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพียงเล็กน้อยหรือไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับค่าอรรถประโยชน์ EQ-5D-5L การวิเคราะห์ครั้งนี้

รายงานการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม จึงยังไม่แสดงความแตกต่างของผลระหว่างกลุ่ม

อัตราการหกล้มระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วงความเชื่อมั่นของอัตราส่วนอัตราการหกล้มกว้าง ผลนี้แตกต่างจากพิณทิพ ธีรธนบดี[13] ที่พบว่าโปรแกรมป้องกันการหกล้มช่วยลดจำนวนครั้งการหกล้มและเวลาในการทดสอบ TUG เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยติดตามถึง 6 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม ขณะที่การศึกษาครั้งนี้ติดตาม 12 สัปดาห์ ระยะเวลาติดตามและการได้รับกิจกรรมที่ยังไม่ครบตามแผนอาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างของผล แต่ยังต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าว

4. ผลการขยายการใช้รูปแบบในพื้นที่ 7 อำเภอ

ระยะขยายผลมีผู้เริ่มกิจกรรมร้อยละ 90.00 ของผู้เข้าเกณฑ์ และมีข้อมูลก่อนและหลังร้อยละ 87.41 ของผู้เริ่มกิจกรรม อย่างไรก็ตาม จำนวนครั้งที่ได้รับกิจกรรมอยู่ระหว่างร้อยละ 78.33–84.05 ของแผน และได้รับบริการส่งต่อร้อยละ 74.27 ของรายการส่งต่อทั้งหมด จึงยังมีส่วนที่ต้องพัฒนาเรื่องความต่อเนื่องของกิจกรรม การติดตามผู้ขาดการประเมิน และการประสานบริการหลังส่งต่อ

คะแนน BBS และ EQ VAS เพิ่มขึ้นทุกอำเภอ ขณะที่การหกล้มและการบาดเจ็บโดยรวมไม่ได้ลดลง ผลดังกล่าวแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกันระหว่างสมรรถภาพ การรับรู้สุขภาพ และเหตุการณ์หกล้ม สอดคล้องกับความหลากหลายของผลลัพธ์ที่ Hopewell et al.[9] รายงานไว้ การติดตามการหกล้มและการบาดเจ็บจึงยังจำเป็นแม้คะแนนสมรรถภาพดีขึ้น ส่วนความแตกต่างรายอำเภอใช้ประกอบการทบทวนการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ได้ แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างอำเภอ

ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุขมีความพึงพอใจโดยรวมระดับมาก การมีส่วนร่วมของครอบครัวและกิจกรรมใกล้บ้านอาจเอื้อต่อการยอมรับรูปแบบ โดยวราณี สัมฤทธิ์ และคณะ[10] พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยตรง สำหรับบุคลากรอำเภอทุ่งหว้าที่มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ควรนำความคิดเห็นเพิ่มเติมมาประกอบการปรับการดำเนินงาน ผลความพึงพอใจสะท้อนประสบการณ์ของผู้ตอบแบบประเมิน ส่วนผลด้านการหกล้มต้องพิจารณาจากข้อมูลเหตุการณ์ที่ติดตาม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดจากการกำหนดพื้นที่หนึ่งแห่งต่อกลุ่มและไม่มีการสุ่มรายบุคคล ทำให้แยกผลของพื้นที่ออกจากผลของรูปแบบไม่ได้ การวิเคราะห์ระดับบุคคลจึงต้องตีความภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าว นอกจากนี้ ระยะติดตาม 12 สัปดาห์และจำนวนเหตุการณ์หกล้มที่น้อยทำให้การประมาณผลมีความไม่แน่นอน ระยะขยายผลไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบและวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่มีผลการประเมินทั้งก่อนและหลัง ผลจึงอาจได้รับอิทธิพลจากการขาดติดตาม อีกทั้งข้อมูลการหกล้มก่อนดำเนินงานเก็บย้อนหลัง ส่วนหลังดำเนินงานติดตามไปข้างหน้า ซึ่งอาจมีความครบถ้วนต่างกัน ข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้ยังไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดเกิดจากรูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสามารถนำการประเมินความเสี่ยงสี่มิติไปประกอบการวางแผนกิจกรรมรายบุคคล โดยปรับกิจกรรมตามสมรรถนะของผู้สูงอายุและความพร้อมของพื้นที่ พร้อมติดตามการเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง

2. ควรสนับสนุนผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านและติดตามกิจกรรมตลอดจนกำหนดผู้รับผิดชอบประสานและติดตามการส่งต่อ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตามความจำเป็น

3. ควรติดตามการหกล้มและการบาดเจ็บควบคู่กับการทรงตัวและคุณภาพชีวิต และใช้ความ

คิดเห็นจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคลากรประกอบการปรับปรุงบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลในหลายพื้นที่ต่อกลุ่ม มีกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้แบบวิจัยและการวิเคราะห์ที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่ พร้อมเพิ่มระยะเวลาติดตามเพื่อประเมินการหกล้มและการบาดเจ็บ

2. ควรใช้วิธีติดตามการหกล้มที่สม่ำเสมอตลอดการศึกษา บันทึกความต่อเนื่องของกิจกรรมการรับบริการส่งต่อ และเหตุผลของการขาดติดตามเพื่อประกอบการอธิบายผลลัพธ์และปรับปรุงการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อุมากร ใจยั่งยืน. การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2563;14(34):126-41.
3. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing. 2022;51:afac205. doi:10.1093/ageing/afac205.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
5. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Can J Public Health. 1992;83 Suppl 2:S7-11.
6. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Qual Life Res. 2011;20(10):1727-36. doi:10.1007/s11136-011-9903-x.
7. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsiri S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L valuation study in Thailand. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2018;18(5):551-8. doi:10.1080/14737167.2018.1494574.
8. สิริมา วังพยอม, สาลี อินทร์เจริญ, กีรติ พลเพชร, กาญจนชญา ศิริโชติ, นวพร แก้วชูเสน. ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มด้วยการจัดการหลายปัจจัยต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2566;10(2):20-37.
9. Hopewell S, Copsey B, Nicolson P, Adedire B, Boniface G, Lamb S. Multifactorial interventions for preventing falls in older people living in the community: a systematic review and meta-analysis of 41 trials and almost 20 000 participants. Br J Sports Med. 2020;54:1340-50. doi:10.1136/bjsports-2019-100732.
10. วราณี สัมฤทธิ์, ธิดารัตน์ สุภานันท์, นันทยา เสนีย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(2):e270296.
11. ปารีส ผุยพาณิชย์สิริ, สมพร สังขรัตน์, ศิรินันท์ บริพันธกุล, ศศิภา จินาจิ้น, กัลยพร นันทชัย, บุษย์ณกมล เรืองรักเรียน. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการเดินและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(4):74-80.
12. อโณทัย สุมากรณ์. การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายส่วนล่างในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการล้มในโรงพยาบาลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2568;18(1):42-54.
13. พิณทิพ ธีรธนบดี. ประสิทธิผลของกิจกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวบ้านหนองเม็ก อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17(2):41-54

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

Effectiveness of a health literacy program among type 2 diabetes patients for the prevention of chronic kidney disease.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

จักรี สาริกานนท์[1]
Jakree Sariganont

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 2) เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และ 3) เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design: Two-group pretest-posttest design) ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน (ได้รับโปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพฯ ระยะเวลา 8 สัปดาห์) และกลุ่มควบคุม 30 คน (ได้รับการดูแลตามปกติ) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพฯ 8 สัปดาห์ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิก และ 3) แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย: (1) ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-7.368, p<0.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (t=0-0.929,p=0.360) (3) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกปรับตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ในเกือบทุกตัวแปร และมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS, HbA1c), การทำงานของไต (BUN, Cr), ระดับไขมัน (Cholesterol) และระดับความดันโลหิต (SBP, DBP) ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีระดับไขมันดี (HDL) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระดับ Triglycerides และ LDL ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม (p<0.05) สำหรับกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการทดลอง

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, โรคไตเรื้อรัง, ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

The objectives of this study were to: 1) compare the health literacy levels of patients with type 2 diabetes before and after participating in the program, 2) compare the self-care behavior levels of patients with type 2 diabetes before and after participating in the program, and 3) compare the clinical outcomes of patients with type 2 diabetes before and after participating in the program. This study utilized a quasi-experimental research design (two-group pretest-posttest design). The study population comprised patients with type 2 diabetes receiving treatment at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital between October 1, 2024, and September 30, 2025. A total sample of 60 patients was divided into an experimental group of 30 participants (who received the 8-week health literacy enhancement program) and a control group of 30 participants (who received usual care). Research instruments included: 1) the 8-week health literacy program 2) a data recording form for personal data, health behaviors, and clinical outcomes, and 3) a health literacy assessment tool based on the 3E2S principles. Demographic data were analyzed using descriptive statistics, and comparisons were conducted using the independent t-test.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

Results: (1) Baseline personal characteristics and pre-intervention clinical outcomes showed no statistically significant differences between the two groups. (2) Regarding health literacy, post-intervention health literacy levels in the experimental group were significantly higher than pre-intervention levels (t=-7.368, p<0.001) whereas no significant difference was observed in the control group (t=0-0.929,p=0.360) (3) Regarding clinical outcomes, after completing the program, the experimental group showed statistically significant improvements across almost all variables compared to pre-intervention levels (p<0.05) and showed statistically significant differences compared to the control group. Specifically, the experimental group exhibited significantly lower levels of blood glucose (FBS, HbA1c), renal function parameters (BUN, Cr), total cholesterol, and blood pressure (SBP, DBP), as well as higher levels of high-density lipoprotein (HDL) compared to the control group. No statistically significant differences were observed between the groups for triglycerides and LDL(p<0.05). The control group showed no significant pre- and post-intervention differences in clinical outcomes.

Keywords: Health literacy program, Type 2 diabetes patients, Chronic kidney disease, Clinical outcomes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที[1] จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปีและมีผู้ป่วย โรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี[2] ในประเทศไทยพบความชุกของโรคเบาหวานใน พ.ศ. 2565- 2567 เท่ากับ 2,008.92, 2,091.28 และ 2,245.09 ต่อประชากรแสนคน[3] ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติส่งผลทำให้การทำงานของไตลดลงจนเกิดภาวะไตวาย โดยพบว่าอัตราป่วยโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังในระยะที่ 2 และ 3 ใน พ.ศ. 2565 ถึงร้อยละ 38.88 และ 26.36 ใน พ.ศ. 2566 พบร้อยละ 53.82[4] ในส่วนของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบความชุกของโรคเบาหวานใน พ.ศ. 2565- 2567 เท่ากับ 2,008.92, 2,091.28 และ 2,245.09 ต่อประชากรแสนคน โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน 490 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอใน พ.ศ. 2565 ร้อยละ 77.23 และใน พ.ศ. 2566 ร้อยละ 62.11 ตามลำดับ[5] ทั้งนี้สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการรับประทานอาหาร ภาวะเครียด การรับประทานยาไม่สม่ำสมอและการไม่ออกกำลังกาย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน การประกอบอาชีพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ซึ่งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกระบวนการสร้างความรอบรู้โดยการฝึกทักษะและประสบการณ์จนทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา โดยผ่านการฝึกฝนทักษะ ด้านความรู้ การคิดคำนวณ การพูดและการฟังเพื่อการสื่อสารทางด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาวะ ทักษะทางสังคม การ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้จนเกิดความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา[6]

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการอบรมจัดการเรียนรู้ การฝึกทักษะความรู้ความเข้าใจโดยใช้คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การฝึกฝนทักษะการคิด คำนวณ การพูด การฟัง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพื่อการใช้สื่อสารทางด้านสุขภาพกับครอบครัวและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่สร้างความสามารถทักษะทางด้านสังคม การตัดสินใจแก้ปัญหาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ[7] ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พบว่าโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ด้วยการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการเรียนรู้เรื่องเบาหวาน ฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา และกิจกรรมกลุ่มการสร้างความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจร่วมกันแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดจากภาวะไตวาย และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้[8,9]

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้นำแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam D., 2000) มาประยุกต์ใช้สร้างเป็นโปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยมีระยะ 8 สัปดาห์ ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ปี 2567 มุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพราะการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดการชี้นำระบบสุขภาพของประชาชนทำให้คาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์ในการใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จากโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น และเป็นการประเมินประสิทธิผลโปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2) เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และ

3) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง Quasi-experimental research design: Two-group pretest-posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568 จำนวน 875 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 30-70 ปี

2. วินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ≤ 1 ปี

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในปัจจุบัน

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคเบาหวาน เช่น ภาวะจอตาประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน ระดับรุนแรง ภาวะแผลที่เท้าจากเบาหวาน หรือภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อการช่วยเหลือตนเอง

2. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ได้แก่ มีปัญหาด้านสายตาหรือการได้ยินขั้นรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ หรือมีภาวะสมองเสื่อม/ความผิดปกติทางจิตเวชที่ไม่สามารถทำตามขั้นตอนของโปรแกรมวิจัยได้

เกณฑ์การยุติการศึกษา

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนด (ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง หรือเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาทั้งหมด)

2. ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน ภาวะเจ็บป่วยขั้นรุนแรง หรือต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยภาวะวิกฤตที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมต่อไปได้

กำหนดขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Version 3.1) สำหรับทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งรายงานค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.65 เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความเหมาะสม และครอบคลุมบริบทของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าพารามิเตอร์ในการคำนวณผ่านโปรแกรม G*Power ดังนี้ ขนาดอิทธิพล (Effect size) กำหนดเท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่น (alpha err prob) กำหนดเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test beta) กำหนดเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 คน (แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สำรองขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 15% เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินโครงการ (Drop-out rate หรือ Attrition rate) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน คือ

กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 30 คน (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง)

กลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 30 คน (ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรม 8 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 เตรียมตัวก่อนเข้าโปรแกรม (pretest) สอนทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 พื้นฐานความรู้เบาหวานกับโรคไต

สัปดาห์ที่ 3 การจัดการปริมาณน้ำและโซเดียม

สัปดาห์ที่ 4 การออกกำลังกายที่ปลอดภัยและได้ผล

สัปดาห์ที่ 5 การใช้ยาและการติดตาม (adherence)

สัปดาห์ที่ 6 การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการอ่านผลตรวจเบื้องต้น

สัปดาห์ที่ 7 ทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา (problem-solving)

สัปดาห์ที่ 8 ทบทวน ผลลัพธ์ และการวางแผนระยะยาว (posttest)

โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของเนื้อหา และความสอดคล้องของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต/เบาหวาน, อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, และผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและ Health Literacy) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้จริง

(2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

(2.1) แบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง BMI โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย HbA1c, BUN, Cr, eGFR, Urine ACR, Cholesterol, Triglycerides, LDL, HDL, FBS, ระดับความดันโลหิต (SBP, DBP)

(2.2) แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข) จำนวน 30 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 0.98 และความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-cofficient) ของครอนบาค =0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลแบบแจงนับ (categorical data) จะถูกนำเสนอเป็น จำนวน และ ร้อยละ ในขณะที่ข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) ที่มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal distribution) จะนำเสนอโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; SD) แต่ถ้าการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ (Asymmetrical distribution) จะนำเสนอโดยค่ามัธยฐาน (median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR)

2. การเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Within-group comparison) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Between-group comparison) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน พบว่า **เพศ** กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) และเพศชาย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่เป็นเพศหญิงมากกว่า จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.67) และเพศชาย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) ในภาพรวมทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.33 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.793) **อายุ** ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 61–70 ปี โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.67) และกลุ่มทดลองมีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือช่วงอายุ 50–60 ปี (ร้อยละ 33.33 ในทั้งสองกลุ่ม) โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.50 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.10 ปี เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.824) **สถานภาพสมรส** ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.67) และกลุ่มทดลองมีจำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) รองลงมาคือโสดและหม้าย ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.987) **อาชีพ** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 40.00) และกลุ่มทดลองมีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.67) รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง (กลุ่มควบคุมร้อยละ 36.67 และกลุ่มทดลองร้อยละ 30.00) และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 23.33 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.765) **ดัชนีมวลกาย (BMI)** ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 43.33 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มละ 13 คน) รองลงมาคือเกณฑ์อ้วน (25.0 ขึ้นไป) โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) และกลุ่มทดลองมีจำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.67) โดยกลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.60 Kg/m^2 และกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.80 Kg/m^2 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.830)

ตารางที่ 1 แสดงเปรียบเทียบระดับความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ของกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม (ระหว่างกลุ่ม)

รายการประเมิน	ก่อนการทดลอง		t (p-value)	หลังการทดลอง		t (p-value)
	กลุ่มควบคุม (n=30) Mean ± S.D.	กลุ่มทดลอง (n=30) Mean± S.D.		**กลุ่มควบคุม (n=30) Mean ± S.D.**	กลุ่มทดลอง (n=30) Mean± S.D.	
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.	4.19 ± 2.47	4.23 ± 2.30	-0.065 (0.948)	4.43 ± 3.08	6.85 ± 2.10	-3.565 (0.001*)
2. การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส.	6.29 ± 3.24	6.35 ± 3.10	-0.073 (0.942)	6.50 ± 2.80	7.49 ± 2.34	-1.485 (0.143)
3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส.	1.67 ± 1.02	1.70 ± 0.98	-0.116 (0.908)	1.75 ± 1.10	2.38 ± 0.84	-2.493 (0.016*)
4. พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.	3.89 ± 2.44	3.92 ± 2.30	-0.049	4.02 ± 2.20	5.38 ± 1.78	-2.630 (0.011*)
รวมภาพรวม	15.94 ± 3.23	16.10± 3.15	-0.194 (0.847)	16.70 ± 3.10	21.90 ± 2.95	-6.657 (0.000)*

ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบระดับความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ของกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม (ภายในกลุ่ม)

ความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	n	Mean ± S.D.	t	p-value	n	Mean ± S.D.	t	p-value
ก่อนทดลอง	30	15.94 ± 3.23	-0.929	0.360	30	16.10± 3.15	-7.368	0.000*
หลังทดลอง	30	16.70 ± 3.10			30	21.90 ± 2.95		

จากตารางที่ 1 และ 2 **กลุ่มควบคุม** เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ระดับความรอบรู้สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -0.929, p = 0.360) **กลุ่มทดลอง** เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -7.368, p = 0.000)

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ระหว่างกลุ่ม)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t (p-value)	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t (p-value)
ระดับน้ำตาลในเลือด	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.				
- FBS (mg/dL)	165.40 ± 22.35	166.10 ± 21.80	-0.123 (0.903)	162.30 ± 20.10	148.50 ± 15.20	3.003 (0.004*)
- HbA1c (%)	8.65 ± 1.12	8.68 ± 1.05	-0.107 (0.915)	8.42 ± 0.95	7.15 ± 0.68	5.968 (0.001*)
การทำงานของไต						
- BUN (mg/dL)	18.50 ± 4.20	18.30 ± 3.90	0.191 (0.849)	18.10 ± 3.80	15.10 ± 3.10	3.348 (0.001*)
- Cr (mg/dL)	0.93 ± 0.25	0.94 ± 0.22	0.923 (0.639)	0.95 ± 0.23	0.88 ± 0.87	1.247 (0.000*)
- eGFR (mL/min/1.73 m^2)	94.20 ± 2.84	93.80 ± 2.92	0..274 (0.820)	92.50 ± 2.37	98.80 ± 1.94	-3.294 (0.001*)
ระดับไขมันในเลือด						
- Cholesterol (mg/dL)	225.60 ± 30.40	224.10 ± 28.50	0.197 (0.844)	220.50 ± 27.80	198.20 ± 21.50	3.475 (0.001*)
- Triglycerides (mg/dL)	195.30 ± 35.20	194.50 ± 32.10	0.092 (0.927)	190.20 ± 31.50	182.10 ± 22.80	1.142 (0.258)
- LDL (mg/dL)	145.80 ± 24.10	144.20 ± 22.50	0.266 (0.791)	142.10 ± 21.80	138.40 ± 16.50	0.741 (0.462)
- HDL (mg/dL)	41.20 ± 5.60	41.80 ± 5.20	-0.430 (0.669)	41.90 ± 5.30	49.50 ± 6.10	-5.155 (0.001*)
ระดับความดันโลหิต						

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ระหว่างกลุ่ม)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t (p-value)	**กลุ่มควบคุม**	กลุ่มทดลอง	t (p-value)
ระดับน้ำตาลในเลือด	**Mean ± S.D.**	**Mean ± S.D.**				
- SBP (mmHg)	144.50 ± 12.80	143.80 ± 11.50	0.223 (0.824)	141.20 ± 10.50	126.30 ± 8.40	6.069 (0.001*)
- DBP (mmHg)	88.20 ± 7.50	87.50 ± 6.80	0.378 (0.707)	86.50 ± 6.20	78.40 ± 5.20	5.485 (0.001*)

จากตารางที่ 3 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกในทุกๆ ตัวแปรไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเสร็จสิ้นการใช้โปรแกรม พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายตัวแปร ดังนี้ ระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีค่า FBS และ HbA1c ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทำงานของไต กลุ่มทดลองมีค่า BUN และ Cr ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับไขมันในเลือด กลุ่มทดลองมีค่า Cholesterol ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่า HDL (ไขมันดี) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า Triglycerides และ LDL ของทั้งสองกลุ่มหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความดันโลหิต กลุ่มทดลองมีค่า SBP และ DBP ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ภายในกลุ่ม)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	**กลุ่มควบคุม**				กลุ่มทดลอง			
	n	**Mean ± S.D.**	**t**	**p-value**	**n**	**Mean ± S.D.**	**t**	**p-value**
1. FBS (mg/dL)								
ก่อนทดลอง	30	165.40 ± 22.35	0.584	0.564	30	166.10 ± 21.80	7.845	0.000*
หลังทดลอง	30	162.30 ± 20.10			30	148.50 ± 15.20		
2. HbA1c (%)								
ก่อนทดลอง	30	8.65 ± 1.12	0.857	0.398	30	8.68 ± 1.05	6.721	0.000*
หลังทดลอง	30	8.42 ± 0.95			30	7.15 ± 0.68		
3. BUN (mg/dL)								
ก่อนทดลอง	30	18.50 ± 4.20	0.387	0.702	30	18.30 ± 3.90	3.524	0.001*
หลังทดลอง	30	18.10 ± 3.80			30	15.10 ± 3.10		
4. Cr (mg/dL)								
ก่อนทดลอง	30	0.93 ± 0.25	-0.484	0.632	30	0.94± 0.22	-2.724	0.000*
หลังทดลอง	30	0.95 ± 0.23			30	0.88 ± 0.87		
5. eGFR (mL/min/1.73 m²)								
ก่อนทดลอง	30	94.20 ± 8.50	0.794	0.434	30	93.80 ± 8.10	-3.816	0.000*
หลังทดลอง	30	92.50 ± 8.10			30	98.80 ± 1.94		

ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (ภายในกลุ่ม)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	n	Mean ± S.D.	t	p-value	n	Mean ± S.D.	t	p-value
6. Cholesterol (mg/dL)								
ก่อนทดลอง	30	225.60 ± 30.40	0.678	0.503	30	224.10 ± 28.50	3.978	0.000*
หลังทดลอง	30	220.50 ± 27.80			30	198.20 ± 21.50		
7. Triglycerides (mg/dL)								
ก่อนทดลอง	30	195.30 ± 35.20	0.592	0.558	30	194.50 ± 32.10	1.732	0.094
หลังทดลอง	30	190.20 ± 31.50			30	182.10 ± 22.80		
8. LDL (mg/dL)								
ก่อนทดลอง	30	145.80 ± 24.10	0.624	0.537	30	144.20 ± 22.50	1.140	0.263
หลังทดลอง	30	142.10 ± 21.80			30	138.40 ± 16.50		
9. HDL (mg/dL)								
ก่อนทดลอง	30	41.20 ± 5.60	-0.496	0.624	30	41.80 ± 5.20	-5.253	0.000*
หลังทดลอง	30	41.90 ± 5.30			30	49.50 ± 6.10		
10. SBP (mmHg)								
ก่อนทดลอง	30	144.50 ± 12.80	1.092	0.284	30	143.80 ± 11.50	6.745	0.000*
หลังทดลอง	30	141.20 ± 10.50			30	126.30 ± 8.40		
11. DBP (mmHg)								
ก่อนทดลอง	30	88.20 ± 7.50	0.957	0.346	30	87.50 ± 6.80	5.823	0.000*
หลังทดลอง	30	86.50 ± 6.20			30	78.40 ± 5.20		

จากตารางที่ 4 กลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในเกือบทุกตัวแปร ยกเว้น Triglycerides และ LDL

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่าหลังได้รับการฝึกอบรมตามโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งการเปรียบเทียบภายในกลุ่มตนเองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของไต ระดับความดันโลหิต ค่าคอเลสเตอรอลรวม และระดับไขมันดี (HDL) ปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 61–70 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.00) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 43.33) และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงอ้วน โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนเริ่มใช้โปรแกรม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความสอดคล้องและเท่าเทียมกันในลักษณะประชากรศาสตร์ (Baseline Homogeneity) ทำให้สามารถสรุปได้ว่าความแตกต่างของผลลัพธ์หลังการทดลองเกิดจากผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างแท้จริง ผลของโปรแกรมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (3อ.2ส.)

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมตามหลัก 3อ.2ส. สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ (ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ซึ่งโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในศึกษานี้มีจุดเด่นหลายประการ เริ่มจากการนำหลักการ 3อ.2ส. มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต อาชีพเกษตรกรและรับจ้าง และระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน และสามารถนำไปปฏิบัติตนได้ในชีวิตประจำวันจริง นอกจากนี้ โปรแกรมไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การถ่ายทอดความรู้ แต่ยังเน้นการสร้างความเชี่ยวชาญผ่านการฝึกทักษะการประเมินตนเอง การสื่อสารปฏิสัมพันธ์ และการตั้งเป้าหมายดูแลสุขภาพตนเอง อีกจุดเด่นสำคัญคือการวัดผลลัพธ์ที่ครอบคลุมและรอบด้าน ทั้งระดับตัวแปรพฤติกรรม ตัวชี้วัดการทำงานของไตโดยตรง และปัจจัยเสี่ยงร่วมทางหลอดเลือด ทำให้สามารถยืนยันผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรมในการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างชัดเจน

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยปรับตัวดีขึ้นนั้น เกิดจากกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านกรอบความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา และบุหรี่/ยาเสพติด) ซึ่งตรงกับบริบทวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน โดยมีรายละเอียดของกลไกในแต่ละด้าน ดังนี้ (1) ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลและการทำงานของไต ระดับ FBS และ HbA1c ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้ระดับครีเอตินิน (Cr) และไนโตรเจนจากสารยูเรียในเลือด (BUN) ลดลงอย่างชัดเจน ในขณะที่อัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มสูงขึ้น เหตุผลสนับสนุนคือเมื่อผู้ป่วยเกิดความรอบรู้ด้านอาหาร (อ.อาหาร) สามารถประเมินและคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต รสหวาน และลดโซเดียมลงได้ ทำให้ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังลดลง กลไกทางชีวเคมีจากการมีน้ำตาลสะสมในเลือดสูงจะนำไปสู่กระบวนการสร้างสารขั้นสูงที่เป็นพิษ และส่งผลให้หลอดเลือดฝอยของหน่วยไต (Glomerulus) เกิดภาวะความดันภายในหลอดเลือดสูง การที่ระดับน้ำตาลลดลงจึงช่วยลดความเสียหายของโครงสร้างไต ลดภาวะไตทำงานหนักเกินไป ส่งผลให้ค่าการทำงานของไตฟื้นตัวและชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) ด้านระดับความดันโลหิต ความดันโลหิตตัวบน (SBP) และตัวล่าง (DBP) ลดลงจากระดับสูงเข้าสู่เกณฑ์ปกติ เหตุผลเกิดจากการผสมผสานความรอบรู้ด้านอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (อ.ออกกำลังกาย) และการจัดการความเครียด (อ.อารมณ์) การลดบริโภคอาหารเค็มและอาหารแปรรูปช่วยลดปริมาณโซเดียมในร่างกาย ทำให้แรงดันในระบบหลอดเลือดลดลง ร่วมกับการออกกำลังกายประเภทแอโรบิกเบาๆ ถึงปานกลางที่ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด และลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกตินี้ถือเป็นกลไกปกป้องไตที่สำคัญที่สุด เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหลักที่ทำลายหลอดเลือดฝอยในไตโดยตรง (3) ด้านระดับไขมันในเลือด ระดับไขมันชนิดดี (HDL) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ และไขมันชนิดไม่ดี (LDL) มีค่าเฉลี่ยลดลงเข้าสู่เกณฑ์ปกติ เหตุผลที่ HDL เพิ่มขึ้นเด่นชัดเป็นผลมาจากการเพิ่มกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ลิโพโปรตีนลิเปส (Lipoprotein\ Lipase) และส่งเสริมกระบวนการขนส่งคอเลสเตอรอลย้อนกลับ สำหรับค่าไขมันตัวอื่นแม้จะลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการดำเนินงานที่ต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างไขมันในเลือดเป็นเวลานาน ประกอบกับปัจจัยด้านพื้นฐานโภชนาการเดิมของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อนำผลการศึกษามาเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบประเด็นความสอดคล้องและความแตกต่างทางวิชาการ ดังนี้ ผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์[10] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ จังหวัดลำปาง โดยพบว่าโปรแกรมช่วยเพิ่มคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการให้ความรู้ที่ปรับให้เหมาะกับบริบทระดับปฐมภูมิสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในส่วนของการปกป้องการทำงานของไต ผลการศึกษาสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ เรืองศิลป์ เตชะบุญญะ, สุทธีพร มูลศาสตร์ และ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา[11]ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ซึ่งพบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ส่งผลให้คะแนนความรอบรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่า eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พร้อมทั้งลดระดับน้ำตาลในเลือดและโปรตีนในปัสสาวะลง ซึ่งยืนยันข้อสรุปที่ว่าการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเป็นมาตรการสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ ผลลัพธ์ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Katekaew Seangpraw[12]ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย โดยพบว่าโปรแกรมความรอบรู้ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง การดูแลตนเอง ลดระดับ HbA1c และช่วยปรับปรุงค่า eGFR รวมถึงลดระดับครีเอตินิน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Laura M. Curtis และคณะ [13] ในสหรัฐอเมริกา ที่ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกชนบท 750 คน พบว่าการส่งเสริมด้านความรอบรู้ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น ซึ่งทั้งสองตัวแปรนี้ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ความแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมและนวัตกรรมที่ใช้ในการดำเนินการงานวิจัยของ เรืองศิลป์ เตชะบุญญะ และคณะ มีการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการร่วมกับการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบตลอด 12 สัปดาห์ ขณะที่งานวิจัยของ Marco D. Boonstra และคณะ[14]ในเนเธอร์แลนด์นำเสนอโปรแกรม "Grip on your Kidneys" ที่มุ่งพัฒนาความรอบรู้ทั้งในผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไปพร้อมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารในระบบบริการ ส่วนงานวิจัยของ Nai-Jung Chen และคณะ[15] ในไต้หวัน มีความแตกต่างอย่างชัดเจนในด้านสื่อการสอน โดยใช้เทคโนโลยีหุ่นยนต์ตอบโต้เสมือนจริง เข้ามาช่วยโค้ชสุขภาพ ในขณะที่งานวิจัยนี้เน้นการประยุกต์ใช้หลัก 3อ.2ส. ผ่านรูปแบบการจัดการเรียนรู้ในระดับชุมชนที่เรียบง่าย เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุได้สะดวกโดยไม่ต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีซับซ้อน นอกจากนี้ ผลลัพธ์ต่อระดับไขมันในเลือดและปัจจัยเสี่ยงแทรกซ้อน ในงานวิจัยนี้พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะระดับ HDL ส่วนคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ LDL ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Boonstra และคณะที่เน้นติดตามผลการลดสัดส่วนภาวะความดันโลหิตสูงอย่างโดดเด่น (OR = 0.45) และงานวิจัยของ Curtis และคณะ[16] ที่เน้นผลสัมฤทธิ์ของการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) เพื่อการควบคุมความดันและน้ำตาลเป็นหลัก ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ดำเนินศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับพื้นที่จำนวน 54 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและประกอบอาชีพเกษตรกร ในขณะที่งานวิจัยต่างประเทศ เช่น Curtis และคณะ มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ระดับประชากรชนบท (750 คน) และงานวิจัยของ Boonstra และคณะครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะ 2 ถึงระยะ 4 (จำนวน 147 คน) ซึ่งมีความซับซ้อนของพยาธิสภาพมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในคลินิกเบาหวาน ควรนำโครงสร้างโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 8 สัปดาห์ ไปปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะแรก เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2. ผู้บริหารควรสนับสนุนรูปแบบกิจกรรมสื่อเรียนรู้ตามหลัก 3อ.2ส. ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและเกษตรกร (ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่) เช่น การจัดทำคู่มือขนาดพกพา สื่ออินโฟกราฟิก หรือแอปพลิเคชัน/LINE OA ที่ใช้งานง่าย เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ควรนำโปรแกรมนี้ไปถ่ายทอดและขยายผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในชุมชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมที่ระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และตัวชี้วัดการทำงานของไตในระยะยาว

2. ขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมานานมากกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะเริ่มต้น (Microalbuminuria) หรือศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มอายุหรือระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีความเฉพาะเจาะจงตรงกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

3. ศึกษาวิจัยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสมาร์ทโฟน ระบบเตือนทานยา หรือการเยี่ยมติดตามทางไกล (Tele-nursing) ร่วมกับกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมและลดอัตราการสูญหายของผู้ป่วยในการวิจัยระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC): รายงานอัตราความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2565–2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC): รายงานสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรังแยกตามระยะ ปีงบประมาณ 2565–2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC): รายงานอัตราความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวาน และสัดส่วนภาวะแทรกซ้อนทางไต จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปีงบประมาณ 2565–2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณญาณ.อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง
7. เรืองศิลป์ เตชะบุญญะ, สุทธีพร มูลศาสตร์, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(2):164-77.
8. รัตนาภรณ์ กล้ารบ, อรพินท์ สีขาว, ชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564;22(3):274-83.
9. ภคภณ แสนเตชะ, ประจวบ แหลมหลัก. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลแม่ปืม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา. 2563;43(2):150-64.
10. มะยุเรีย รุ่งเจริญอารีจิตต์. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแหงใต้ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ). 2567;34(2):46-53.

11. เรืองศิลป์ เตชะบุญญะ, สุทธีพร มูลศาสตร์, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(2):164-77.
12. Seangpraw K, Ong-Artborirak P, Boonyathee S, Wungrath J. Effect of health literacy intervention on glycemic control and renal function among Thai older adults at risk of type 2 diabetes mellitus. Clin Interv Aging. 2023;18:1465-76.
13. Curtis LM, Wolf MS, Weiss BD, Davis TC. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. Med Care. 2012;50(4):277-82.
14. Boonstra MD, Reijneveld SA, Westerhuis R, de Zeeuw D, de Boer RA, Navis G, et al. Effectiveness of a health literacy intervention targeting both chronic kidney disease patients and health care professionals in primary and secondary care: a quasi-experimental study. J Nephrol. 2024;37(9):2621-33.
15. Chen NJ, Chang CH, Huang CM, Guo JL. Assessing the effectiveness of interactive robot-assisted virtual health coaching: A quasi-experimental study on health literacy and disease knowledge in patients with chronic kidney disease. J Med Internet Res. 2025;27:e68072.
16. Curtis LM, Davis TC, Arnold CL, Gan JM, McSweeney JC, Hur S, et al. Effectiveness of a health literacy intervention to improve diabetes outcomes in rural family medicine clinics: a randomized pragmatic trial. Health Lit Commun Open. 2024;2(1):2382133.

การศึกษาลักษณะทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับสารเสพติดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Association Between Clinical Presentations and Substance Use Patterns Among Emergency Department Patients: A Single-Center Study.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ศิวพันธ์ เพชรอุดม[1*] ณรงค์ กุลนิเทศ[2] ณิช วงศ์ส่องจ้า[3]
Sivapan Pechudom[1] Narong Kulnides[2] Nich Wongsongja[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน และเพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกที่มีความความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง ดำเนินการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้รับการบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10-TM ในกลุ่ม F10–F19 มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกทั้งสิ้น 126 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยฉุกเฉินมีลักษณะทางคลินิกโดยอาการและระดับความรุนแรง อาการนำที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มคลุ้มคลั่ง จิตเวชร้อยละ 32.54 และใจสั่น แน่นหน้าอกร้อยละ 27.78 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 42.86 แต่มีโรคจิตเวชร่วมร้อยละ 32.54 เมื่อคัดแยกตามเกณฑ์คัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉิน พบระดับเร่งด่วน มากที่สุดร้อยละ 46.83 รองลงมาคือเร่งด่วนมาก ร้อยละ 35.71 สารเสพติดและผลตรวจ พบว่าประวัติใช้กลุ่มยาบ้ามากที่สุดร้อยละ 45.24 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารเสพติดร้อยละ 38.89 (เป็นกลุ่มยาบ้ามากที่สุด ร้อยละ 22.22) และตรวจไม่พบร้อยละ 61.11 ผลการดูแลผู้ป่วนส่วนใหญ่ได้รับการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 57.94 และให้กลับบ้านร้อยละ 32.54 และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพและประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับผลตรวจสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ขณะที่โรคประจำตัว อาการสำคัญ ระดับความเร่งด่วน และประวัติการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับผลการดูแลรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : สารเสพติด, ผู้ป่วยฉุกเฉิน, ห้องฉุกเฉิน, การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

Abstract

This study aimed to examine personal factors associated with substance use among patients admitted to the Emergency Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. And, to investigate clinical presentations associated with substance use among patients admitted to the Emergency Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. This survey research by retrospective study was conducted at the Emergency Department of King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. Medical records from a four-year period (January 2022 to December 2025) were reviewed. The target population consisted of emergency patients diagnosed with mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (ICD-10-TM codes: F10–F19). A total of 126 patients met the eligibility criteria. Data were analyzed using mean, standard deviation, and the Chi-square test.

[1] นักศึกษาสาขานิติวิทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา spumppc2016@gmail.com

[2] สาขานิติวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

[3] สาขานิติวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Results: Regarding clinical presentation, the most common chief complaints were agitation/psychiatric symptoms (32.54%) and palpitations/chest tightness (27.78%). Most patients had no underlying medical comorbidities (42.86%), while 32.54% had co-occurring psychiatric disorders. Emergency triage classification revealed that the majority were categorized as Urgent (46.83%), followed by Emergency (35.71%). Regarding substance involvement, a history of amphetamine use was most often reported (45.24%). Laboratory toxicological screening detected substances in 38.89% of cases (predominantly amphetamines at 22.22%), whereas 61.11% tested negative. Concerning treatment outcomes, 57.94% of patients were admitted to the hospital, and 32.54% were discharged home. Occupation and a reported history of substance use were significantly associated with positive laboratory drug screening results ($p < 0.05$). Furthermore, underlying medical conditions, chief complaints, triage acuity levels, and history of substance use were significantly associated with clinical treatment outcomes ($p < 0.05$).

Keywords: Substance abuse, Emergency patients, Emergency department, Emergency Severity Index

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลกอย่างกว้างขวาง โดยก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของการทำงานในระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ตับ ไต ปอด ตลอดจนเพิ่มอัตราการติดเชื้อรุนแรง ประเทศไทยพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดร้อยละ 8 และพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีสูงถึงร้อยละ 42 [1] การออกฤทธิ์ของสารเสพติดทำลายระบบการทำงานของสมอง นำไปสู่ความผิดปกติทางจิตเวช เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และโรคจิตเภท ซึ่งบั่นทอนสมาธิ ความจำ ตลอดจนการควบคุมอารมณ์และความคิด [2] ข้อมูลปี 2567 ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยยาเสพติดสะสม 969,901 ราย และพบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยจำนวน 381,631 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 39.35 แต่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการทางจิตและมีพฤติกรรมก่อความรุนแรงเข้าถึงระบบบริการเพียงร้อยละ 16.32 [3]

การได้รับสารเสพติดเกินขนาดก่อให้เกิดภาวะหยุดหายใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหมดสติ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างฉับพลันหากขาดการรักษาพยาบาลกู้ชีพอย่างเร่งด่วน [4,5] ผู้ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่น เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การเกิดกลุ่มอาการคอมพาร์ตเมนต์ (Compartment Syndrome) จากการหมดสติกดทับกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน การเกิดภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis) นำไปสู่ไตวายเฉียบพลัน รวมถึงอาการชักจากสมองขาดออกซิเจน [6,7] ผู้ป่วยที่มีประวัติเสพยาเกินขนาดมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตภายใน 1 ปีหลังเข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉินประมาณ 1 ใน 20 ราย และการได้รับการวินิจฉัยภาวะพิษจากสารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการเสพเกินขนาดในเวลาต่อมาสูงขึ้น 5 เท่า[8] สถิติหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2562–2566 พบผู้ป่วยกลุ่มความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด (ICD-10-TM: F10–F19) ช่วงอายุ 18–65 ปี เข้ารับการรักษาเฉลี่ยปีละ 91 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 91.95 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทั้งหมด[9,10]

ห้องฉุกเฉินเผชิญข้อจำกัดด้านข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างชนิดสารเสพติดกับลักษณะอาการทางคลินิกที่แสดงออก ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยและความล่าช้าในการจัดการทางการแพทย์ [11] ผู้ป่วยจำนวนมากปกปิดข้อมูลการเสพสารเนื่องจากความวิตกกังวลต่อการถูกดำเนินคดีทางกฎหมายหรือการถูกตีตราทางสังคม ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องอาศัยการประเมินจากอาการแสดงภายนอกเป็นหลัก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการระบุสารเสพติดอย่างถูกต้องเพียงประมาณครึ่งหนึ่ง [12] นอกจากนั้น การตรวจสารทางพิษวิทยาในห้องฉุกเฉินตรวจสารกลุ่มแอมเฟตามีนในปัสสาวะได้ภายใน 1–3 วันหลังการ

เสพ และการใช้ประวัติการเสพร่วมกับการประเมินกลุ่มอาการทางพิษวิทยามีประโยชน์ต่อความแม่นยำในการรักษา [13] แม้การศึกษาในอดีตได้ศึกษารูปแบบสารเสพติดและอาการนำในห้องฉุกเฉิน [13] ตลอดจนการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลฉุกเฉิน [14] แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงเชิงสถิติระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการใช้สาร อาการสำคัญตามการคัดแยก ตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI) กับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลลัพธ์การดูแลรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงที่มีผู้ป่วยซับซ้อน อีกทั้งยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความไม่สอดคล้องระหว่างประวัติการเสพจริงกับผลตรวจทางนิติพิษวิทยา [12] ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัสโรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ดัดแปลงสำหรับประเทศไทย (ICD-10-TM) (F10–F19) [15] ย้อนหลัง 4 ปี ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ส่วนที่ยังขาดความสมบูรณ์ และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบคัดกรองตลอดจนแนวทางการบริบาลทางนิติพิษวิทยาให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน

2. เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกที่มีความความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) ดำเนินการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้รับการบันทึกรหัสการวินิจฉัยโรคตามระบบ ICD-10-TM ในกลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10–F19)[15]

คุณสมบัติของอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และได้รับการวินิจฉัยรหัส ICD-10-TM (F10–F19) [15] เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือผลการรักษาไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น (Refer In) และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 126 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ และปีที่เข้ารับการรักษา ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย วิธีการเดินทางมาห้องฉุกเฉิน อาการสำคัญเมื่อมาถึง (Chief Complaint) โรคประจำตัว ระดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์ ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency Severity Index : ESI Version 4) [16] และประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลลัพธ์การรักษา ประกอบด้วย ผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ (Urine Drug Screen) และผลการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (Disposition) ซึ่งจำแนกเป็นการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การให้กลับบ้าน และการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความครบถ้วน

ของตัวแปรตามเกณฑ์การวินิจฉัยรหัสโรคกลุ่ม (F10–F19) ตามระบบ ICD-10-TM [15]โดยผ่านการพิจารณาให้ข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงหัวข้อการจำแนกสารเสพติดและระดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์มาตรฐานสากล ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้วิจัยได้ทดสอบความครอบคลุมและความชัดเจนของแบบบันทึกข้อมูลกับเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกตามเกณฑ์คัดเข้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และแบบบันทึกข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ข้อมูลที่รวบรวมประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ อาชีพ และปีที่เข้ารับการรักษา ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก เช่น วิธีการเดินทางมาห้องฉุกเฉิน อาการสำคัญเมื่อมาถึง โรคประจำตัว ระดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (Emergency Severity Index: ESI Version 4) [16] และประวัติการใช้สารเสพติด และส่วนที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลลัพธ์การรักษา ได้แก่ ผลตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ และผลการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลโดยกำหนดรหัสแทนตัวตน ไม่บันทึกข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วย เช่น ชื่อ นามสกุล หรือเลขประจำตัวโรงพยาบาล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามหนังสือรับรองเลขที่ 0615/2026

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วย 126 ราย เข้ารับการรักษาปี 2568 สูงสุดร้อยละ 41.27 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 83.33 ช่วงอายุพบกลุ่ม 20–30 ปี และ 41 ปีขึ้นไป สูงสุดเท่ากันร้อยละ 34.92 อาชีพรับจ้างพบมากที่สุดร้อยละ 40.48 รองลงมาคือนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 22.22

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n = 126) ข้อมูลลักษณะทางคลินิกและผลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยเดินทางมาเองมากที่สุดร้อยละ 42.86 รองลงมาคือมาโดยรถพยาบาลร้อยละ 36.51 อาการสำคัญนำพบกลุ่มคลุ้มคลั่งหรือจิตเวชมากที่สุดร้อยละ 32.54 และอาการใจสั่นหรือแน่นหน้าอกร้อยละ 27.78 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 42.86 และพบกลุ่มโรคจิตเวชร้อยละ 32.54 การคัดแยกระดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (ESI) พบ ระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) มากที่สุดร้อยละ 46.83 ถัดมาคือ ระดับฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (Emergency) ร้อยละ 35.71 และ ระดับฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) ร้อยละ 14.29

ประวัติการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับผลทางห้องปฏิบัติการ และผลการดูแลรักษา จากการซักประวัติ ผู้ป่วยรายงานประวัติการใช้สารเสพติดกลุ่ม 1 (ยาบ้า/แอมเฟตามีน) มากที่สุด ร้อยละ 45.24 รองลงมาคือสารเสพติดกลุ่ม 5 (กระท่อม/กัญชา) ร้อยละ 23.81 และกลุ่ม 3 (ยานอนหลับ) ร้อยละ 13.49 เมื่อพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจไม่พบสารเสพติดร้อยละ 61.11 และตรวจพบผลบวกร้อยละ 38.89 โดยสารที่ตรวจพบมากที่สุดคือกลุ่ม 1 (ยาบ้า) ร้อยละ 22.22 รองลงมาคือกลุ่ม 3 (ยานอนหลับ) ร้อยละ 8.73 และพบสารมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 4.76 สำหรับผลการดูแลรักษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ

การรับไว้นอนรักษาในโรงพยาบาล สูงถึงร้อยละ 57.94 รองลงมาคือให้กลับบ้านร้อยละ 32.54 และส่งต่อสถานพยาบาลอื่น ร้อยละ 9.52

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลตรวจสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการกับผลการดูแลรักษาในผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

จากการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลตรวจสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ อาชีพ (X^2 = 144.742 p<0.001) และ ประวัติการใช้สารเสพติด (X^2 = 164.690 p<0.001) ส่วนเพศ อายุ วิธีการเดินทางโรคประจำตัว อาการนำ และระดับดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (ESI) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดูแลรักษา (Disposition) ได้แก่ ปีที่เข้ารับการรักษา (X^2 = 18.202 p<0.006) , โรคประจำตัว (X^2 = 18.424 p<0.005), อาการสำคัญที่มาห้องฉุกเฉิน (X^2 = 37.095 p<0.001) , ระดับความเร่งด่วนผู้ป่วย (X^2 = 27.454 p<0.001) และประวัติการใช้สารเสพติด (X^2 = 40.687 p<0.001) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลตรวจสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการกับผลการดูแลรักษาในผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

ปัจจัยที่ศึกษา	ผลตรวจสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการ		ผลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	
	X^2	p	X^2	p
ปีเข้าการรักษา	12.512	0.640	18.202	0.006*
เพศ	9.094	0.105	0.373	0.830
กลุ่มอายุ	13.839	0.538	6.110	0.411
อาชีพ	144.742	< 0.001*	12.014	0.284
วิธีการมาห้องฉุกเฉิน	10.767	0.769	8.852	0.182
อาการสำคัญที่มาห้องฉุกเฉิน	22.373	0.840	37.095	< 0.001*
โรคประจำตัว	12.302	0.656	18.424	0.005*
ระดับความเร่งด่วน	19.768	0.473	27.454	0.001*
ประวัติการใช้สารเสพติด	164.690	< 0.001*	40.687	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี และประกอบอาชีพรับจ้าง แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินครั้งนี้มีผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างด้านพฤติกรรมเสี่ยง สภาพแวดล้อมทางสังคม ลักษณะการทำงาน และโอกาสในการเข้าถึงสารเสพติด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกนกทิพย์ พัฒผล ซึ่งพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 89 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือเป็นผู้ใช้แรงงาน โดยยาเสพติดหลักที่ใช้คือยาบ้า [13] อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการใช้สาร ความถี่ในการใช้ หรือประวัติการกลับไปใช้สารซ้ำ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยอายุ 20-30 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่ใช้สารมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานหรือมีผลกระทบสะสมจากการใช้สารโดยตรง

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ลักษณะทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดพบว่าอาการสำคัญที่พบมากที่สุดคืออาการคลุ้มคลั่งหรืออาการทางจิตเวช รองลงมาคืออาการใจสั่นหรือแน่นหน้าอก อาการซึมลง และอาการชักเกร็งตามลำดับ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการออกฤทธิ์ของสารเสพติดต่อระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้าและแอมเฟตามีน โดยตรง ผลการศึกษาสอดคล้องกับวิภาดา พิศพรรณ และคณะ ซึ่งพบว่า อาการนำที่พบบ่อยของผู้ป่วยสารเสพติดในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ อาการสับสน ซึมลง และชัก โดยสารที่พบมากคือแอมเฟตามีนและโอปิออยด์ สะท้อนให้เห็นว่าอาการของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับสารเสพติดอาจ

แตกต่างกันตามชนิด ปริมาณ และฤทธิ์ของสารที่ได้รับ [13]

ลักษณะทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว รองลงมาคือมีโรคประจำตัวในกลุ่มจิตเวช การพบผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชร่วมในสัดส่วนค่อนข้างสูงอาจสะท้อนความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาสุขภาพจิตกับการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ได้ทั้งสองทิศทางสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไต้หวัน ที่พบว่า ตรวจพบยาในกลุ่ม Benzodiazepine มากที่สุดซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการรักษากลุ่มผู้ป่วยจิตเวช[17] และสอดคล้องกับ วชิราภรณ์ สอระสัน ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการใช้ยาและสารเสพติด [18]

ลักษณะทางคลินิกในระดับความเร่งด่วน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) รองลงมาคือ ระดับเร่งด่วนมาก Emergency) และระดับฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation) เมื่อรวมผู้ป่วยทั้ง 3 ระดับ พบว่ามีจำนวน 122 ราย ร้อยละ 96.83 ของผู้ป่วยทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการคัดแยกให้อยู่ในระดับที่ต้องได้รับการประเมินและดูแลอย่างเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม ระดับดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (ESI) เป็นระบบจัดลำดับความเร่งด่วนในการเข้ารับบริการ โดยพิจารณาจากภาวะคุกคามต่อชีวิต ความเร่งด่วน และทรัพยากรที่คาดว่าจะต้องใช้ [17] มิใช่เครื่องมือสำหรับยืนยันระดับความรุนแรงของพิษจากสารเสพติดโดยตรงผลดังกล่าวสอดคล้องกับรุจิรา อาภาบุษยพันธุ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน และเสนอให้พัฒนาระบบคัดกรอง แนวทางการดูแลและระบบส่งต่ออย่างเป็นมาตรฐาน [14]

ลักษณะทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับผลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล รองลงมาคือได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน และได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อภายในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะอาการทางคลินิก ระดับความเร่งด่วน โรคประจำตัว และประวัติการใช้ยาและสารเสพติดโดยตรง ผลการศึกษาสอดคล้องกับวิภาดา พิศพรรณ และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการยาและสารเสพติด มีอัตราการได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งมีความฉุกเฉินเร่งด่วนไปจึงถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต [13]

ข้อจำกัดของการศึกษา (Limitations)

1. การศึกษาย้อนหลังทำให้คุณภาพข้อมูลขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเดิม และไม่สามารถยืนยันเวลาหรือปริมาณการใช้สารครั้งล่าสุดได้ครบถ้วน

2. การศึกษาดำเนินการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งเดียวและมีผู้ป่วยบางกลุ่มตัวแปรจำนวนน้อย ส่งผลให้ค่าความถี่คาดหมายทางสถิติต่ำกว่าเกณฑ์ จึงจำกัดการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

1. หน่วยงานควรพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งอาการทางกาย สภาพจิตเวช ระดับความรู้สึกตัว และความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงตั้งแต่จุดแรกรับ เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน (ESI) ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

2. แพทย์และพยาบาลควรประเมินผู้ป่วยโดยใช้ประวัติการใช้สาร อาการแสดงทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการควบคู่กัน พร้อมทั้งเชื่อมโยงระบบส่งต่อไปยังหน่วยจิตเวชและคลินิกบำบัดรักษาต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรดำเนินการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) ในโรงพยาบาลหลายระดับ

เพื่อรวบรวมชนิดสาร ปริมาณ และระยะเวลาการใช้สารได้แม่นยำยิ่งขึ้น

2. ควรจัดกลุ่มสารตามกลไกทางเภสัชพิษวิทยา ใช้การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร และติดตามผลลัพธ์ระยะยาวด้านการกลับมารักษาซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations: Office on Drugs and Crime. Thailand: Moving from punishment to treatment of people who use drugs [Internet]. 2023 [cited 2026 Sep 19]. Available from: //www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2023/August/thailand_-moving-from-punishment-to-treatment-of-people-who-use-drugs.html
2. กรมประชาสัมพันธ์. ยาเสพติดส่งผลกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวันอย่างไร ? [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/31/iid/352687
3. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ปีงบประมาณ 2569 [อินเตอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2569]. เข้าถึงจาก: https://ncmc.moph.go.th/home/
4. Modesto-Lowe V, Brooks D, Petry N. Methadone Deaths: Risk Factors in Pain and Addicted Populations. J Gen Intern Med. 2010;25(4):305–9. doi:10.1007/s11606-009-1225-0
5. Shanno MW, Borron SW, Burns MJ. Emergency Management of Poisoning. Haddad and Winchester's Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose. 2007;13–61. doi:10.1016/B978-0-7216-0693-4.50007-4
6. Efstratiadis G, Voulgaridou A, Nikiforou D, Kyventidis A, Kourkouni E, Vergoulas G. Rhabdomyolysis updated. Hippokratia. 2007;11(3):129–37.
7. Kosmadakis G, Michail O, Georgoulias C, Filiopoulos V, Papadopoulou P, Michail S. Acute Kidney Injury Due to Rhabdomyolysis in Narcotic Drug Users. Int J Artif Organs. 2011;34(7):584–8. doi:10.5301/IJAO.2011.8509
8. Cunningham P, Barnes A, Mohamoud S, Allen L, Talbert J, Jarlenski MP, et al. Follow-up After ED visits for Opioid Use Disorder: Do They Reduce Future Overdoses? J Subst Abuse Treat. 2022;142:108807. doi:10.1016/j.jsat.2022.108807
9. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. สถิติจำนวนผู้มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทโรคและช่วงอายุ จำแนกตามกลุ่มโรค. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2567.
10. แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. บริการห้องฉุกเฉิน [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2567. เข้าถึงจาก: https://kcmh.chulalongkornhospital.go.th/dept/department-of-emergency-medicine-th/
11. Moe J, Koh J, Ma JA, Pei LX, MacLean E, Keech J, et al. Screening for harmful substance use in emergency departments: a systematic review. Int J Emerg Med. 2024;17(1):52. doi:10.1186/s12245-024-00616-2
12. Beckerleg W, Hudgins J. Substance Use-related Emergency Department Visits and Resource Utilization. West J Emerg Med. 2022;23(2):166–73. doi:10.5811/westjem.2022.1.53834
13. วิภาดา พิศพรรณ, อัจฉรา ทองภู, เมตตา เขียวแสวง, เจตจำนงค์ เสือใจ, กษมณฑ์ อร่ามวาณิชย์, สาทริยา ตระกูลศรีชัย. การใช้สารเสพติดที่เกี่ยวข้องการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2569];2(2):1–16. เข้าถึงจาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJEM/article/view/247313

14. รุจิรา อาภาบุษยพันธุ์, สำเนา นิลบรรพ์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์, ญาดา จีนประชา, จรุณรักษ์ ยี่ภู่. การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2569];20(1):72–82. เข้าถึงจาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/184860
15. กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย (อังกฤษ – ไทย) ICD-10-TM for PCU : ตารางการจัดกลุ่มและดรรชนีรหัสหัตถการ [อินเตอร์เน็ต]. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ; 2553. น. 113. เข้าถึงจาก: https://share.google/sPu7DtQEx4HLD9gqX
16. กรมการแพทย์. MOPH ED. Triage [อินเตอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 2. กระทรวงสาธารณสุข; 2561. น. 25. เข้าถึงจาก: https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population_Health/Attach/25621021104459AM_44.pdf?contentId=18326
17. Hsieh CY, Hsu JY, Yang CC. Predictive factors for severe outcomes in substance abuse-related emergency visits: A 5-year retrospective analysis at a medical center in Taiwan. J Chin Med Assoc. 2024;87(1):40–7. doi:10.1097/JCMA.0000000000001020
18. วชิราภรณ์ สอระสัน. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2569];8(1):346–59. เข้าถึงจาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/1306

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องระยะฉุกเฉิน : กรณีศึกษา

Nursing Care for Patient with Multiple Trauma and Hemorrhagic Shock from Intraabdominal Hemorrhage in The Emergency Phase: Case Study.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ภูวนาท บุญมา[1]
Puwanad Boonma[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องระยะฉุกเฉิน โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 13 ปี ประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนเสาไฟฟ้า ไม่รู้สึกตัว 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ผลการประเมินแรกรับ ณ ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว คะแนนความรู้สึกตัวของ กลาสโกว์ 6 คะแนน มีแผลฉีกขาดบริเวณใต้คาง บาดแผลถลอกตามร่างกาย และต้นขาขวาบวมผิดรูป ผลตรวจทางรังสีวิทยาเบื้องต้นไม่พบสิ่งผิดปกติ ผลการตรวจอัลตราซาวนด์ช่องท้องเร่งด่วนพบ มีเลือดในช่องท้องบริเวณตับและม้าม แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับการบาดเจ็บที่ช่องท้องจากแรงกระแทก และกระดูกเบ้าเชิงกรานข้างขวาหัก ในระหว่างการดูแลรักษาผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลงและเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในช่องท้อง แพทย์ได้ให้การรักษา จนสัญญาณชีพดีขึ้น และส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ทรวงอกและช่องท้อง ผลตรวจสงสัยมีการบาดเจ็บของเส้นประสาทในสมองแบบกระจาย และพบการบาดเจ็บของม้ามระดับที่ 4 จึงพิจารณาทำผ่าตัดเปิดช่องท้องเพื่อตัดม้าม และช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน

ผลการศึกษาพบว่า ในระยะฉุกเฉินผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญ ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดออกซิเจนจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทในสมองแบบกระจาย และระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียเลือดในช่องท้อง ได้ให้การพยาบาล โดยช่วยใส่ท่อช่วยหายใจและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เพื่อเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ดูแลให้สารน้ำและเลือดอย่างเร่งด่วนทางหลอดเลือดดำขนาดใหญ่ เพื่อกู้ชีพจากภาวะช็อกและรักษาความดันโลหิตให้เพียงพอ พร้อมทั้งประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท สังเกตอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูง จัดท่าศีรษะสูง 30 องศาในแนวตรง) ประสานงานและเตรียมความพร้อมในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การส่งผ่าตัดเปิดช่องท้องด่วนเพื่อตัดม้ามอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

คำสำคัญ: การบาดเจ็บหลายระบบ, การบาดเจ็บช่องท้อง, ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด

Abstract

This study is a case study aimed at examining the nursing care of a multiple trauma patient with hemorrhagic shock due to intra-abdominal bleeding in the emergency phase. The subject was a 13-year-old male who suffered a motorcycle accident crashing into an electric pole, with a history of unconsciousness for 30 minutes prior to hospital arrival. Upon initial assessment in the emergency room, the patient was unconscious with a Glasgow Coma Scale score of 6. He presented with a laceration under the chin, multiple abrasions across the body, and a deformed right thigh. Initial radiological examinations revealed no abnormalities, but a FAST scan detected intra-abdominal blood at hepatorenal and splenorenal spaces. The preliminary diagnosis indicated severe traumatic brain injury associated with blunt abdominal trauma, with a right acetabulum fracture. During the course of care, the patient experienced a decreased level of consciousness and developed hemorrhagic shock from intra-abdominal bleeding. Once his vital signs improved following medical resuscitation, he was sent for computed tomography scans of the brain, chest, and abdomen. The findings suggested diffuse axonal injury (DAI) of the brain and a grade IV splenic injury.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

Consequently, an emergency exploratory laparotomy with a splenectomy was performed, successfully saving the patient's life in a timely manner.

The study revealed major emergency-phase problems: the risk of cerebral hypoxia from diffuse axonal injury (DAI) and acute circulatory failure from hemorrhagic shock. Nursing care included securing the airway with intubation, rapid resuscitation with large-bore IV fluids and blood products, and closely monitoring vital signs, consciousness, neurological signs, and signs of increased intracranial pressure with the head elevated at 30 degrees. Additionally, the nurse coordinated CT scans and prepared the patient for an emergency splenectomy.

Keywords: Multiple trauma, Abdominal trauma, Hemorrhagic shock

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้น ๆ ของประชากร โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกสูงถึง 1.19 ล้านคน และมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงมากกว่า 20 ถึง 50 ล้านคน โดยกลุ่มผู้ใช้ยานพาหนะประเภทรถจักรยานยนต์ ผู้เดินเท้า และผู้ใช้รถจักรยาน จัดเป็นกลุ่มผู้ใช้ถนนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต ซึ่งมีสัดส่วนสูงการเสียชีวิต ถึงร้อยละ 53 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคพบว่า เอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน สูงกว่าภูมิภาคอื่น เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่นิยมใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักในการเดินทาง โดยมีสัดส่วนการเสียชีวิตของผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 43 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย อุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นวิกฤตสาธารณสุขที่รุนแรงอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน พบว่า ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ยสูงถึง 14,000 ถึง 17,000 รายต่อปี โดยยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือรถจักรยานยนต์ ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 75 ถึง 80 ของอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด2 ผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มักได้รับแรงกระแทกโดยตรง โดยไม่มีสิ่งปกป้องโครงสร้างร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งจากการศึกษาทางศัลยศาสตร์อุบัติเหตุพบว่า การบาดเจ็บที่พบบ่อยและมีความรุนแรง ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Traumatic brain injury; TBI) ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 40 ถึง 50 และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต รองลงมาคือ การบาดเจ็บทางระบบกระดูกและข้อ โดยเฉพาะกระดูกเชิงกรานหัก ซึ่งพบร้อยละ 30 ถึง 40 และการบาดเจ็บในช่องท้องและช่องอก พบได้ร้อยละ 20 ถึง 30[3] การบาดเจ็บหลายระบบดังกล่าวส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วย เกิดภาวะคุกคามชีวิตทันที ได้แก่ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดรุนแรง ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะเลือดเป็นกรดและภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการ ที่อันตรายถึงชีวิต นอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิดความพิการถาวร สูญเสียสุขภาวะ ค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล และภาระทางเศรษฐกิจและสังคม[4,5] พยาบาลห้องฉุกเฉิน ถือเป็นด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการกู้ชีพผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรง ตามหลักมาตรฐานสากล Advanced Trauma Life Support (ATLS) โดย มีหน้าที่คัดแยกประเภทผู้ป่วย ประเมินและจัดการทางเดินหายใจให้มีการระบายอากาศที่ดี การกู้ชีพและหยุดเลือดออกรุนแรง การประเมินทางระบบประสาท ตลอดจนการเฝ้าระวังและจัดการกับภาวะช็อก โดยการบริหารสารน้ำและเลือดอย่างทันท่วงที และการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดด่วนอย่างปลอดภัย[6,7]

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2566 ถึง 2568)

พบว่า มีผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ เข้ารับการรักษาทั้งหมดจำนวน 1,982, 1,872, และ 462 ราย ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) จำนวนรวมทั้งสิ้น 52 ราย (ร้อยละ 1.20) เมื่อพิจารณาจำแนกตามอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บใน กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบพบบ่อย 3 อันดับแรก คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะและสมองจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 40.62) รองลงมา ได้แก่ การบาดเจ็บกระดูกและข้อจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 26.92) การบาดเจ็บช่องท้องและช่องอกจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 21.15) และอื่น ๆ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 11.54) ซึ่งพบผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเสียชีวิต ณ ห้องฉุกเฉินจำนวนสูงถึง 40 ราย (ร้อยละ 76.92) และต้องได้รับการทำผ่าตัดด่วนทันทีจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 21.15)[8] จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บ หลายระบบจากอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูงในระยะฉุกเฉิน ซึ่งอาจมีปัจจัยซับซ้อนที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งจากพยาธิสภาพการบาดเจ็บที่รุนแรง ตลอดจนปัจจัยด้านการบริหารจัดการทางการพยาบาล เช่น การคัดแยกความรุนแรงที่คลาดเคลื่อนต่ำกว่าความเป็นจริง (Under-triage) การประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือดมีความคลาดเคลื่อน ความล่าช้าในการบริหารจัดการสารน้ำและเลือดเพื่อแก้ไขภาวะช็อก ข้อจำกัดในการจัดการทางเดินหายใจและการระบายอากาศ รวมถึงประสิทธิภาพในการประสานงานกับทีม สหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ด้วยเหตุนี้ ผู้จัดทำจึงได้คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากการใช้รถจักรยานยนต์รายนี้เพื่อวิเคราะห์และประยุกต์ใช้การกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการประเมินและกู้ชีพผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้อย่างถูกต้องทันท่วงที ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะ แทรกซ้อน ที่ป้องกันได้ ลดอัตราการเสียชีวิต ตลอดจนนำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และระบบดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรงของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องระยะฉุกเฉิน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในช่องท้องระยะฉุกเฉิน จำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแลช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกรณีศึกษาโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษอื่นๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมของ Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

โดยสามารถเข้าร่วมหรือสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น[9]

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชาย อายุ 13 ปี นับถือศาสนาพุทธ อาชีพนักเรียน รับเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2568 การวินิจฉัยโรค Head injury with diffuse axonal injury (DAI) and spleen injury การผ่าตัด Splenectomy วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำหน่ายวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 32 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชน เสาไฟฟ้า ไม่รู้สึกตัว 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ ไม่ได้สวมหมวกกันน็อค ประสบอุบัติเหตุขับชนเสาไฟฟ้า ร่างกระเด็นตกจากรถ ศูนย์รับแจ้งเหตุได้รับการติดต่อผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) จึงส่งรถพยาบาลฉุกเฉิน (ALS) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ออกไปรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ตรวจร่างกายเบื้องต้นตามหลัก ATLS พบผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หายใจเร็วตื้น มีแผลฉีกขาดใต้คาง ต้นขาขวาผิดรูป ซึ่งได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยการให้ O_2 mask with bag 10 L/min ใส่ cervical hard collar, long leg splint และ long spinal board พร้อมทั้งนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ไม่มีประวัติการแพ้ยาหรือใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยชายไทยวัยรุ่น ไม่รู้สึกตัว นอนอยู่บน long spinal board ใส่ cervical hard collar หายใจเร็วตื้น ลักษณะหายใจหิวอากาศ (Air hunger)

ศีรษะ: รูปทรงปกติ ไม่มีบวมช้ำ กะโหลกศีรษะปกติ ไม่ยุบ ไม่มีบาดแผลภายนอก

ตา หู คอ จมูก ปาก : Pupil RE 3 mm LE 2.5 mm SRTL BE เยื่อบุตาซีด ไม่เหลือง หูและจมูกไม่มีเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง คอมีแผลฉีกขาดบริเวณ ใต้คาง มีเลือดซึมเล็กน้อย ปิดแผลด้วยก๊อสไว้ และได้รับการใส่ cervical hard collar จำกัดการเคลื่อนไหวไว้ เยื่อบุช่องปากซีด ไม่มีบาดแผล

ระบบทางเดินหายใจ: หายใจเร็วตื้น หายใจหิวอากาศ (Air hunger) ปอดขยายตัวตามจังหวะการหายใจจังหวะ ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้งสองข้างลดลง on O_2 mask with bag 10 L/min, SpO_2 99%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด: PR เร็ว 110 beats/min สม่ำเสมอ BP 116/54 ไม่พบเสียง murmur และ S_3 Gallop ชีพจรส่วนปลายแรงเท่ากันทั้งสองข้าง capillary refill time < 2 วินาที

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง: หน้าท้องนิ่ม ไม่มีรอยช้ำ หรือแผลภายนอก

ระบบประสาท: รู้สึกตัวดี Glasgow Coma Scale (GCS) 6 คะแนน (E1V1M4) แขน ขา 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ: ต้นขาขวาบวมผิดรูป ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวด้วย long leg splint ไว้

ผิวหนังและเล็บ: ผิวหนังอุ่น แห้ง ตึงตัวปกติ มีบาดแผลถลอกตามร่างกายและแผลฉีกขาดใต้คาง เล็บมือเล็บเท้าซีดเล็กน้อย

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** การแลกเปลี่ยนแก๊สบกพร่อง เนื่องจากจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเรียกไม่รู้ตัว GCS 6 คะแนน (E1V1M4) 2. หายใจแบบหิวอากาศ (Air hunger) 3. ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้งสองข้างลดลง **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง 2. เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน	1. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยวิธี jaw thrust maneuver และใส่ Oropharyngeal air way เพื่อป้องกันลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน 2. ดูดเสมหะ น้ำลายเมื่อมีข้อบ่งชี้ เพื่อกำจัดสิ่งสารคัดหลั่งที่ขัดขวางการระบายอากาศ และป้องกันการสำลักเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง 3. ให้ O_2 mask with bag 10 L/min เพิ่มความเข้มข้นของออกซิเจนใน ถุงลมปอด และป้องกันภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 4. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 5 นาที ตลอดการเดินทางเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและระบบไหลเวียนโลหิต ประเมินและติดตามค่า SpO_2 อย่างต่อเนื่อง 5. ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้างเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการเปิดทางเดินหายใจและเสียงหายใจผิดปกติที่บ่งชี้ว่ามีการอุดกั้นทางเดินหาบใจส่วนบน เช่น gurgling, snoring, stridor 6. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ความรู้สึกตัวลดลง หายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหรือผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง (ระยะแรก) เหงื่อออก ผิวชื้น ริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าเขียว หยุดหายใจ เพื่อเฝ้าระวังภาวะการหายใจล้มเหลว 7. ประสานงานส่งข้อมูลผู้ป่วยล่วงหน้าไปยังพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อแจ้งอาการผู้ป่วยและเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS 6 คะแนน ($E1V1M_4$) หายใจหิวอากาศ (Air hunger) ลดลง ทรวงอกขยายตัวดีเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียงลมผ่านเข้าชัดเจนดีขึ้น SpO_2 คงที่ 97% ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ นำส่งถึงห้องฉุกเฉินอย่างปลอดภัย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อสมองขาดเลือด เนื่องจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากกลไกการเกิดอุบัติเหตุรุนแรง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเรียกไม่รู้ตัว GCS 6 คะแนน (E1V1M4) 2. ผู้ป่วยมีกลไกการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง โดยขับรถจักรยานยนต์ ไม่ได้สวมหมวกกันน็อค ชนเสาไฟฟ้า ร่างกระเด็นตกจากตัวรถ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. เพื่อส่งเสริมให้เนื้อเยื่อสมองได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ	1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท (ขนาดของรูม่านตาและปฏิกิริยาการตอบสนองต่อแสง การเคลื่อนไหวของแขนขา) ทุก 5 นาที ตลอดการนำส่งผู้ป่วย 2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรช้าลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาออนแรงเพิ่มขึ้นจากเดิมตั้งแต่ 1 ระดับ pupil BE มีขนาดแตกต่างกันเกิน 1 mm และไม่ตอบสนองต่อแสงหรือลดลง หากมีอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษา ณ จุดเกิดเหตุหรือระหว่างนำส่งผู้ป่วย 3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ด้วยการดูดเสมหะและน้ำลายเมื่อมีข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งจะทำให้คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ส่งผลให้หลอดเลือดสมองขยายตัวและเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น 4. ดูแลให้ O_2 mask with bag 10 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 5. ใส่ Hard cervical collar และจัดนอนบนกระดานรองหลัง (Long spinal board) ร่วมกับใช้อุปกรณ์ประคองศีรษะ เพื่อป้องกันการพับงอของคอที่จะไปกดทับเส้นเลือดใหญ่ที่คอ ปรับกระดานรองหลังด้านศีรษะผู้ป่วยให้ขึ้น 15–30 องศา (Reverse Trendelenburg) โดยให้ศีรษะ ลำคอ และลำตัวอยู่ในแนวตรง ไม่บิดเบี้ยวหรือพับงอ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดดำจากสมองกลับเข้าสู่หัวใจ และลดความดันในกะโหลกศีรษะ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS 6 คะแนน ($E1V_1M_4$) pupil RE 3 mm LE 2.5 mm SRTL BE สัญญาณชีพ BT 36.9°C, PR 110-120 beats/min, RR 24-26 breaths/min, BP 110/76 -118/72 mmHg

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกระดูกคอ กระดูกสันหลังและ ไขสันหลัง เนื่องจากความไม่มั่นคงของกระดูกจากแรงกระแทกของอุบัติเหตุรุนแรง **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยมีกลไกการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง โดยขับรถจักรยานยนต์ ไม่ได้สวมหมวกกันน็อค ชนเสาไฟฟ้า ร่างกระเด็นตกจากตัวรถ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกคอ กระดูกสันหลัง และไขสันหลัง	1. จัดให้นอนบนกระดานรองหลัง (Long spinal board) และใส่ Hard cervical collar ร่วมกับใช้อุปกรณ์ประคองศีรษะ (Head immobilizer) เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอ และป้องกันไม่ให้กระดูกที่อาจหักหรือเคลื่อนไปกดทับไขสันหลังเพิ่มเติม 2. การเปลี่ยนท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยใช้วิธี Log rolling เพื่อรักษาแนวโครงสร้างของกระดูกสันหลังให้เป็นเส้นตรงเดียวกันตลอดเวลา 3. ประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาท (Neurological signs) และ motor/sensory power ของแขนขาทุก 15 นาที เพื่อเฝ้าระวังการ กดทับไขสันหลัง 4. ประเมินและติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกจากไขสันหลังบาดเจ็บ (Neurogenic shock) เช่น ชีพจรเต้นช้า (Bradycardia), ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) 5. สังเกตลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ และค่า SpO_2 อย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะหายใจล้มเหลว จากการบาดเจ็บของไขสันหลังระดับคอ C3-C5 **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS 6 คะแนน ($E1V_1M_4$) แขนขาขยับตอบสนองต่อความเจ็บปวดได้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 สัญญาณชีพ BT 36.9°C, PR 110-120 beats/min, RR 24-26 breaths/min, BP 110/76 -118/72 mmHg ไม่พบอาการของ Neurogenic shock
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีเนื้อเยื่อบริเวณต้นขาขวาได้รับการบาดเจ็บ เนื่องจากแรงกระแทกจากอุบัติเหตุรุนแรง **ข้อมูลสนับสนุน** ตรวจร่างกายพบต้นขาขวาและบวมผิดรูป **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง 2. เพื่อลดอาการบวมของต้นขาขวา	1. ใส่เฝือกดาม long leg splint เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อที่อาจฉีกขาด ลดการบาดเจ็บของเส้นเลือด เส้นประสาท จากการเคลื่อนไหว 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบและยกขาขวาสูงให้อยู่สูงกว่าระดับหัวใจเล็กน้อย โดยใช้หมอนรอง ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดดำและน้ำเหลืองกลับเข้าสู่หัวใจ ทำให้ลดอาการบวมตึงของต้นขา 3. ประเมินอาการของความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) 7 P's ได้แก่ Pain (ความเจ็บปวด) Pressure (ความบวมตึงแน่น) Paresthesia (ความรู้สึกชา) Paralysis (การเป็นอัมพาต/สูญเสียการเคลื่อนไหว) Pulselessness (ชีพจรหลังเท้าเบาหรือคลำไม่ได้) Pallor (ผิวซีดเย็น) Puffiness (อาการบวมน้ำ) 4. ประเมิน ติดตามสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียเลือดจากมีเลือดออกในชั้นกล้ามเนื้อ **ประเมินผลการพยาบาล** ต้นขาขวาไม่มีอาการบวมเพิ่มขึ้น ปลายเท้าขวาอุ่น ไม่ซีด ชีพจรหลังเท้า (Dorsalis pedis pulse) เต้นแรงชัดเจนเท่ากับข้างซ้าย 2^+ CRT < 2 วินาที สัญญาณชีพ BT 36.9°C, PR 110-120 beats/min, RR 24-26 breaths/min, BP 110/76 -118/72 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ เกิดการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้นและติดเชื้อที่บาดแผล เนื่องจากผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณใต้คางถูกทำลาย **ข้อมูลสนับสนุน** มีแผลฉีกขาดใต้คางและมีเลือดซึมตลอดเวลา **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อหยุดเลือดและป้องกันการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น	1. ทำความสะอาดแผลเบื้องต้นด้วยน้ำเกลือ เพื่อลดสิ่งปนเปื้อนในบาดแผล 2. ใช้ผ้าก๊อซสะอาดหนาๆ กดลงบนบาดแผลโดยตรง (Direct pressure) พร้อมตรวจสอบความแน่นและประสิทธิภาพของวัสดุกดแผลเป็นระยะ ๆ หากมีเลือดซึมชุ่ม ห้ามดึงผ้าชิ้นแรกออก ให้ใช้ผ้าก๊อซชิ้นใหม่กดทับลงไปทันที 3. จัดท่าให้ศีรษะและลำคออยู่นิ่งที่สุด ร่วมกับการใส่ Hard collar และหลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยขยับขากรรไกรหรือพยายามอ้าปาก เพื่อป้องกันแผลแยกออก และทำให้เส้นเลือดไหลออกมาอีก 4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 15-30 นาที สังเกตอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น ชีพจรเต้นเร็วและเบา ความดันโลหิตต่ำลง ผิวหนังเย็น เพื่อเฝ้าระวังและดักจับภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. เปิดเส้นเลือดดำและดูแลให้ NSS 1,000 mL IV rate 80 ml/hr เพื่อรักษาปริมาตรน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตให้เพียงพอต่อการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย **ประเมินผลการพยาบาล** แผลใต้คางมีเลือดซึมลดลง สัญญาณชีพ BT 36.9°C, PR 98 - 110 beats/min, RR 22-24 breaths/min, BP 110/65-118/72 mmHg
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดอาการทรุดลงและบาดเจ็บเพิ่มในระหว่างนำส่งโรงพยาบาล **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยอยู่ ณ จุดเกิดเหตุ กำลังเตรียมเคลื่อนย้ายและนำส่งโรงพยาบาล 2. ผู้ป่วยมีบาดแผลฉีกขาดใต้คางและมีเลือดซึม 3. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 6 คะแนน (E1V1M4) 4. สัญญาณชีพผิดปกติ ได้แก่ PR เร็ว 110 beats/min และRR เร็วตื้น 24 breaths/min ลักษณะหายใจหิวอากาศ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 110/65 mmHg 5. ผู้ป่วยมีกลไกการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง โดยขับรถจักรยานยนต์ ไม่ได้สวมหมวกกันน็อค ชนเสาไฟฟ้า ร่างกระเด็นตกจากตัวรถ ซึ่งเสี่ยงต่อเกิดการบาดเจ็บสมอง การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ และอวัยวะภายใน	1. ประเมิน ติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว อาการทางระบบประสาท ทุก 5–10 นาที และค่า SpO_2 ในระหว่างนำส่งผู้ป่วย เพื่อตรวจจับอาการทรุดลงอย่างทันท่วงที กรณีพบความผิดปกติประสานแพทย์แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อพิจารณาให้การรักษาทันที 2. ดูแลให้ศีรษะ ลำคอ และลำตัวของผู้ป่วยให้อยู่นิ่ง โดยการใส่ Hard collar ร่วมกับ Head immobilizer บน Long spinal board ตลอดเวลา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ 3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพื่อดักจับอาการเริ่มแรกและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที 4. ประเมินและสังเกตการสูญเสียเลือดจากบาดแผลที่คาง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการห้ามเลือด และตรวจสอบว่ามีเลือดออกซึมเพิ่มขึ้นหรือไม่ 5. ดูแลให้ O_2 mask with bag 10 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายและสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 6. ดูแลให้ NSS 1,000 mL IV rate 80 ml/hr เพื่อรักษาปริมาตรน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตให้เพียงพอต่อการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย 7. รัดสายเข็มขัดนิรภัย (Safety straps) บนเปลสนามให้แน่นหนาและถูกต้องตามมาตรฐานและล็อกล้อเตียง เพื่อป้องกันผู้ป่วยพลัดตกเตียง
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนและการบาดเจ็บเพิ่มในระหว่างการเคลื่อนย้ายเพื่อนำส่งโรงพยาบาล	**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นในระหว่างนำส่ง ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวคงเดิม GCS 6 คะแนน ($E1V1M_4$) สัญญาณชีพ BT 36.9°C, PR 98 - 110 beats/min, RR 22-24 breaths/min, BP 110/65-118/72 mmHg SpO_2 คงที่ 97% ลักษณะหายใจหิอากาศลดลง
ระยะในโรงพยาบาล (In-hospital) **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคุกคามชีวิตจากการบาดเจ็บอวัยวะสำคัญภายใน เนื่องจากแรงกระแทกของอุบัติเหตุรุนแรง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีกลไกการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง โดยขับรถจักรยานยนต์ ไม่ได้สวมหมวกกันน็อค ชนเสาไฟฟ้า ร่างกระเด็นตกจากตัวรถ 2. แรกรับผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 6 คะแนน (E1V1M4) มีบาดแผลภายนอกชัดเจนที่ใต้คาง ต้นขาบวมผิดรูปชัดเจน แต่อาจมีการบาดเจ็บร่วมในระบบอื่นที่ยังมองไม่เห็นจากภายนอก 3. สัญญาณชีพผิดปกติ ได้แก่ PR เร็ว 110 beats/min และRR เร็วตื้น 24 breaths/min ลักษณะหายใจหิวอากาศ **วัตถุประสงค์ของการพยาบาล**	1. ตรวจประเมินสภาพร่างกายขั้นต้นตามหลักการของ ATLS (Primary survey) A-B-C-D - E approach ทันทีเมื่อมาถึงเมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตได้ทันทีในนาทีแรกที่มาถึงโรงพยาบาล 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที เพื่อเฝ้า ระวังติดตาม และดักจับการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติหรือทรุดลง เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) หรือภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ได้อย่างทันท่วงที พร้อมรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว 3. เตรียมและช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและบีบ Ambu bag with 10 L/min เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดกั้นและการสำลัก และป้องกันภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 4. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, creatinine, electrolyte, BS, LFT, coagulogram, anti HIV ตามแผนการรักษา และติดตามผลการตรวจ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บในร่างกาย 5. เตรียมเลือด G/M PRC 4unit และ FFP 4 unit เพื่อเตรียมความพร้อมของส่วนประกอบของเลือดให้พร้อมใช้ในทันที หากผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกหรือสูญเสียเลือดมากจากการบาดเจ็บอวัยวะสำคัญภายใน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อช่วยเหลือ เฝ้าระวัง ป้องกัน และค้นหาภาวะคุกคามชีวิตอย่างรวดเร็วก่อนผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤต	6. เตรียมและช่วยแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ได้แก่ ทำ FAST ultrasound เพื่อค้นหาภาวะเลือดออกในช่องท้อง โดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่สัญญาณชีพยังไม่คงที่ 7. Retained Foley's catheter เพื่อค้นหาการบาดเจ็บทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งติดตามและประเมินปริมาณปัสสาวะที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการทำงาน ของไต 8. ประสานเจ้าหน้าที่รังสีวิทยาเพื่อตรวจเอกซเรย์เคลื่อนที่ portable CXR, pelvis, right femur เพื่อช่วยวินิจฉัยความผิดปกติในทรวงอกและเชิงกรานได้ทันที โดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 9. ประสานเจ้าหน้าห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อส่งตรวจ CT brain, CT neck, CT chest, CT abdomen ตามแผนการรักษา เพื่อวินิจฉัยการบาดเจ็บของสมอง กระดูกสันหลังส่วนคอ และอวัยวะภายในช่องท้องอย่างละเอียดและแม่นยำ 10. ตรวจประเมินสภาพร่างกายในระยะต่อเนื่อง (Secondary survey) ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า (Head-to-toe assessment) อย่างละเอียด เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิตระยะเร่งด่วนและมีสัญญาณชีพเริ่มคงที่แล้ว เพื่อค้นหาและประเมินรอยโรค บาดแผล หรือการหักของกระดูกในส่วนอื่น ๆ ของร่างกายอย่างครบถ้วน **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS 2T คะแนน (E1VTM1), pupil 4 mm SRTL BE สัญญาณชีพ BP ต่ำลง 45/29-84/56 mmHg, MAP อยู่ในช่วง 34.3-65.3 mmHg, PR เร็ว 136-140 beats/min, RR = 16 breaths/min (Ambu bag), SpO_2 = 99% ผลตรวจเลือดพบมีภาวะซีดระดับเล็กน้อย (Hb 12 g/dL, Hct 40 %) มีการอักเสบในร่างกาย (WBC 12.69 x 10^9/L) มีภาวะไตเสื่อมระดับ 2 (GFR 69.26 ml/min/1.73 m^2) และภาวะเนื้อเยื่อร่างกายถูกทำลาย (SGOT 266 U/L, SGPT 114 U/L และ Alkaline phosphatase 215 U/L) ผลเอกซเรย์ CXR และ right femur ปกติ ส่วน film pelvis พบ fracture right acetabulum แบบ non-displaced ผล FAST scan พบ positive at hepatorenal และ splenorenal spaces ปัสสาวะมีเลือดปน ผล CT brain ไม่พบ intracerebral hemorrhage และ displaced skull fracture แต่แพทย์สงสัยมีภาวะ diffuse axonal Injury (DAI) CT neck และ chest ปกติ แต่ CT abdomen พบมี splenic injury grade IV
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด เนื่องจากมีการบาดเจ็บของม้าม **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS 2T คะแนน (E1VTM1) 2. สัญญาณชีพ BP ต่ำลง 45/29-84/56 mmHg, MAP อยู่ในช่วง 34.3-65.3 mmHg, PR เร็ว 136-140 beats/min 3. ปริมาณปัสสาวะเฉลี่ย 15 ml/hr 4. ผล CBC พบ Hb 12 g/dL และ Hct 40% ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 5. ผล FAST scan พบ positive at hepatorenal และ splenorenal spaces 6. ผล CT abdomen พบมี splenic injury grade IV	1. เปิดเส้นเลือดดำส่วนปลายเพิ่มอีก 1 เส้น ดูแลให้ Acetar 1,000 mL IV load ควบคู่กับ NSS 1,000 mL IV load ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาตรน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต 2. ดูแลให้ PRC group O low titer 2 unit IV free flow ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อชดเชยเม็ดเลือดแดงที่สูญเสียไปได้อย่างทันท่วงที โดยไม่ต้องรอผลทดสอบความเข้ากันได้ของเลือด (Cross-matching) และเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์สมองและอวัยวะสำคัญของร่างกาย 3. ดูแลให้ PRC 1 unit IV drip เพื่อชดเชยเม็ดเลือดแดงและรักษาระดับความเข้มข้นของเลือดอย่างต่อเนื่อง 4. ดูแลให้ Transamin 1 gm IV stat เพื่อยับยั้งกระบวนการสลายลิ่มเลือด 5. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5–15 นาทีอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการได้รับสารน้ำและเลือด 6. ประเมินอาการและอาการแสดงแสดงของภาวะช็อกรุนแรงขึ้น เช่น ผิวหนังซีดเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็วและตื้น CRT> 2 วินาที ปัสสาวะออกน้อย < 0.5 mL/kg/hr หรือไม่ออกเลยระดับความรู้สึกตัวลดลง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อชดเชยปริมาตรเลือดและสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิตที่สูญเสียไป 2. เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญอย่างเพียงพอ 3. เพื่อป้องกันอวัยวะล้มเหลวหลายระบบจากการขาดเลือด	7. บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไตที่บ่งชี้ว่าการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงไม่เพียงพอ 8. ส่งตรวจติดตามค่า Hct หลังให้เลือด เพื่อประเมินดูว่ามีเลือดออกภายในช่องท้องอีกหรือไม่ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น GCS 5T คะแนน (E1VTM4) pupil 4 mm RTL BE สัญญาณชีพ PR = 128 beats/min, RR = 16 breaths/min (Ambu bag), BP = 97/64 mmHg, MAP = 75 mmHg, SpO_2 = 100% ปัสสาวะออก 40 mL/hr, Hct 40.2%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากสมองบวมน้ำจากการบาดเจ็บของเส้นใยประสาทในสมอง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยเรียกไม่รู้ตัว GCS 6 คะแนน (E1V1M4), pupil 4 mm SRTL BE 2. ผล CT brain ไม่พบ intracerebral hemorrhage และ displaced skull fracture แต่แพทย์สงสัยมีภาวะ diffuse axonal Injury (DAI) **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2. เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) อาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Cushing's triad ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ชีพจรช้าลง, หายใจไม่สม่ำเสมอ 3. จัดนอนศีรษะสูง 30 องศา (หลังผล CT neck ปกติ) ศีรษะ ลำคอ และลำตัวเป็นแนวตรง ดูแลไม่ให้คอพับ คอก้ม หรือหันหน้าไปข้างใดข้างหนึ่งมากเกินไป เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับจากสมองสู่หัวใจได้ดีขึ้น และช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะ4. หลีกเลี่ยงกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ความดันในช่องท้องและช่องอกสูงขึ้น เช่น การดูดเสมหะโดยไม่จำเป็น การจัดท่างอสะโพกเกิน 90 องศา 5. ประเมินและสังเกตอาการภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ รูม่านตาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากันต่างกันเกิน 1 mm ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ชีพจรเต้นช้า ไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตสูง pulse pressure กว้างมากกว่า 60 mmHg หายใจช้าหรือหยุดหายใจ 6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็วไม่เกิน 10–15 วินาทีต่อครั้ง และให้ออกซิเจน 100% ก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้ง เพื่อป้องกันภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัวและบวมมากขึ้น และป้องกันภาวะสมองขาดออกซิเจน 7. ช่วยการหายใจด้วยการบีบ Ambu bag with O_2 10 L/min เพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซอเจนอย่างเพียงพอ 8. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำปริมาณตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน 9. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ซึ่งจะทำให้สมองบวม **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว GCS 5T คะแนน (E1VTM4) pupil 4 mm RTL BE สัญญาณชีพ PR 128 beats/min, RR 16 breaths/min (Ambu bag), BP 97/64 mmHg, SpO_2 = 100% ปริมาณสารน้ำเข้าร่างกาย 2,500 mL ปัสสาวะออก 150 mL
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยสูญเสียความสมบูรณ์ของโครงสร้างกระดูกเบ้า ข้อสะโพก เนื่องจากได้รับแรงกระแทกรุนแรงจากอุบัติเหตุ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ตรวจร่างกายพบต้นขาขวาและบวมผิดรูป 2. Film pelvis พบมี fracture right acetabulum แบบ non-displaced **วัตถุประสงค์การพยาบาล**	1. ใส่ Pelvic binder เพื่อยึดตรึงข้อสะโพกและเชิงกรานให้อยู่นิ่ง ป้องกันกระดูกเคลื่อนตัว ลดอาการปวดและป้องกันไม่ให้กระดูกที่อาจเคลื่อนตัวไปเบียดหรือกดทับเส้นเลือดใหญ่และเส้นประสาทสำคัญ เช่น Sciatic nerve ที่พาดผ่านด้านหลังเบ้าสะโพก 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบและดูแลให้สะโพกและขาขวาอยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการหมุนขาเข้าในหรือแบะออกข้างนอก เพื่อรักษาแนวโครงสร้างกระดูกเบ้าข้อสะโพกและป้องกันไม่ให้กระดูกที่หักเคลื่อนตัวไปกดทับเส้นประสาทหรือหลอดเลือด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อป้องกันการเคลื่อนและการบาดเจ็บเพิ่มของกระดูกเบ้าข้อสะโพกขวาที่หัก	3. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังแบบท่อนซุง (Log rolling) โดยมีหมอนสอดคั่นระหว่างขาทั้งสองข้างเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อสะโพกหุบเข้าหากัน ซึ่งเสี่ยงต่อการหลุดหรือกระดูกเคลื่อน 4. ประเมิน Neurovascular status ของขาขวา ทุก 2ชั่วโมง โดยตรวจ 7Ps ได้แก่ Pain (ความเจ็บปวด) ความบวมตึงแน่น (Pressure) Paresthesia (ความรู้สึก ชา) Paralysis (การเป็นอัมพาต/สูญเสียการเคลื่อนไหว) ชีพจรหลังเท้าเบาหรือคลำไม่ได้ (Pulselessness) ผิวซีดเย็น (Pallor) อาการบวมน้ำ (Puffiness) 5. บริหารข้อเท้าและนิ้วเท้าขาข้างขวาและขาข้างซ้าย เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด และป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยนอนราบ ขาขวาอยู่ในแนวตรง ไม่พบการบิดหมุนผิดรูปเพิ่มเติม ปลายเท้าขวาอุ่น สีผิวปกติ ชีพจร Dorsalis pedis แรงชัดเจน ขยับนิ้วเท้าได้ และชักเท้าขวาหนีเมื่อรู้สึกเจ็บ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ญาติวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตจากการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและต้องผ่าตัดฉุกเฉิน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล เคร่งเครียด และร้องไห้ 2. ญาติเดินไปเดินมาหน้าห้องฉุกเฉินซักถามคำถามเดิม ๆ ซ้ำ ๆ 3. แพทย์พิจารณาทำผ่าตัดเร่งด่วน Explore - lap with splenectomy **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของญาติให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้	1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อการรับรู้และให้ข้อมูลได้อย่างตรงจุด รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลรักษา 2. ประสานแพทย์ให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา ความจำเป็นและความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในการทำผ่าตัด ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างครบถ้วนก่อนลงนามยินยอมรับการผ่าตัด 3. อธิบายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังทำผ่าตัด Splenectomy เช่น การมีท่อช่วยหายใจ รวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดอย่างชัดเจน และด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 4. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายเพื่อผ่าตัดฉุกเฉิน ได้แก่ งดน้ำและอาหาร ถอดสิ่งของมีค่าทุกชนิด ทำความสะอาดร่างกายและบริเวณหน้าท้อง เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด เพื่อสร้างความมั่นใจของญาติว่าผู้ป่วยจะได้รับการป้องกันอันตรายจากการผ่าตัด 5. ประสานพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด และการดมยาสลบ 6. ประสานธนาคารเลือดเตรียม PRC 4 unit และ FFP 4 unit ไปห้องผ่าตัด 7. รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสารในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เช่น ใบยินยอมรับการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลทางรังสีวิทยาให้ครบถ้วน **ประเมินผลการพยาบาล** ญาติมีสีหน้าแววตาผ่อนคลาย พร้อมทั้งให้ความร่วมมือดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ให้ยินยอมรับการดูแลรักษาและการผ่าตัด ตลอดจนการเตรียมตัวผ่าตัดฉุกเฉิน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ พบว่าปัญหาสำคัญที่คุกคามต่อชีวิตและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน คือ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดรุนแรง (Hemorrhagic shock) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บรุนแรงในช่องท้องจากแรงกระแทก (Blunt abdominal trauma) ส่งผลให้เกิดม้าม ฉีกขาดรุนแรงในระดับที่ 4 (Splenic injury grade IV) โดยในทางพยาธิสรีรวิทยา ม้ามเป็นอวัยวะที่มีความเปราะบางและมีหลอดเลือดมาเลี้ยงปริมาณมาก เมื่อได้รับแรงกระแทกทางหน้าท้องอย่างรุนแรง จึงส่งผลให้เนื้อเยื่อม้ามเกิดการฉีกขาดลึกจนถึงหลอดเลือดหลักบริเวณขั้วม้าม (Hilar vessels) หรือเกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อม้ามมากกว่าร้อย

ละ 50 ทำให้เกิดเลือดออกภายในช่องท้องอย่างรวดเร็วและรุนแรง[10,11] เมื่อปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลงอย่างเฉียบพลัน ร่างกายของผู้ป่วยจึงเข้าสู่กลไกการชดเชย โดยระบบประสาทซิมพาเทติกจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร catecholamines ออกมา ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและกระตุ้นให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ ได้แก่ สมองและหัวใจ[12,13] ด้วยเหตุนี้ ในระยะแรกของการประเมินจึงยังไม่พบภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ทีมการพยาบาลได้ตระหนักถึงความเสี่ยงดังกล่าว จึงได้ประเมินและการเฝ้าระวังภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการประสานความร่วมมือกับแพทย์ในการเร่งสืบค้นสาเหตุของการสูญเสียเลือดอย่างเร่งด่วน ส่งผลให้ตรวจพบสาเหตุและการดักจับภาวะช็อกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ทำให้สัญญาณชีพของผู้ป่วยกลับมาอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย จนผู้ป่วยสามารถส่งต่อเข้ารับการผ่าตัดตัดม้าม (Splenectomy) เพื่อหยุดเลือดได้อย่างทันท่วงที นอกเหนือจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดแล้ว ผู้ป่วยรายนี้ยังมีปัญหาทางพยาธิสภาพที่รุนแรงในระบบประสาทส่วนกลาง คือ ภาวะสมองบาดเจ็บแบบกระจายทั่ว (Diffuse axonal injury: DAI) ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่ศีรษะได้รับแรงกระแทกและแรงบิดหมุนอย่างรุนแรงในขณะเกิดอุบัติเหตุ ส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของเส้นใยประสาท (Axonal shearing) ในเนื้อสมองเป็นวงกว้าง[14] รวมถึงแนวกั้นระหว่างเลือดและสมอง (Blood-brain barrier: BBB) โปรตีนและสารน้ำจากพลาสมาในกระแสเลือดจึงซึมผ่านผนังหลอดเลือดเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อสมองอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดภาวะสมองบวมน้ำ ซึ่งจะส่งผลให้สมองขาดเลือดและขาดออกซิเจน ผู้ป่วยจึงซึมลงและหมดสติไปในที่สุด นอกจากนี้แรงกระแทกยังส่งผลสะท้อนลึกลงไปถึงบริเวณก้านสมอง (Brainstem) หรือรบกวนโครงข่ายประสาทส่วนลึก (Deep brain networks) ซึ่งเป็นที่ตั้งของศูนย์ควบคุมการหายใจ ได้แก่ Medulla oblongata และ Pons ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้แสดงลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ ทีมการพยาบาลจึงได้ตระหนักถึงพยาธิสภาพนี้ จึงได้ดูแลช่วยการหายใจ ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอตลอดจนการเฝ้าระวังระดับออกซิเจนในเลือด และประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบ "Trauma Fast Track" ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ให้มีความรวดเร็วในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องผ่าตัด
2. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บม้าม (Splenic Injury) ในระยะฉุกเฉิน
3. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ เส้นใยประสาทในสมองแบบกระจาย (Diffuse Axonal Injury; DAI)
4. วางแผนงานป้องกันอุบัติเหตุในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ โดยรณรงค์การสวมหมวกกันน็อคร่วมกับสถานศึกษาและชุมชนในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2023. World Health Organization.[Internet].2023 [cited 2025 December 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517
2. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. รายงานสถิติอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย (ThaiRSC). [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2568] เข้าถึงจาก: https://www.thairsc.com

3. American College of Surgeons. Advanced trauma life support: ATLS student course manual (10th ed.).Chicago: American College of Surgeons; 2018.
4. กิตติ โต๊งหู่. ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในช่องท้องและระบบกระดูก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
5. สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลและในห้องฉุกเฉิน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพ ฯ: เคล็ดไทย; 2564.
6. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, และ ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน (พิมพ์ครั้งที่ 10). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2562.
7. Emergency Nurses Association. Trauma nursing core course (TNCC) provider manual (8th ed.).Schaumburg Illinois: Emergency Nurses Association; 2020.
8. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. ทะเบียนผู้ป่วย ปีพ.ศ. 2566, 2567, 2568. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า; 2569. [เอกสารอัดสำเนา].
9. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; 1979.
10. สาริศา บานชื่น, ธวัชชัย มั่นอมรรัตน์. การวินิจฉัยการบาดเจ็บของช่องท้อง ชนิดไม่มีแผลทะลุทางรังสีวิทยา. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557; 21(3): 75-87.
11. เจษฎ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. การรักษาการบาดเจ็บที่ม้ามโดยไม่ผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. ชัยภูมิเวชสาร. 2566; 43(2): 14-26.
12. นงลักษณ์ ทัศนสุวรรณ, ศิริพร พงษ์โภคา. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย; 2562.
13. สุรชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระยะวิกฤต (Neurotrauma Intensive Care). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2565.
14. รุ่งเลิศ ประชานันท์. ภาวะวิกฤตทางระบบประสาทและแนวทางการจัดการในห้องฉุกเฉิน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2566; 12(1): 34-47.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา

Nursing Care for a Parturient with Premature Rupture of Membranes Complicating Preterm Labor and Methamphetamine Abuse: A Case Study.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พิมพ์ชนก บัวแก้ว[1]
Pimchanok Buakaew[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน โดยศึกษาในผู้คลอดสัญชาติไทย อายุ 28 ปี อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ โดยการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์ที่ 3 เคยคลอดบุตรมาแล้ว 2 ครั้ง ไม่เคยมีประวัติการแท้งบุตร และบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ปัจจุบัน 2 คน มาด้วยอาการสำคัญ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำคร่ำไหลทางช่องคลอด และเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงพามาโรงพยาบาล โดยผู้คลอดมีประวัติฝากครรภ์ช้ากว่ากำหนด มีภาวะโลหิตจางระหว่างตั้งครรภ์และใช้สารเสพติดยาไอซ์ ยาอีและยาบ้า ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ โดยเสพยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) ครั้งล่าสุด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ในระยะคลอดและหลังคลอด 2 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญด้านผู้คลอด ได้แก่ มีภาวะโลหิตจาง มีภาวะขาดน้ำ มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ตลอดจนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต หัวใจเต้นผิดจังหวะ รกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด และเกิดกลุ่มอาการถอนยา ส่วนด้านทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนทั้งระหว่างอยู่ในครรภ์และแรกคลอด เสี่ยงต่อเกิดภาวะถอนยาแต่กำเนิด และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์, การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน

Abstract

This case study aimed to investigate the nursing care for a parturient with premature rupture of membranes (PROM) complicating preterm labor and methamphetamine abuse. The subject was a 28- year-old Thai parturient at 36 weeks of gestation with an obstetric history of $G_3P_2A_0L_2$. She presented to the hospital with a chief complaint of amniotic fluid leakage for two days, followed by the onset of true labor pains 30 minutes prior to admission. The patient had a history of late prenatal care, prenatal anemia, and multi-substance abuse (ice, ecstasy, methamphetamine) throughout her pregnancy, with her last methamphetamine intake occurring one day before admission.

The results of this study showed that during the intrapartum period and the first two hours postpartum, the major maternal problems included anemia, dehydration, hypokalemia, and a urinary tract infection. Additionally, she was at high risk for chorioamnionitis, hypertensive crisis, cardiac arrhythmia, placental abruption, postpartum hemorrhage, and drug withdrawal syndrome. The newborn was at risk for fetal distress, birth asphyxia, neonatal abstinence syndrome (NAS), and complications related to prematurity.

Keywords: Premature Rupture of Membranes (PROM), Preterm Labor, Methamphetamine Abuse

บทนำ

ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm premature rupture of membranes: PPROM) ร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) นับเป็นปัญหา สูติกรรมที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ทั่วโลก[1] เมื่อภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีประวัติใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ความรุนแรงและความซับซ้อนของปัญหาจะยิ่งทวีคูณ เนื่องจากสารเสพติดจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบหลอดเลือดและการแลกเปลี่ยนสารอาหารผ่านทางรก นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์[2] องค์การอนามัยโลก ระบุว่าทั่วโลกมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงประมาณ 13.4 ล้านรายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 10–11 ของการเกิดรอดทั้งหมด โดยมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์เป็นปัจจัยนำสำคัญถึงร้อยละ 30–40[3] ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในภูมิภาคเอเชีย พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 9-12[4] และมีความชุกของการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยร้อยละ 0.7-2.8[5] ซึ่งส่งผลให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์นี้ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 30-60 หรือสูงกว่าคนทั่วไป 3 ถึง 5 เท่า[2] สำหรับข้อมูลในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 10–12 โดยพบหญิงตั้งครรภ์ใช้สารแอมเฟตามีนเฉลี่ยร้อยละ 1.4 - 2.8 หรือคิดเป็นประมาณ 14–28 รายต่อการคลอด 1,000 ราย[6] และพบภาวะคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ สูงถึงร้อยละ 59.7-79.2 ซึ่งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม ฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอหรือมาฝากครรภ์ช้า ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรอง การเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ในระยะแรก จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนเจ็บครรภ์ และเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยไม่ได้รับการยับยั้งอย่างทันท่วงที[7] สำหรับกลไกด้านพยาธิสรีรวิทยาของภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีสาเหตุมาจากการใช้แอมเฟตามีน เกิดจากสารเสพติดจะออกฤทธิ์จะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาท catecholamines เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้หลอดเลือดส่วนปลายและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงรกเกิดการหดเกร็งอย่างรุนแรง ทำให้เยื่อหุ้มทารกเกิดภาวะขาดเลือดและออกซิเจนจนมีการเสื่อมสภาพและฉีกขาดได้ง่าย ในขณะ เดียวกันสารสื่อประสาทจะเข้าไปจับกับตัวรับ บริเวณกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้มดลูกหดรัดตัวถี่และรุนแรงก่อนกำหนด นอกจากนี้พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดมักเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการอักเสบในช่องคลอด ซึ่งกระบวนการอักเสบนี้จะไปกระตุ้นการหลั่งสาร prostaglandins ที่มีฤทธิ์ย่อยสลายคอลลาเจนในเยื่อหุ้มทารก ซึ่งปัจจัยร่วมทางพยาธิสภาพทั้งหมดนี้ จึงส่งผลต่อการนำไปสู่การเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในที่สุด[8] และส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกที่มีความรุนแรงหลายประการ โดยด้านมารดาจะมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก (Chorioamnionitis) จากการที่ถุงน้ำคร่ำแตกเป็นเวลานาน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruptio) จากความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ภาวะวิกฤตทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการตกเลือดหลังคลอดจากการติดเชื้อหรือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี[9,10] ส่วนทารกในครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน จากการกดทับสายสะดือ เกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (RDS) เนื่องจากปอดทารกยังพัฒนา ไม่สมบูรณ์ การติดเชื้อในกระแสเลือด (Neonatal sepsis) ทารกเติบโตช้าในครรภ์และเกิดกลุ่มอาการถอนยาในทารกแรกเกิด (Neonatal Abstinence Syndrome: NAS) ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและพัฒนาการของทารกหลังคลอด[11,12]

บทบาทพยาบาลห้องคลอดในการดูแล ผู้คลอดที่มีภาวะ PPROM และ Preterm labor ร่วมกับการใช้สารแอมเฟตามีน จำเป็นต้องอาศัยการดูแลเชิงรุก โดยเริ่มต้นตั้งแต่การประเมินแรกรับและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ลักษณะน้ำคร่ำ ซักประวัติการใช้สาร

เสพติดด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและไม่ตัดสิน เพื่อสร้างความไว้วางใจและได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ควบคู่กับการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะยากลุ่มยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก และยากลุ่มสเตียรอยด์ พร้อมเฝ้าระวังปฏิกิริยาร่วมระหว่างยากับแอมเฟตามีนที่อาจยังคงเหลืออยู่ในร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต หัวใจเต้นผิดจังหวะและอาการถอนยา สำหรับการดูแลทารกในครรภ์ ต้องติดตามกราฟ EFM ต่อเนื่อง เพื่อตรวจจับภาวะขาดออกซิเจนและการถูกกดทับของสายสะดือ หากพบสัญญาณวิกฤตต้องดำเนินการช่วยเหลือทันที โดยจัดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน เพิ่มอัตราการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเตรียมการคลอดฉุกเฉิน สำหรับระยะหลังคลอด ต้องประสานงานกับกุมารแพทย์และพยาบาล NICU เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพและประเมินทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะติดเชื้อและกลุ่มอาการถอนยา ก่อนดำเนินการระบุตัวตน ส่งมอบทารกอย่างปลอดภัยและประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม[13]

จากการทบทวนสถิติการให้บริการของ ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในระหว่างปีงบประมาณ 2566–2568 พบว่ามี หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการคลอดเฉลี่ยปีละ 1,010 ราย โดยมีอัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 8.78 (265 ราย) ของการคลอดทั้งหมด และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดร้อยละ 41.13 (109 ราย) ของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนด เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกพบว่า ผู้คลอดก่อนกำหนดและมีประวัติใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคิดเป็นร้อยละ 1.04 (1 ราย), 4.58 (5 ราย) และ 23.33 (14 ราย) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์และเข้ารับการรักษาในระยะฉุกเฉินด้วยภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[14] ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หรือมารดาหลังคลอดและทารก แรกเกิด จำเป็นต้องอาศัยการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้จัดทำในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงจัดทำกรณีศึกษานี้ขึ้น เพื่อถอดบทเรียน นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวทางการพยาบาลจากสถานการณ์จริงในบริบทของโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤตทางสูติกรรมร่วมกับการใช้สารเสพติด เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้คลอด ทารกในครรภ์ มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและใช้สารเสพติด เมทแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติการคลอดก่อนกำหนด ผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และคลอด ก่อนกำหนดที่มีประวัติการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มแอมเฟตามีน ย้อนหลัง 3 ปี

2. เลือกผู้คลอดที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ร่วมกับเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้คลอดที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนและรุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ รวมทั้งประสบการณ์สูงในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด 2 ชั่วโมง

3. ศึกษาเอกสาร ตำราวิชาการ บทความวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้คลอดกรณีศึกษาโดยการสอบถามผู้คลอดและญาติประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการใช้สารเสพติด การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป สัญญาณชีพ การตรวจครรภ์ การประเมินความก้าวหน้าการคลอด ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ และการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ กำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการของผู้คลอด ญาติ และนำมากำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมของ Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยสามารถเข้าร่วมหรือสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ ใด ๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้คลอดสัญชาติไทย อายุ 28 ปี อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ สถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพรับจ้าง รับเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2569 การวินิจฉัยครั้งแรก Labor pain การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Preterm labor with PROM จำหน่ายวันที่ 16 พฤษภาคม 2569 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 5 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เจ็บครรภ์ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีน้ำใสๆ ไหลออกทางช่องคลอด (น้ำเดิน) ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ จึงไม่ได้มารับการตรวจรักษา ต่อมา 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์คลอด นอนพักแล้วอาการไม่ทุเลา ญาติจึงพามาโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 3 (G3P2A0L2) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 26^{+2} สัปดาห์ ตลอดการตั้งครรภ์มารับการตรวจตามนัดรวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง กำหนดวันคาดคะเนคลอด (EDC) จากการตรวจ Ultrasound คือ วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2569 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อฝากครรภ์ ครั้งแรก พบหมู่เลือด B, Rh positive ผลคัดกรอง ธาลัสซีเมีย ปกติ (MCV 80 fL, DCIP negative), VDRL Non-reactive, HBsAg negative, anti-HIV negative ระหว่างการตั้งครรภ์พบภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะโลหิตจาง ได้รับยาบำรุงเลือด Triferdine และ Ferrous sulfate โดยในช่วงแรกรับประทาน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร ต่อมาได้ปรับเป็นวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร ซึ่งผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct) ล่าสุด เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2569 เท่ากับ 30.6%

ประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด

ผู้คลอดมีประวัติเริ่มใช้สารเสพติดคือ ยาไอซ์ ครั้งแรกเมื่ออายุ 16 ปี และได้หยุดเสพไปชั่วคราวในช่วงอายุ 21 ปี เนื่องจากถูกจำคุก ต่อมาเมื่ออายุ 25 ปี ได้กลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ โดยมีการใช้ร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้า จำนวน 1 เม็ด เมื่อ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย สีหน้าวิตกกังวล สัญญาณชีพแรกรับ BT 37.7°C, PR 94 beats/min, RR 20 breaths/min, BP 134/91

mmHg และ SpO_2 98% (Room air) มีอาการเจ็บครรภ์ Pain score 8/10 คะแนน

ศีรษะและใบหน้า: รูปร่างสมมาตร ไม่พบอาการบวมบริเวณใบหน้าหรือเปลือกตา ผมและหนังศีรษะปกติ ไม่มีบาดแผล

ตา หู คอ จมูก: เยื่อบุตาซีด ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ เยื่อบุจมูกและช่องปากปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ คอไม่มีหลอดเลือดดำโป่งตึง ต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลืองไม่โต

ทรวงอกและปอด: ทรวงอกสมมาตร หายใจสม่ำเสมอดี ไม่เหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดปกติ

หัวใจและหลอดเลือด: จังหวะการเต้นของหัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ การไหลเวียนเลือดส่วนปลายปกติ

ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ: รู้สึกตัวดี pupil 2-3 mm RTL BE แขนขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวปกติ กำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 DTR (Knee jerk) 2^+ ปกติ

การตรวจทางสูติศาสตร์

แผนการพยาบาล

- ตรวจหน้าท้อง: ยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกอยู่ในแนวตั้ง ท่า LOA, FHS 138-142 beats/min จังหวะสม่ำเสมอดี, Interval 4 นาที, Duration 40 วินาที, Severity 1^+ มดลูกหดรัดตัวเป็นระยะ ๆ สม่ำเสมอ

- การตรวจภายใน: Cervical dilation 5 cm, Effacement 90%, Membrane rupture ลักษณะน้ำคร่ำใส, Station -1

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: WBC 10.59x10^9/L, Hb 9.5 g/dl, Hct 29.5%, Lymphocyte 28.4%, Neutrophil 78.8%

Electrolyte: Potassium (K) 3.3 mmol/L

Urine exam: Albumin 4+, Urobilinogen 1+, Ketone 3+, Blood 1+, Leukocyte 1+, RBC 1-2, WBC 10-20 /HPF, Mucous trace, Bacteria moderate

Urine drug screen: Methamphetamine positive

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนคลอด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ผู้คลอดเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงรกลอกตัวก่อนกำหนด เนื่องจากเสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต หากพบว่า Systolic BP ≥ 160 mmHg หรือ Diastolic BP≥ 110 mmHg รีบรายงานแพทย์ทันที 2. สังเกตและประเมินอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง บริเวณท้ายทอย ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือเห็นแสงวูบวาบ จุกแน่นลิ้นปี่หรือปวดบริเวณชายโครงขวา DTR ไวผิดปกติ ≥ 3^+ กล้ามเนื้อกระตุก ชัก
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้คลอดมีพฤติกรรมการใช้ร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้า จำนวน 1 เม็ด เมื่อ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 2. ผล Urine drug screen แรกรับพบ Methamphetamine positive 3. สัญญาณชีพแรกรับ BP 134/91mmHg ต่อมาสูงขึ้นเป็น 140/93 mmHg **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงและรกลอกตัวก่อนกำหนด	3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่มีเลือดสดหรือเลือดเก่าสีเข้มออกจากช่องคลอดมดลูกที่หดรัดตัวแข็งเกร็งตลอดเวลาและไม่คลายตัวปวดท้องรุนแรงอย่างเฉียบพลันและตลอดเวลา กดเจ็บที่หน้าท้อง 4. สังเกตลักษณะการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินว่ามดลูกมีการคลายตัวสลับกับการหดรัดตัวตามปกติหรือไม่ 5. ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจทารกเต้นผิดปกติและสัญญาณเตือนของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดที่ทำให้ทารกขาดออกซิเจนเฉียบพลัน 6. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด เช่น หน้าซีด ตัวเย็น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดภายในมดลูกปริมาณมาก โดยที่ไม่มีเลือดไหลออกมาภายนอกช่องคลอด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	7. ทดสอบ DTR (Knee jerk) ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังและสัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการชักจากความดันโลหิตสูง 8. สังเกตสิ่งคัดหลั่งทางช่องคลอด เพื่อตรวจดูว่ามีเลือดสดไหลออกจากช่องคลอดหรือไม่ 9. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากแสงและเสียง เพื่อป้องกันและลดความเครียดของผู้คลอด ซึ่งจะช่วยควบคุมไม่ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว และไม่มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ สัญญาณชีพ BP = 134/91–140/93 mmHg, PR = 94 beats/min อาการเจ็บครรภ์สัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูก มีการหดและคลายตัวตามจังหวะปกติ ไม่เกร็งแข็งตลอดเวลา ไม่มีอาการปวดท้องรุนแรง ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด FHR 138–142 beats/min หลังการหดรัดตัวของมดลูก จังหวะสม่ำเสมอดี
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดมีภาวะ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากการงดน้ำและอาหาร ร่วมกับการสูญเสียเกลือแร่จากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และผลกระทบจากการเสพสารเสพติดเมทแอมเฟตามีน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้คลอดอยู่ในช่วงงดน้ำและอาหารทางปาก เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด 2. ผล Urine exam พบ Ketone 3+, Bacteria moderate 3. มีไข้ต่ำ ๆ BT 37.7°C 4. ผู้คลอดมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 5. ผลตรวจ Electrolyte พบ Potassium (K) ต่ำ 3.3 mmol/L **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อรักษาสมดุลของระดับโปแตสเซียมในเลือด 2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากระดับ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที เพื่อประเมินความสม่ำเสมอและจังหวะการเต้นของหัวใจ ลักษณะการหายใจลำบาก 2. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG) เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างต่อเนื่อง 3. ตรวจประเมินอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงของแขน ขา เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และหมั่นสอบถามผู้คลอดและสังเกตว่ามีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อกระตุก หรือเป็นตะคริวหรือไม่ โดยเฉพาะบริเวณน่องและต้นขา เพื่อฝ้าระวังความรุนแรงของ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ 4. สังเกตอาการท้องอืด ฟังเสียงการเคลื่อนตัวของลำไส้ (Bowel sound) เพื่อเฝ้าระวังภาวะลำไส้เคลื่อนตัวช้า (Paralytic ileus) 5. ดูแลให้ KCl elixir 30 mL PO (Doseแรก จากจำนวน 3 dose) ตามแผนการรักษา โดยผสมน้ำสะอาดหรือน้ำผลไม้ 90 mL เมื่อผู้คลอดพ้นระยะคลอดและสามารถเริ่มจิบน้ำหรือรับประทานอาหารอ่อนได้ พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ใจสั่น หรือมีอาการชากล้ามเนื้ออ่อนแรง 6. ให้คำแนะนำรับประทานอาหารที่มีเกลือแร่โปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม น้ำส้ม ผลไม้แห้ง และผักใบเขียว 7. ติดตามผลตรวจ Electrolyte เพื่อประเมินค่า Potassium และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดไม่มีอาการใจสั่น ไม่มีอาการชาหรือเป็นตะคริว Bowel sound ปกติ 6-10 time/min, PR = 94–98 beats/min จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ EKG monitor แสดง sinus rhythm ไม่พบคลื่นผิดปกติ ในระยะพักฟื้นหลังคลอด แพทย์ให้ส่งตรวจ Electrolyte ซ้ำ พบค่า Potassium ปกติ 4.2 mmoL/L
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์คลอดร่วมกับพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลลดลง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้คลอดให้ประวัติว่ามีน้ำเดิน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล แต่ไม่ได้มารับการตรวจรักษา	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย ทุก 1 ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของการติดเชื้อ 2. ดูแลให้ Cefixime (100 mg) 2 caps PO pc (Dose แรก จากจำนวน 5 วัน) ตามแผนการรักษา เมื่อผู้คลอดพ้นระยะคลอดและสามารถเริ่มจิบน้ำหรือรับประทานอาหารอ่อนได้ เพื่อกำจัดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่เป็นสาเหตุของ UTI พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ปฏิกิริยาการแพ้ยารุนแรง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้คลอดมีประวัติการใช้สารเสพติดเสี่ยงต่อการขาดการดูแลสุขอนามัยที่เหมาะสม 3. ผลการตรวจ Urine analysis แรกรับพบ WBC 10–20 cells/HPF, RBC 1–2 cells/HPF, Leukocyte 1+, Blood 1+, Mucous trace, Bacteria moderate 4. มีไข้แรกรับ BT = 37.7°C 5. แพทย์วินิจฉัยเป็น UTI **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อกำจัดและควบคุมเชื้อที่เป็นสาเหตุ ทำให้ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่กรวยไตและโพรงมดลูก 3. เพื่อลดอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3. เช็ดตัวลดไข้เมื่อผู้คลอดมีไข้ BT ≥ 37.5°C เพื่อช่วยระบายความร้อน และลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายมารดาและทารกในครรภ์ 4. แนะนำและช่วยเหลือผู้คลอดในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (Perineal care) อย่างถูกวิธี โดยให้เช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง เสมอหลังขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียจากทวารหนักเข้าสู่ท่อปัสสาวะและช่องคลอด 5. ดูแลให้ผู้คลอดใส่ผ้าอนามัยหรือแผ่นรองซับที่สะอาด หมั่นเปลี่ยนบ่อย ๆ ทุก 2–4 ชั่วโมง หรือเมื่อเปียกชุ่ม เพื่อลดความอับชื้นและการสะสมของเชื้อโรค 6. แนะนำให้ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ หรือหลังการขับถ่าย 7. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดเมื่อต้องทำหัตถการ เช่น การตรวจภายใน เพื่อลดการนำเชื้อภายนอกเข้าสู่ภายในโพรงมดลูกและทางเดินปัสสาวะ 8. ตรวจดูปัสสาวะของผู้คลอดทุกครั้งที่ขับถ่าย สังเกตว่ามีลักษณะขุ่น มีตะกอน มีมูก หรือมีสีแดงปนเลือด (Hematuria) รวมทั้งกลิ่นปัสสาวะเหม็นฉุนรุนแรงผิดปกติหรือไม่ 9. สังเกตสีและกลิ่นของน้ำคร่ำที่ไหลออกมา ประเมินอาการปวดเกร็งหน้าท้องที่ผิดปกติ หรือกดเจ็บที่มดลูกเจ็บ เพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก (Chorioamnionitis) 10. สังเกตอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดบั้นเอวหรือปวดหลัง เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะกรวยไตอักเสบ 11. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ (EFM) เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของ FHR อย่างต่อเนื่อง หากทารกมี FHR > 160 beats/min อาจเป็นสัญญาณเตือนระยะแรกของการติดเชื้อในครรภ์ 12. ติดตามผลตรวจปัสสาวะ (Urine analysis) เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา และความรุนแรงของการติดเชื้อ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดไม่มีไข้ BT36.5°C ปัสสาวะได้เองสีเหลืองใส ไม่มีแสบขัด ลักษณะน้ำคร่ำใส ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีพบอาการกดเจ็บบริเวณมดลูก ปวดบั้นเอวหรือปวดหลังหรือหนาวสั่น
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดมีภาวะ ขาดน้ำเนื่องจากการงดน้ำและอาหารทางปากในระยะเจ็บครรภ์คลอด ร่วมกับการสูญเสียน้ำจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น จากผลของเมทแอมเฟตามีน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้คลอดอยู่ในช่วงงดน้ำและอาหารทางปาก เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด 2. ผล Urine exam พบ Ketone 3+, Bacteria moderate 3. มีไข้ต่ำ ๆ BT 37.7°C 4. ผู้คลอดมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล	1. เปิดเส้นทางหลอดเลือดดำและดูแลให้สารน้ำ Acetate Ringer's Injection (ARI) 1,000 mL IV rate 120 mL/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อชดเชยปริมาณสารน้ำที่สูญเสียไปจากการงดน้ำและอาหาร การเผาผลาญที่สูงขึ้นจากฤทธิ์ของสารเมทแอมเฟตามีนและการติดเชื้อ 2. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกในร่ากายทุก 1–2 ชั่วโมง รวมถึงสังเกตสีและลักษณะของปัสสาวะ เพื่อประเมินความเพียงพอและความสมดุลของ สารน้ำในร่างกาย 3. สังเกตอาการแสดงของการขาดน้ำ เช่น ริมฝีปากแห้ง ตาโบ๋ ผิวหนังแห้ง หรือปัสสาวะออกน้อยและสีเข้ม 4. ติดตามผล Urine exam ซ้ำ โดยเฉพาะค่า Urine Sp.gr., Ketoneเพื่อเฝ้าระวังภาวะขาดน้ำรุนแรงขึ้น 5. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ในระยะคลอด โดยเฉพาะ BT และ PR เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. ผล Urine drug screen แรกรับพบ Methamphetamine positive **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อรักษาสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดน้ำในระยะคลอด	**ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดไม่มีไข้ BT 36.5°C, PR 94–98 beats/min, RR 20 breaths/min BP 134/91–140/93 mmHg เยื่อบุตา และช่องปากชุ่มชื้น ความตึงตัวของผิวหนังดี ปัสสาวะเอง 1 ครั้ง ออกประมาณ 300 mL สีเหลืองใส ไม่ได้ส่งตรวจ Urine exam ซ้ำ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้คลอดและทารก ในครรภ์เสี่ยงต่อเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการขนส่งออกซิเจนลดลงจากภาวะโลหิตจาง **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ตรวจร่างกายแรกรับพบ เยื่อบุตาซีด 2. ผล CBC แรกรับพบ Hb 9.5 g/dl, Hct 29.5% ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้คลอดและทารกในครรภ์ 2. เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้คลอดในการเผชิญกับการสูญเสียเลือดในระยะคลอด 3. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางเช่น ผู้คลอดมีภาวะเนื้อเยื่อสมองและร่างกายพร่องออกซิเจน ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนในครรภ์	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะโลหิตจางและภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว 2. หมั่นสอบถามอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือใจสั่น เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่แสดงว่าปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงสมองและกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 3. แนะนำให้ผู้คลอดปรับเปลี่ยนท่าทางอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันภาวะโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic hypotension) 4. จัดให้นอนตะแคงซ้าย เพื่อช่วยลดการกดทับของมดลูกต่อเส้นเลือด Inferior vena cava ทำให้เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น ส่งผลให้เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงรก 5. ประเมินสภาพทารกในครรภ์ (EFM) เพื่อเฝ้าระวัง FHR และตรวจจับสัญญาณเตือนระยะแรกของทารกพร่องออกซิเจน (Fetal distress) 6. ตรวจสอบผล Group เลือด (ABO & Rh typing) และจองเลือด (Cross-matching) ให้พร้อมใช้ทันที หากแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้เตรียมเลือด หรือในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินตกเลือดในระยะคลอด 7. ดูแลให้สารน้ำ Acetate Ringer's Injection (ARI) 1,000 mL IV rate 120 mL/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อคงปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนให้เพียงพอ และเพิ่มประสิทธิภาพในการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือ ใจสั่น สัญญาณชีพ BT 36.5°C, PR 94–98 beats/min, RR 20 breaths/min, BP 134/91–140/93 mmHg ทารกในครรภ์ FHR 138–142 beats/min หลังการหดรัดตัวของมดลูก จังหวะสม่ำเสมอดีผลการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วย EFM อยู่ใน Category I ในระยะพักฟื้นหลังคลอด แพทย์ให้ส่งตรวจ CBC ซ้ำ พบค่า Hct เพิ่มขึ้นเป็น 30.7%
ระยะคลอด **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้คลอดเสี่ยงต่อฝีเย็บและช่องทางคลอดฉีกขาดรุนแรงเนื่องจากมีภาวะคลอดเร็ว **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ครรภ์ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาทีประมาณ 2.15 น. แรกรับที่ห้องคลอด เวลา 03.00 น. ปากมดลูกเปิด 5 cm เวลา 03.45 น. ปากมดลูกเปิดหมด 10 cm, Station 1+ ทารกคลอดเวลา 03.54 น. รวมเวลาตั้งแต่เจ็บครรภ์ ถึงทารกคลอดเพียง 1 ชั่วโมง 40 นาที 2. ผู้คลอดเคยเย็บซ่อมแซมฝีเย็บจากการคลอดครั้งก่อน เนื้อเยื่อบริเวณนี้มีลักษณะเป็นพังผืด ทำให้ความยืดหยุ่นลดลง **วัตถุประสงค์การพยาบาล**	1. จัดท่าให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข่า (Lithotomy) เพื่อให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อและควบคุมการคลอดของศีรษะทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. อธิบายให้ผู้คลอดหยุดเบ่ง เมื่อหัวทารกเริ่มโผล่พ้นช่องคลอด (Crowning) โดยให้เปลี่ยนเป็นการอ้าปากหายใจเข้า-ออกยาว ๆ หลีกเลี่ยงการออกแรงเบ่งแบบยาว ๆ แต่ให้เบ่งสั้น ๆ เพื่อชะลอความเร็วของศีรษะทารกไม่ให้คลอดออกมาเร็วเกินไป 3. ในระยะที่ศีรษะทารกกำลังคลอด ใช้ฝ่ามือกดประคองบริเวณฝีเย็บ เน้นบริเวณแนวพังผืดเก่า เพื่อกระจายแรงดันและลดแรงตึงผิว ไม่ให้เนื้อเยื่อแผลเก่าแยกออกจากกัน พร้อมกับใช้อีกมือหนึ่งช่วยควบคุมการเงยของศีรษะทารก เพื่อให้ศีรษะทารกผ่านช่องคลอดออกมาอย่างช้า ๆ 4. ประเมินว่าฝีเย็บตึงมากหรือไม่ ถ้าตึงมากพิจารณาตัดฝีเย็บ (Episiotomy) โดยหลีกเลี่ยงแนวแผลเดิมหรือเลือกตัดในมุมแนวเฉียง (Mediolateral) เพื่อควบคุมทิศทางของแผล ไม่ให้ฉีกขาดลามลึกเข้าไปถึงหูรูดทวารหนักตามแนวพังผืดเก่า

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บและช่องทางคลอดรุนแรง	5. หลังรกคลอดเรียบร้อยแล้ว ตรวจดูแผลซ่อมแซมฝีเย็บเก่าอย่างละเอียดว่ามีการฉีกขาดหรือไม่ หรือฉีกลึกลงไปในชั้นกล้ามเนื้อเดิมหรือไม่ รวมถึงการฉีกขาดของปากมดลูก ผนังช่องคลอด หากมีการฉีกขาด รายงานแพทย์ เพื่อเย็บซ่อมแซมทันที เพื่อให้เนื้อเยื่อกลับมาสมานกัน ได้ดี และลดโอกาสการเกิดพังผืด **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้คลอดไม่เกิดการฉีกขาดซ้ำของแผลซ่อมแซมฝีเย็บเก่า และไม่มีรอยฉีกขาดใหม่เกิดขึ้นบริเวณฝีเย็บ ไม่มีแผลฉีกขาดบริเวณปากมดลูก ช่องทางคลอด สามารถขมิบช่องคลอดและควบคุมการบีบรัดตัว และคลายของหูรูดทวารหนักได้ปกติ
ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกล้าจากการหดรัดตัวอย่างรวดเร็วและรุนแรงในระยะคลอด ร่วมกับมีภาวะโลหิตจางและผลกระทบจากการเสพสารเสพติด เมทแอมเฟตามีน **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ในระยะก่อนคลอดผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ระดับรุนแรง Pain scale 10/10 คะแนน มดลูกหดรัดตัวถี่และรุนแรง Severity 3^{+} 2. ผู้คลอดมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิด ได้แก่ ยาไอซ์ ยาอี และยาบ้า โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 3. ผล CBC แรกรับพบ Hb 9.5 g/dl, Hct 29.5% ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 4. ผล Urine drug screen แรกรับพบ Methamphetamine positive 5. มารดาสูญเสียเลือดระหว่างการคลอดทารกและคลอดรก 100 mL **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันมารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินค่า MAP ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ CRT ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ตรวจวัดและประเมินค่า SpO_2 เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน 2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ค่า $SpO_2 < 95\%$ ปัสสาวะ < 0.5 ml/kg/hr, CRT > 2 วินาที 3. นวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องทุก 5 นาที และสอนสาธิตให้มารดาคลึงมดลูกด้วยตนเอง 4. กระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก 5. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก15 -30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว 6. ฉีด Syntocinon 10 unit IM ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัว 7. หลังรกคลอดฉีด Methergine 0.2 mg IV ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวและป้องกันการตกเลือด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ มีเสียงหริ่งในหู (Tinnitus) เจ็บหน้าอก หายใจเร็วตื้น 8. ดูแลให้ ARI 800 mL+Syntocinon 20 unit IV rate 120 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกภายหลังการคลอด เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน การหดเกร็งของมดลูกรุนแรง ชัก อาการภาวะน้ำเกิน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ไอ มีเสมหะเป็นฟองสีชมพู นอนราบไม่ได้ บวมบริเวณหนังตาและเท้า 9. สังเกตและบันทึกปริมาณ ลักษณะ และสีของน้ำคาวปลาทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่สองหลังคลอด เพื่อประเมินการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน หากพบเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืน ใน 15 นาที รายงานแพทย์ทันที 10. ติดตามผล Hct ถ้าต่ำกว่า 25% หรือลดลงจากเดิม 3% รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การรักษา **ประเมินผลการพยาบาล** มดลูกหดรัดตัวดี กลมแข็งอยู่ระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีแดง (Rubra) ปริมาณปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 138/86 mmHg, PR 62 beats/min, RR 20 breaths/min ผล Hct 30.7%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อภาวะถอนยา เนื่องจากระดับยาในกระแสเลือดลดลงจากการหยุดเสพเกินระยะเวลา ออกฤทธิ์ของยา **ข้อมูลสนับสนุน**	1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรก และทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่สองหลังคลอด เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะชีพจรเต้นเร็วผิดปกติจากการหยุดใช้สารเสพติด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มารดาหลังคลอดมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือ เสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 2. ผล Urine drug screen แรกรับ พบ Methamphetamine positive 3. ระยะถอนยาการเกิดอาการถอนยาเฉียบพลันของเมทแอมเฟตามีน จะอยู่ในช่วงวันที่ 2–7 หลังหยุดใช้ยา **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อเฝ้าระวังมารดาหลังคลอดเกิดอาการถอนยาเมทแอมเฟตามีน	2. สังเกตอาการถอนยาเฉียบพลัน เช่น กระสับกระส่าย สั่น มือสั่น เหงื่อออก หงุดหงิด วิตกกังวลรุนแรง หรือมีอาการหวาดระแวง หูแว่ว ซึมเศร้า เฉียบพลัน ทำร้ายตัวเอง 3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นแสง สี เสียง เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาท 4. ดูแลให้รับประทานอาหารและน้ำดื่มให้เพียงพอ เนื่องจากมารดาหลังคลอดจะมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นในช่วงถอนยา 5. ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนผ้าอนามัย จัดท่าทางให้นอนสบาย เพื่อส่งเสริมความสุขสบายและการพักผ่อน 6. เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความวิตกกังวลและให้กำลังใจ เพื่อให้มารดาเกิดความไว้วางใจและลดความเครียด **ประเมินผลการพยาบาล** มารดาหลังคลอดอ่อนเพลีย สัญญาณชีพปกติ BP 138/86 mmHg, PR 62 beats/min, RR 20 breaths/min นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ประสาทหลอน หรือทำร้ายตัวเอง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน ภาวะอุณหภูมิกายต่ำและการบาดเจ็บจากการคลอด เนื่องจากภาวะคลอดเร็วร่วมกับคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มารดามีภาวะคลอดเร็ว รวมเวลาตั้งแต่ เจ็บครรภ์จนคลอด 1 ชั่วโมง 40 นาที 2. ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ คาดการณ์น้ำหนักตัวน้อยประมาณ 2,000 กรัม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อป้องกันทารก แรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจาก การคลอด และรักษาอุณหภูมิกายของทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. เปิดเครื่องให้ความอบอุ่น (Radiant warmer) และเตรียมอุปกรณ์ ดูดเสมหะและออกซิเจนให้พร้อมใช้งานทันที 2. ขณะทำคลอดระวังไม่ให้ศีรษะและตัวทารกคลอดออกมาเร็วเกินไป เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงความดันในสมองทารกอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดในสมองแตกได้ 3. ระมัดระวังการจับดึงไหล่ทารกที่แรงเกินไป เพื่อป้องกันเส้นประสาทแขนบาดเจ็บ (Brachial plexus injury) 4. ใช้ผ้าสะอาดแห้งประคองรับตัวทารกอย่างมั่นคง ป้องกันทารกพลัดตกกระแทกกับพื้นเตียงคลอด 5. หลังคลอดเช็ดตัวทารกให้แห้งด้วยผ้าอุ่น เปลี่ยนผ้าผืนใหม่ ย้ายทารกไปอยู่ใต้ Radiant warmer ทันที เพื่อลดการสูญเสียความร้อนของร่างกาย หลีกเลี่ยงการวางทารกบนพื้นผิวที่เย็นหรือเปิดพัดลม/แอร์เป่าตรงตัวทารก 6. ดูดเมือกและน้ำคร่ำออกจากปากและจมูกอย่างนุ่มนวล ประเมินการหายใจ จัดท่านอนศีรษะสูง 15–30 องศา หน้าตรงหรือตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง โดยใช้ผ้าหนุนไหล่หนาประมาณ 1–2 เซนติเมตร เพื่อให้ทางเดินหายใจตรงและช่วยให้ปอดขยายตัวดีขึ้น 7. ประเมินคะแนน Apgar score ในนาทีที่ 1 และ 5 บันทึกสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ และวัดอุณหภูมิกายทางทวารหนักหลังคลอด 8. ตรวจร่างกายทารกแรกเกิด โดยการคลำกระดูกไหปลาร้า ดูการขยับของแขนทั้งสองข้าง และสำรวจผิวหนังทั่วร่างกายอย่างละเอียด เพื่อค้นหาการบาดเจ็บจากการคลอดเร็ว **ประเมินผลการพยาบาล** ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,330 กรัม คะแนน Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 9 นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 ทารกไม่ร้องกวน หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอกบุ๋ม ปีกจมูกไม่บาน RR 48 breaths/min, HR 142 beats/min BT 36.8°C, SpO_2 95-97% ไม่พบรอยเขียวช้ำหรือการบาดเจ็บจากการคลอด ย้ายทารกไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวช

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อภาวะถอนยาแต่กำเนิด เนื่องจากได้รับ สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ผ่านทางรกจากมารดาในระยะตั้งครรภ์ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. มารดาหลังคลอดมีประวัติการใช้สารเสพติดล่าสุดคือเสพยาบ้าจำนวน 1 เม็ด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล 2. ผล Urine drug screen แรกรับ พบ Methamphetamine positive **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของภาวะถอนยาแต่กำเนิด 2. เพื่อให้ตรวจพบภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น	1. ประเมินและบันทึกความเสี่ยงต่อเกิดกลุ่มอาการถอนยาแต่กำเนิด (Neonatal Abstinence Syndrome: NAS) โดยใช้แบบประเมิน Modified Finnegan Score รายงานกุมารแพทย์ทันที หากผลคะแนน Finnegan Score มีค่าตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปติดต่อกัน 2 ครั้ง หรือ สูงกว่า 12 คะแนน ในการประเมินครั้งเดียว รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา 2. ตรวจวัดและติดตามสัญญาณชีพทุก 30 นาที-1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะหายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว หรือภาวะไข้ 3. สังเกตและประเมินอาการ อาการแสดงขิงภาวะถอนยา ได้แก่ ร้องเสียงแหลมสูง สะดุ้งผวา ตื่นง่าย ชักเกร็ง หาวบ่อย มีไข้ หายใจเร็ว > 60 breaths/min หายใจปีกจมูกบานหรือหน้าอกบุ๋ม ท้องอืด แหวะนมหรืออาเจียน ถ่ายอุจจาระบ่อยหรือถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4. จัดทารกให้อยู่ในห้องที่เงียบสงบ หรี่ไฟให้มืดสลัว รวบรวมการทำกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ทำในเวลาเดียวกัน เพื่อลดการรบกวนทารกเพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาท 5. ห่อตัวทารกให้แน่นพอดี เพื่อลดปฏิกิริยาสะดุ้งผวา 6. งดการให้นมแม่ เนื่องจากสารเมทแอมเฟตามีนสามารถขับออกทางน้ำนมและส่งผลกระทบต่อทารกได้ 7. จัดเตรียมอุปกรณ์กู้ชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้งาน เพื่อช่วยเหลือกรณีทารกเกิดอาการชักเกร็ง หรือภาวะหยุดหายใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ก่อนย้ายทารกแรกเกิดไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวช Modified Finnegan Score น้อยกว่า 5 คะแนน ไม่มีไข้ BT 36.8°C, HR 140-150 beats/min, RR 50 breaths/min, SpO_2 95 - 97% ไม่มีอาการภาวะถอนยา

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้คลอดรายนี้มีประวัติการเสพยาบ้า (Methamphetamine) ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน โดยฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีนจะไปกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาทกลุ่ม Catecholamines เช่น Norepinephrine, Dopamine เข้าสู่กระแสเลือดในปริมาณ ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวรุนแรง จนเกิดภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วและเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งการหดรัดตัวของมดลูกในสภาวะที่น้ำคร่ำน้อย ยิ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ปากมดลูกเปิดขยายอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ระยะเวลาของการดำเนินเข้าสู่กระบวนการคลอดสั้นลงและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วผิดปกติ[15] นอกจากนี้ การที่ผู้คลอด มีน้ำเดินนานถึง 2 วัน ส่งผลให้เยื่อหุ้มทารก ซึ่ง ทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันตามธรรมชาติเกิดการฉีกขาด ทำให้เป็นช่องทางเชื่อมระหว่างสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในมดลูก แบคทีเรียประจำถิ่นบริเวณรอบ ๆ เช่น จากทวารหนักและช่องคลอด จึงสามารถแพร่กระจายย้อนกลับขึ้นไปด้านบน จนนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการลุกลามของเชื้อโรคเข้าสู่ภายในโพรงมดลูก จนก่อให้เกิดภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก (Chorioamnionitis) ที่เป็นอันตรายถึงชีวิตต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์[16] ยิ่งไปกว่านั้น ฤทธิ์ของสารแอมเฟตามีน ยังทำให้ผู้คลอดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในระยะคลอด ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อีกทั้งทารกในครรภ์ยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Fetal distress)[15] นอกจากนี้ ผลกระทบของสารแอมเฟตามีน ยังส่งผลต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด โดยมารดาจะมีความเสี่ยง

ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง เนื่องจากสารแอมเฟตามีนที่ออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัวอย่างรุนแรงในระยะแรก เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะเกิดปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (Rebound effect) ส่งผลให้มดลูกเกิดภาวะเฉื่อยชาและหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) อีกทั้งมารดายังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนยาเฉียบพลัน (Amphetamine withdrawal syndrome) ในส่วนของทารกแรกเกิด ในระหว่างอยู่ในครรภ์ จะได้รับสารแอมเฟตามีนผ่านทางรก เมื่อคลอดออกมาและสายสะดือถูกตัด ร่างกายของทารกจะเผชิญกับการขาดสารแอมเฟตามีนอย่างกะทันหัน ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการถอนยาในทารกแรกเกิด (Neonatal abstinence syndrome: NAS) ภายใน 24–48 ชั่วโมงหลังคลอดได้[17] จากพยาธิสภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทีมการพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญ จึงได้ให้การเฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ สัญญาณเตือนล่วงหน้า และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้คลอดที่มีประวัติใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด

2. พัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น สูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดและสูตินรีเวช พยาบาลกุมารเวชกรรม พยาบาลเฉพาะทาง จิตเวชและ สารเสพติด พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เพื่อสร้างระบบการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องในมารดาและทารกแรกเกิด ในการป้องกันมารดาหลังคลอดกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ การประเมินศักยภาพครอบครัวในการดูแลทารกแรกเกิดหลังกลับไปบ้านอย่างปลอดภัย

3. ใช้เป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง ในการฝึกทักษะการ คิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิกและการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีความซับซ้อน สำหรับนักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลสาขาสูตินรีเวชกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y.(2022). Williams obstetrics (26th ed.). New York: McGraw-Hill Education; 2022.
2. Wright, T. E., Terplan, M., Ondersma, S. J., Boyce, C., Yonkers, K., Chang, G., & Creanga, A. A.(2015). (The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2015; 215(5): 539–547.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG].(2020). Prelabor rupture of membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. Obstetrics & Gynecology. 2020; 135(3): e80–e97.
4. Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., Landoulsi, S., Jampathong, N., Zhang, J., & Gülmezoglu, A. M.(2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014 for determining trends in worldwide preterm birth: A systematic review and modelling analysis. The Lancet Global Health. 2019; 7(1): e37–e46.
5. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC].(2023). World drug report 2023. Vienna: United Nations Publication; 2023.
6. วิรัตน์ ตันติประภาส, นงลักษณ์ สุวรรณพินิจ, และ กิตติศักดิ์ พูลสวัสดิ์.(2563). ผลลัพธ์ทางสูติกรรมในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนที่มาคลอดในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารการพยาบาลและการสุขภาพ. 2563; 14(2): 45–58.
7. ศศิธร สุวรรณ, ปิยะนันท์ ลิมปิสุข, และ วรรณภา ศรีธน.(2564). ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในสตรีที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน. วารสารสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2564; 29(3): 112–122.

8. นันทพร แสนศิริพันธ์, และ ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์.(2020). การพยาบาลสูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2020.
9. ทิพวัลย์ รัตนวิจิตร, พัชราภรณ์ อุ่นใจ, และ ศิริเพ็ญ ปรุงเรณู.(2569). ผลกระทบของการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด. วารสารสาธารณสุขพยาบาล. 2569; 8(2): 45-56.
10. นิตยา ผ่องดำ.(2566). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566; 8(3): 112-125.
11. พจนาพรรณ อาสนวิจิตร.(2566). ผลกระทบจากการเสพสารเมทแอมเฟตามีนของมารดาขณะตั้งครรภ์ต่อทารกในระยะแรกเกิด.[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2569] เข้าถึงจาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20230717133205_976338236.pdf
12. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(2560). ผลกระทบของการเสพสารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2569] เข้าถึงจาก: https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=796
13. กานต์ทอง ศิริวัฒน์.(2564). สารที่ก่อให้เกิดความผิดปกติและเกิดพิษแก่ทารกในครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 9 มิ.ย. 2569] เข้าถึงจาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/38182/
14. ห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ทะเบียนการให้บริการผู้คลอด ปี พ.ศ. 2566, 2567, 2568. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า; 2569. [เอกสารอัดสำเนา].
15. ชนิกา บุณยพงศ์, และ อังคณา ประสพสุข.(2566). ผลกระทบของการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566; 6(2): 45–58.
16. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาการ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2566). การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำ. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566.
17. พิมล ศรีสุภาพ.(2566). ผลกระทบต่อทารกจากมารดาเสพยาบ้า. ศิริราชเวชสาร. 2566; 55(8): 482-488.

การพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

DEVELOPMENT OF A SERVICE MODEL FOR ENHANCING THE QUALITY OF THAI TRADITIONAL MEDICINE CLINIC SERVICES AT MAHASARAKHAM HOSPITAL.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ศิริพร ราชรามแก้ว[1] อดิศักดิ์ ถมอุดทา[2] ประถมพร มาตย์วิเศษ[3] ธิดาภรณ์ ใสโศก[4]
Siriporn Rachramkeaw[1] Adisak Thomudtha[2] Pratomporn Matvises[3] Thidaporn saisok[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการให้บริการคลินิกเวชกรรมไทย 2) พัฒนารูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ และ 3) ประเมินคุณภาพบริการภายหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการคลินิกเวชกรรมไทย ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงกันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Paired Samples t-test

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 51–60 ปี สถานภาพสมรส สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ ภายหลังการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทย พบว่าคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านการเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุดจาก 4.18 ± 0.30 เป็น 4.68 ± 0.18 (t = 12.36, $p < .001$) รองลงมาคือด้านความเป็นรูปธรรมของบริการจาก 4.12 ± 0.34 เป็น 4.57 ± 0.22 (t = 10.24, $p < .001$) และความพึงพอใจโดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.54, $p < .001$)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, คลินิกเวชกรรมไทย, คุณภาพบริการ

ABSTRACT

This study aimed to 1) investigate the current situation, problems, and needs regarding Thai Traditional Medicine (TTM) clinic services; 2) develop a TTM clinic service model to improve service quality; and 3) evaluate service quality following implementation of the developed model at Mahasarakham Hospital. This action research. The target population consisted of healthcare personnel working at the TTM clinic and TTM clinic service users. The study was conducted from October 2023 to September 2024. Research instruments included a demographic characteristics questionnaire and a service quality satisfaction assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, and pre- and post-development outcomes were compared using a paired-samples *t*-test.

Result : Most participants were female, aged 51–60 years, married, held a bachelor's degree, were government employees or employees of state enterprises, and were covered by the Civil Servant Medical Benefit Scheme. Following implementation of the developed TTM clinic service model, service quality and service-user satisfaction increased significantly at the .05 level. The dimension of empathy and attention to service users demonstrated the greatest increase in mean score, from 4.18 ± 0.30 to 4.68 ± 0.18 (t = 12.36,

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม
[2] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม
[3] แพทย์แผนไทยชำนาญการ, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม
[4] แพทย์แผนไทยชำนาญการ, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านส่องนางใย โรงพยาบาลมหาสารคาม

$p < .001$). This was followed by tangibles of service, which increased from 4.12 ± 0.34 to 4.57 ± 0.22 (t = 10.24, $p < .001$). Overall satisfaction was also significantly higher after implementation than before development (t = 8.54, $p < .001$).

Keywords: model development, Thai Traditional Medicine clinic, service quality

บทนำ

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน[1] เพื่อเพิ่มทางเลือกในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทยอย่างเหมาะสมและยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพของหน่วยบริการภาครัฐให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะการพัฒนาแนวทางการจัดบริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรัฐและคลินิกเฉพาะทางด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป[2]

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลมหาสารคามได้เริ่มให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยในระยะแรกเป็นบริการนวดไทย ประคบสมุนไพร อบสมุนไพรและยาสมุนไพร โดยยังไม่มีการตรวจวินิจฉัยโรคโดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน มีเพียงการวัดความดันโลหิต และซักประวัติอาการสำคัญเท่านั้น โดยผู้มารับบริการต้องยื่นบัตรที่อาคารผู้ป่วยนอกร่วมกับผู้ป่วยแผนกอื่นของโรงพยาบาลและรับยาสมุนไพรรวมกับผู้ป่วยแผนกอื่นเช่นกัน ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรอคอยนานในแต่ละขั้นตอน ต่อมาในปี พ .ศ. 2560 ได้เปิดให้บริการคลินิก OPD คู่ขนานตามนโยบายของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการแบบผสมผสานของประชาชน ส่งผลให้มีคลินิกเวชกรรมแผนไทยขึ้นในกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จากการศึกษาสถานการณ์และสภาพการดำเนินงาน พบว่า คลินิกเวชกรรมไทยมีระบบการให้บริการที่ดีอยู่แล้ว แต่ยังพบความแปรปรวนของกระบวนการดำเนินงานบางขั้นตอน โดยเฉพาะกระบวนการคัดกรองและการตัดสินใจวินิจฉัย ซึ่งยังขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของผู้ปฏิบัติงาน ประเด็นดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางและกระบวนการบริการให้มีความชัดเจน ลดความแปรปรวนและสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยยังคงคำนึงถึงหลักวิชาชีพและบริบทเฉพาะของผู้รับบริการแต่ละรายจึงมีการพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเวชกรรมแผนไทยเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการมีองค์ประกอบที่ชัดเจน สามารถยกระดับคุณภาพบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนและส่งเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานของบุคลากรซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยทั้งในระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงาน คลินิกเวชกรรมไทยโรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินคุณภาพการบริการคลินิกเวชกรรมไทย ภายหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart[3] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) การสะท้อนผล (Reflect) โดยมีการดำเนินการเป็นวงจรต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมหาสารคามให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการและประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

พื้นที่ศึกษา การศึกษาวิจัยดำเนินการในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม คลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน สังกัดโรงพยาบาลมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 ระยะเวลา 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม และยินยอมตอบแบบสอบถาม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 ผู้วิจัยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกจากผู้รับบริการที่เข้ารับบริการในคลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. อายุ 20 ปีขึ้นไปหรือสามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
3. ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการศึกษา ยินยอมเข้าร่วม โครงการโดยสมัครใจและลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้รับบริการที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน
2. ผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการทดลอง (Withdrawal of participant criteria)

1. ในระหว่างการศึกษาอาสาสมัครเกิดอาการแพ้สมุนไพรในทุกระดับความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อย ปานกลาง จนถึงรุนแรง
2. อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนต้องส่งตัวไปแผนกอื่นและแพทย์พิจารณาให้ออกจากโครงการ
3. อาสาสมัครไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้
4. อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากการศึกษาเอง

การเลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความเหมาะสมกับลักษณะของงานวิจัยที่มุ่งเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการจริงในหน่วยบริการและสามารถสะท้อนความคิดเห็นของผู้รับบริการในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกเวชกรรมไทย โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์และหรือการสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกเวชกรรมไทย โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ เช่น ด้านโครงสร้างบริการ ด้านกระบวนการคัดกรองและส่งต่อ ด้านแนวปฏิบัติการรักษา ด้านการบันทึกข้อมูลด้านการติดตามผลและด้านการประชาสัมพันธ์ จากนั้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบและปรับปรุงพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกเวชกรรมไทย โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนด

องค์ประกอบของรูปแบบ เช่น ด้านโครงสร้างบริการ ด้านกระบวนการคัดกรองและส่งต่อ ด้านแนวปฏิบัติการรักษา ด้านการบันทึกข้อมูลด้านการติดตามผลและด้านการประชาสัมพันธ์ จากนั้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบและปรับปรุง

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในคลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคามในช่วงเวลาที่กำหนด พร้อมเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานและประเมินคุณภาพบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ ประเมินผลและสรุปรูปแบบ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปข้อค้นพบปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับการนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและข้อเสนอแนะจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.2 แบบประเมินร่างของรูปแบบการดำเนินงานคลินิกเวชกรรมไทย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1.3 แบบสอบถามคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยประยุกต์จากมิติคุณภาพบริการ 5 ด้าน

1.4 แบบบันทึกผลการดำเนินงาน เช่น จำนวนผู้รับบริการ ระยะเวลารอคอย การใช้ยาสมุนไพรและตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นกรอบในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและพัฒนาข้อคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจึงจัดทำร่างแบบสอบถามและนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความชัดเจน เหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหาตามตัวแปรที่ศึกษา จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จึงสามารถนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายลักษณะทั่วไปและระดับคุณภาพบริการ

ส่วนการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบกลุ่มสัมพันธ์ (Paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ COA No 01/140

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาการดำเนินงานคลินิกเวชกรรมไทย โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์และหรือการสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า

ปัญหาที่พบ ได้แก่

1. หน้าที่การรับผิดชอบงานขอบเขตยังไม่ชัดเจน

2. ความแตกต่างของประสบการณ์และดุลพินิจของเจ้าหน้าที่

3. การคัดกรองผู้มารับบริการยังไม่ชัดเจน

4. การบันทึกข้อมูลบริการยังไม่สมบูรณ์

5. การประชาสัมพันธ์ที่ยังมีน้อยและเข้าถึงยาก

6. การจัดการความเสี่ยงและการปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกเวชกรรมไทย โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ จากนั้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบและปรับปรุง พบว่า

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการคลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม มี 6 รูปแบบ ได้แก่

1. ด้านโครงสร้างและสถานที่บริการ

2. ด้านบุคลากรและสมรรถนะวิชาชีพ

3. ด้านกระบวนการให้บริการและการคัดกรอง

4. ด้านระบบข้อมูลและการติดตามผล

5. ด้านการประชาสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการ

6. ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในคลินิกเวชกรรมไทย โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเวลาที่กำหนด พร้อมเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานและประเมินคุณภาพบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ระยะที่ 4 ประเมินผลและสรุปรูปแบบ โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สรุปข้อค้นพบปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับการนำไปใช้จริง

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ

โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการให้บริการคลินิกเวชกรรมไทย พัฒนารูปแบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยเพื่อยกระดับคุณภาพบริการและประเมินคุณภาพบริการภายหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลมหาสารคามมีผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 51–60 ปี มีสถานภาพสมรสและจบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจและใช้สิทธิการรักษาข้าราชการมากที่สุด ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหาร สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว พบโรคเบาหวานมากที่สุดในส่วนของการเข้ารับบริการ พบว่าส่วนใหญ่มาใช้บริการเป็นครั้งแรกและนิยมเข้ารับบริการนวดไทยและประคบมากที่สุด รองลงมาคือบริการดูแลหลังคลอด

ความพึงพอใจต่อการให้บริการของคลินิกเวชกรรมไทย พบว่า ภายหลังการพัฒนาครั้งที่ 2 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของคลินิกเวชกรรมไทยเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาในเกือบทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการสามารถส่งเสริมคุณภาพการให้บริการและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น

ในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.12 อยู่ในระดับมาก เป็น 4.57 อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อสถานที่ให้บริการ อุปกรณ์ เครื่องมือ และบรรยากาศภายในคลินิกมากขึ้น โดยเฉพาะบรรยากาศภายในคลินิกเอื้อต่อการรับบริการ และความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ

ด้านความน่าเชื่อถือของบริการ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.28 เป็น 4.56 จากระดับมากเป็นระดับมากที่สุด สะท้อนถึงความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อบุคลากร กระบวนการรักษา และการติดตามดูแลอย่างเป็นระบบ โดยหัวข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การบันทึกข้อมูลและติดตามการรักษาอย่างเป็นระบบ

ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.29 เป็น 4.50 แสดงให้เห็นว่าระบบบริการมีความสะดวก คล่องตัว และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดีขึ้น โดยเฉพาะขั้นตอนการรับบริการที่สะดวกและไม่ยุ่งยาก

ด้านการสร้างความมั่นใจ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.41 เป็น 4.61 อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงถึงความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อคุณภาพการรักษา ความรู้ความสามารถของบุคลากร รวมถึงความปลอดภัยในการเข้ารับบริการ

สำหรับด้านการเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.18 เป็น 4.61 จากระดับมากเป็นระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรให้ความสำคัญกับการรับฟังปัญหา การให้คำแนะนำ และการดูแลผู้รับบริการอย่างเหมาะสมและใกล้ชิดมากขึ้น

โดยสรุป ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยครั้งที่ 2 ส่งผลให้คุณภาพการให้บริการดีขึ้นในทุกด้าน ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น มีความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้น และสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาด้านสถานที่ บุคลากร กระบวนการให้บริการ และการดูแลผู้รับบริการ ส่งผลให้คุณภาพบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test (n=106)

หัวข้อ	ก่อนพัฒนา ครั้งที่ 1 Mean ± S.D.	หลังพัฒนา ครั้งที่ 2 Mean ± S.D.	Mean Difference	t	p-value
ด้านที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ	4.12 ± 0.34	4.57 ± 0.22	+0.45	10.24	< .001*
ด้านที่ 2 ความน่าเชื่อถือของบริการ	4.28 ± 0.30	4.56 ± 0.20	+0.28	7.89	< .001*
ด้านที่ 3 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.29 ± 0.32	4.50 ± 0.29	+0.21	5.02	< .001*
ด้านที่ 4 การสร้างความมั่นใจ	4.41 ± 0.32	4.61 ± 0.20	+0.20	4.95	< .001*
ด้านที่ 5 การเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ	4.18 ± 0.30	4.68 ± 0.18	+0.50	12.36	< .001*
ภาพรวม	4.26 ± 0.32	4.58 ± 0.22	+0.32	8.54	< .001*

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 คน พบว่า ภายหลังการพัฒนาผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.54$, $p < .001$)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด จาก 4.18 ± 0.30 เป็น 4.68 ± 0.18 ($t = 12.36$, $p < .001$) รองลงมาคือด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ จาก 4.12 ± 0.34 เป็น 4.57 ± 0.22 ($t = 10.24$, $p < .001$)

นอกจากนี้ ด้านความน่าเชื่อถือของบริการด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการและด้านการสร้างความมั่นใจ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าภายหลังการพัฒนาระบบบริการ ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพการบริการมากขึ้น ทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร กระบวนการให้บริการ และการดูแลเอาใจใส่จากบุคลากร

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาระบบบริการคลินิกเวชกรรมไทยสามารถยกระดับคุณภาพการให้บริการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการมากยิ่งขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกเวชกรรมไทยช่วยยกระดับคุณภาพบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry[4] ที่กล่าวว่าคุณภาพบริการเกิดจากการตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการทั้งด้านสถานที่ บุคลากร กระบวนการบริการและการดูแลเอาใจใส่

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพัฒนารูปแบบครั้งนี้มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การศึกษาปัญหา วิเคราะห์บริบท ออกแบบรูปแบบ ทดลองใช้และประเมินผล ทำให้รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับบริบทจริงของหน่วยบริการ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็วและมีมาตรฐานมากขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุติธรรม นิลพัฒน์และคณะ[5] ที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาพร แสนจันศรี[6] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบบริการด้วยแนวคิด Smart Hospital ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2. ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการเป็นด้านที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด

ผลการวิจัยพบว่า ด้านการเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงที่สุด ซึ่งสะท้อนว่าผู้รับบริการให้ความสำคัญกับการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด การรับฟังปัญหาและการให้คำแนะนำที่เหมาะสมรายบุคคล

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของบริการแพทย์แผนไทยที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจและรู้สึกได้รับความใส่ใจมากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภาภรณ์ เพลียสันเทียะ[7] ที่พบว่าผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยมีความพึงพอใจด้านบุคลากรสูงที่สุด โดยเฉพาะความเชื่อมั่นในผู้ให้บริการและสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฬาลักษณ์ เทียนรุ่งรัศมีและคณะ[8] ที่พบว่าความพึงพอใจมีอิทธิพลโดยตรงต่อความภักดีและการกลับมาใช้บริการซ้ำ

3. การพัฒนาด้านสถานที่และกระบวนการบริการช่วยเพิ่มความสะดวกและการเข้าถึงบริการ

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการและด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะประเด็นด้านความสะอาด ความเป็นสัดส่วนของพื้นที่บริการ ความชัดเจนของป้ายประชาสัมพันธ์และขั้นตอนการรับบริการที่สะดวกไม่ยุ่งยาก

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงระบบบริการให้มีความเป็นระบบมากขึ้น รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้ารับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกสะดวก ปลอดภัยและเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับบทความเกี่ยวกับคุณภาพและการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ที่พบว่าการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การดำเนินงานตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการช่วยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart[3] ซึ่งเน้นกระบวนการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผลร่วมกัน ส่งผลให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการอย่างแท้จริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและสามารถปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทจริงของหน่วยบริการ

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของบุคลากรยังช่วยสร้างความตระหนักและความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพบริการ ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์ต่อหน่วยบริการในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). นโยบายการบูรณาการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
2. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2566). แผนปฏิบัติราชการกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
3. Kemmis, & McTaggart, R. (1988).The Action research planner, 3 rd ed.Geelong: Deakin University, Australia.
4. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale For measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64(1), 12–40.
5. ชุติธรรม นิลพัฒน์, พีรพงศ์ นิลพัฒน์, ชิดชม สกุลไทย, และธนภูมิ คำศุภประเสริฐ. (2566). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกสู่การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลตามรูปแบบบริการวิถีใหม่ โรงพยาบาลสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 5(2), 1-18.
6. สุภาพร แสนจันศรี. (2567). การพัฒนารูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 4(1), 66-77.
7. นภาภรณ์ เพลียสันเทียะ. (2564). การศึกษาความพึงพอใจต่อการรับบริการคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 18(3), 10–17.
8. จุฬาลักษณ์ เทียนรุ่งรัศมี, ปรัชญา แก้วแก่น, และปริญญา เรืองทิพย์. (2559). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อความภักดีของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยในภาคตะวันออกของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Effects of a Family-Involved Swallowing Promotion Program for Intermediate Stroke Patients with Dysphagia at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ภัสราภรณ์ จวบบุญ[1] ณัชชวกร เกตุสิริ[2]
Passaraporn Juabboon[1] Natchawakorn Ketsiri[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โปรแกรมประกอบด้วยการประเมินภาวะกลืน การส่งเสริมและฝึกทักษะการกลืน และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและฝึกต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการกลืนและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการกลืนเพิ่มขึ้นจาก 13.90±0.99 เป็น 18.40±1.07 คะแนน และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นจาก 10.39±1.57 เป็น 14.22±0.67 คะแนน โดยแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง, ภาวะกลืนลำบาก, โปรแกรมส่งเสริมการกลืน, การมีส่วนร่วมของญาติ, การดูแลระยะกลาง

Abstract

This study aimed to examine the effects of a swallowing promotion program with family participation among intermediate-stage stroke patients with dysphagia at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand. A quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design was conducted among 30 intermediate-stage stroke patients with dysphagia who were purposively selected. The study was conducted from January to December 2023. The swallowing promotion program consisted of swallowing assessment, swallowing exercises and rehabilitation, and family participation in patient care and continued practice at home. Data were collected using a swallowing ability assessment and the Barthel Index for activities of daily living. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired t-test.

Results: After receiving the program, the mean swallowing ability score increased from 13.90±0.99 to 18.40±1.07, while the mean Barthel Index score increased from 10.39±1.57 to 14.22±0.67. Both outcomes showed statistically significant improvements compared with the pre-intervention scores ($p<0.001$). Patients and caregivers reported a high level of satisfaction with the program, particularly regarding knowledge gained, caregiving skills, and confidence in continuing care after discharge.

Keywords: Stroke, Dysphagia, Swallowing Promotion Program, Family Participation, Intermediate Care

[1] แพทย์แผนไทยชำนาญการ, กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 44160

[2] นักกายภาพบำบัดชำนาญการ, งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 44160

Corresponding Author: *E-mail: ji_b77@hotmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ความพิการ และการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของประชากร จากการศึกษาภาระโรคระดับโลกพบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่กับความพิการจากโรคในระดับสูง[1] ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งยังคงมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การสื่อสาร การทำกิจวัตรประจำวัน และการกลืน จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องภายหลังระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care) ซึ่งเป็นกระบวนการเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดความพิการ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม[2] แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงให้ความสำคัญกับการทำงานของทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลในกระบวนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง[3]

การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) เป็นระบบบริการที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังพ้นระยะวิกฤตและมีอาการทางคลินิกคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องของร่างกายและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหว การทรงตัว การสื่อสาร การกลืน และการดูแลตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการและภาวะทุพพลภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยระบบ IMC มีเป้าหมายในการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน และลดช่องว่างระหว่างการรักษาระยะเฉียบพลันกับการฟื้นฟูระยะต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ[3]

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก การฟื้นฟูในระยะกลางมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากอาจส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำได้ไม่เพียงพอ เกิดภาวะขาดสารอาหาร ภาวะขาดน้ำ และการสำลักอาหารหรือน้ำเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบจากการสำลักและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การฟื้นฟูจึงควรประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการกลืนอย่างเหมาะสม การฝึกกล้ามเนื้อและการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การจัดท่าทางและปรับรูปแบบการรับประทานอาหาร ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนหนึ่งยังมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองเมื่อกลับสู่ชุมชน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยฝึกทักษะการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารและการกลืน การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตามแผนการฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมให้ญาติมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแล จะช่วยให้การฟื้นฟูมีความต่อเนื่องสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย และเพิ่มโอกาสในการฟื้นคืนความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นการฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชน โดยมีการติดตามผลการฟื้นฟูเป็นระยะ โดยเฉพาะด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น Barthel Index รวมถึงความบกพร่องหลายด้าน

เช่น ปัญหาการกลืน ปัญหาการสื่อสาร และข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูที่มุ่งเน้นปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยร่วมกับการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว จึงเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ IMC ให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม[1,2]

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) หมายถึง ความผิดปกติของกระบวนการเคลื่อนผ่านอาหาร น้ำ หรือสารคัดหลั่งจากช่องปากผ่านคอหอยเข้าสู่หลอดอาหารและกระเพาะอาหาร อันเนื่องมาจากความผิดปกติของระบบประสาท กล้ามเนื้อ หรือโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับการกลืน กระบวนการกลืนแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมอาหารในช่องปาก (Oral Preparatory Phase) เป็นระยะที่อาหารถูกบดเคี้ยวและผสมกับน้ำลาย 2) ระยะกลืนในช่องปาก (Oral Phase) ลิ้นดันอาหารไปสู่ด้านหลังของช่องปาก 3) ระยะกลืนในคอหอย (Pharyngeal Phase) เกิดการตอบสนองอัตโนมัติของการกลืน 4) ระยะกลืนในหลอดอาหาร (Esophageal Phase) อาหารเคลื่อนผ่านหลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหาร ความผิดปกติในระยะใด ระยะหนึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบากในการรับประทานอาหารและอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การสำลัก ภาวะขาดสารอาหาร และปอดอักเสบจากการสำลัก[5] ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ตำแหน่งรอยโรคบริเวณก้านสมอง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและช่องปาก ภาวะกลืนลำบากเป็นความบกพร่องที่พบได้บ่อยภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง และมีความสำคัญเนื่องจากเกี่ยวข้องกับการสำลัก ปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาธิสภาพและสาเหตุของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการทำลายศูนย์ควบคุมการกลืนของประสาทสมองส่วนที่ควบคุมกล้ามเนื้อลายของคอ และหลอดอาหารส่วนบน มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและกลืน จากความผิดปกติของเส้น ประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10 และ 12 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปิดปากได้สนิทขณะเคี้ยวอาหาร รวมทั้งไม่สามารถผลักอาหารเข้าสู่หลอดอาหารได้

ในประเทศไทยพบปัญหาภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลายบริบท โดยการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากร้อยละ 30 และพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะกลืนลำบากกับภาวะปอดติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)[6] โดยการศึกษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบความชุกของภาวะกลืนลำบากระดับช่องปากและคอในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน[6] และการศึกษาในประเทศไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 327 ราย พบปัญหาการกลืนร้อยละ 15 เมื่อเข้ารับการฟื้นฟู[7]

การแพทย์แผนไทยมีกรอบแนวคิดในการอธิบายสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยให้ความสำคัญกับสมดุลของธาตุ 4 ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม และธาตุไฟ โดยเฉพาะธาตุลมซึ่งเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย และแนวคิดเรื่องธาตุเจ้าเรือนที่ใช้พิจารณาลักษณะพื้นฐานและความสมดุลของแต่ละบุคคล[14] ในกลุ่มผู้ป่วยอัมพฤกษ์–อัมพาต ตำราแพทย์แผนไทยมีการอธิบายความผิดปกติของ “ลม” และอาการที่เกิดขึ้นในบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย โดยคัมภีร์ชวดารใน แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ระบุ “ลมชิวหาสดมภ์” อยู่ในกลุ่มลมมีพิษ และอธิบายอาการเมื่อเริ่มเกิดว่า มีอาการหาวเรอ เหียน ขากรรไกรแข็ง และอ้าขบไม่ได้ ก่อนอาจมีอาการแน่นิ่งและไม่รู้สึกตัวในรายที่รุนแรง[8] และ “ลมทักขิณโรธ” มีอาการเจรจาไม่ได้ ลิ้นกระด้างคางแข็ง และมีอาการมือเท้าเย็นหรือตามัวร่วมด้วย[8] ดังนั้น องค์ความรู้ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าตำราแพทย์แผนไทยให้ความสำคัญกับความผิดปกติของลมและการเคลื่อนไหวของลิ้น ขากรรไกร และช่อง

ปาก ซึ่งเป็นบริเวณที่มีบทบาทต่อการพูดและการเตรียมอาหารก่อนการกลืน ทั้งนี้ “ลมชิวหาสดมภ์” และ “ลมทักขิณโรธ” เป็นคำอธิบายตามระบบองค์ความรู้ของการแพทย์แผนไทย ในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการใช้เป็นกรอบแนวคิดทางการแพทย์แผนไทยเพื่อประกอบการออกแบบกิจกรรมฟื้นฟู โดยไม่ทดแทนการประเมินและการวินิจฉัยภาวะกลืนลำบากตามมาตรฐานการแพทย์ปัจจุบัน

การประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการดำเนินงานในประเทศไทย โดยมีการใช้การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการบริหารร่างกายร่วมกับการรักษาฟื้นฟูมาตรฐาน การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักและประคบสมุนไพรร่วมกับการฟื้นฟูมาตรฐานรายงานพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มมีกำลังกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรักษาในกลุ่มที่ศึกษา นอกจากนี้ แนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ระบุแนวทางการนวดและการประคบสมุนไพร รวมถึงกรณีผู้ป่วยที่มีอาการบริเวณใบหน้า เช่น ลิ้นกระด้าง คางแข็ง ปากเบี้ยว มุมปากตก และพูดไม่ชัดหรือไม่ได้ ซึ่งมีการกำหนดบริเวณและขั้นตอนการนวดเพิ่มเติมอย่างเหมาะสม[9] ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาประยุกต์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการฟื้นฟูแบบบูรณาการ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากการประยุกต์ใช้ควรดำเนินควบคู่กับการประเมินความปลอดภัย การฝึกกลืน การจัดท่ารับประทานอาหาร การปรับอาหารและของเหลว และการเฝ้าระวังการสำลักตามหลักการแพทย์ปัจจุบัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้ป่วย

ตามข้อมูลจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ระหว่างปี 2562-2564 มีผู้ป่วยจำนวน 534,588 ราย หรือประมาณ 645 คนต่อประชากรแสนคน อีกทั้งยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคนี้ก็ยังคงเพิ่มขึ้น ในช่วงเวลาเดียวกัน มีอัตราการเสียชีวิต 52.97, 52.80 และ 55.53 คนต่อแสนประชากร[10]

โรงพยาบาลเชียงยืน เป็นโรงพยาบาล 60 เตียง จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางรายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชียงยืน ตั้งแต่ปี 2563 - 2565 พบว่า ปี 2563 จำนวน 66 ราย ปี 2564 จำนวน 75 ราย และปี 2565 เพิ่มเป็น 78 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลปี 2565 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง มีภาวะกลืนลำบาก 48 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.54 ที่ผ่านมาการให้ความรู้ด้านภาวะกลืนลำบากยังไม่มีรูปแบบการให้ ข้อมูลความรู้และสื่อการสอนที่เป็นรูปแบบชัดเจน กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและติดตามหลังจากกลับบ้านแล้ว ส่วนใหญ่เน้นเรื่องของการรักษาและการใช้ยา อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยปัญหาของผู้ป่วย เช่น การกลืน การสื่อสาร พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง พูดกับญาติไม่รู้เรื่อง ถือว่ามีความสำคัญ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า การนวดแผนไทยสายราชสำนักถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าและควบคุมกล้ามเนื้อใบหน้าได้มากขึ้น กระตุ้นต่อระบบกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาท ลดความตึงหรือการเกร็งของกล้ามเนื้อ[5] อีกทั้งการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณรอบปากและในปากมีการเคลื่อนไหว ซึ่งจะช่วยให้เกิดการกระตุ้นการกลืนอย่างปลอดภัย จากปัญหาและองค์ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของโปรแกรมที่เชื่อมโยงการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยใช้แนวคิดเรื่องสมดุลของธาตุและธาตุลม รวมถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับลมชิวหาสดมภ์และลมทักขิณโรธในฐานะกรอบแนวคิดทางการแพทย์แผนไทย และให้ญาติมีส่วนร่วมตั้งแต่การเรียนรู้ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วย และการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน การ

ดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูระยะกลางที่เน้นความต่อเนื่องของระบบบริการและการมีส่วนร่วมของครอบครัว[2,3,8] และมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องกลับไปฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อความสามารถในการกลืน และสนับสนุนศักยภาพของญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่รูปแบบการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและสามารถประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest–posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากและเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระหว่างเดือน มกราคม - ธันวาคม2566

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่มีการวัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง (Paired-samples t-test) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.90 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 28 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 คน คิดเป็นการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 7.14 จากจำนวนขั้นต่ำที่คำนวณได้ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนจะได้รับการประเมินความสามารถในการกลืนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนโดยให้ญาติมีส่วนร่วม และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่กำหนด จำนวน 30 ราย เกณฑ์การคัดเข้าดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10: I60-I69)
2. อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายไม่เกิน 6 เดือน
3. มีภาวะกลืนลำบาก ประเมินด้วย Gugging Swallowing Screen (GUSS) < 20 คะแนน
4. มีสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกคงที่และสามารถเข้าร่วมกระบวนการฟื้นฟูได้
5. ผู้ป่วยนั่งทรงตัวได้ดี รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารทำตามสั่งได้

6. ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำทางปาก

7. ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและช่วยดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านได้

8. ไม่มีข้อจำกัดด้านการนวด

9. อายุระหว่าง 30-60 ปี

10.ไม่จำกัดเพศ

11.ผู้ดูแลยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

2. มีโรคประจำตัวรุนแรงที่เป็นข้อห้ามต่อการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย

3. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้หรือการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการประเมิน

4. ไม่สามารถติดตามการรักษาต่อเนื่องได้

5. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ขอถอนตัวจากการวิจัย

6. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ 2) แบบประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบาก 3) แบบประเมินการกลืน Gugging Swallowing Screen (GUSS)[5,11] แบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอน ประเมินโดยไม่ใช้อาหาร (indirect swallowing test) 5 คะแนน ประเมินโดยใช้อาหารและน้ำ (indirect swallowing test) 15 คะแนน ทั้งหมดรวม 20 คะแนน การแปลผลคะแนน 20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะกลืนลำบาก 15 -19 คะแนน หมายถึง มีภาวะกลืนลำบากเล็กน้อย 10 -14 คะแนน หมายถึง มีภาวะกลืนลำบากระดับปานกลาง 0-9 คะแนน หมายถึง มีภาวะกลืนลำบากรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ 2.1) โปรแกรมส่งเสริมการกลืน โดยผู้วิจัยจะสอนแบบสาธิตย้อนกลับโดยละเอียดให้กับญาติ ประกอบด้วย ท่าการนวดกระตุ้นการกลืน 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 นวดแนวคอด้านหน้า โดยเริ่มจากจุดตัดศอเสมหะเป็นจุดที่หนึ่ง นวดคลาย ออกเบาๆ จนถึงจุดใต้คาง จุดนี้ต้องระวังควรกดนวดคลายเบาๆ เนื่องจาก ใกล้บริเวณของหลอดเลือดแดง ทำซ้ำ 5 รอบ ใช้เวลา 1 นาที

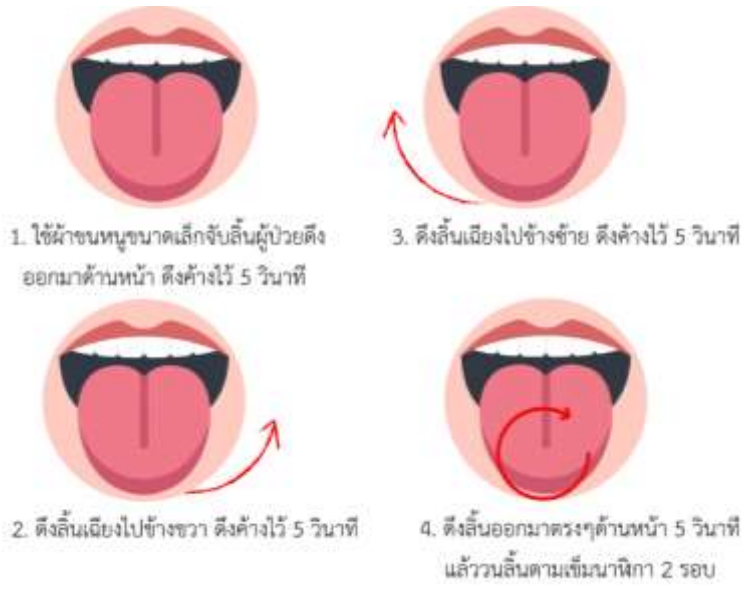


ขั้นตอนที่ 2 นวดแนวเส้นขากรรไกรและจุดใต้คางทั้งสองข้าง โดยเริ่มจากนวดขากรรไกร ทั้งสองข้างไล่ขึ้นมาตามแนวเส้นจนถึง จุดสุดท้ายกดจุดชิวหาสดม ทำซ้ำ 5 รอบ ใช้เวลา 5 นาที



ขั้นตอนการบริหารลิ้น

1) ใช้ผ้าขนหนูขนาดเล็กจับลิ้นผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ดึงออกมาด้านหน้า ค้างไว้ 5 วินาที
2) ดึงลิ้นเฉียงไปข้างขวา ดึงค้างไว้ 5 วินาที
3) ดึงลิ้นเฉียงไปข้างซ้าย ดึงค้างไว้ 5 วินาที
4) ดึงลิ้นออกมาตรง ๆ ด้านหน้า 5 วินาที แล้ววนลิ้นตามเข็มนาฬิกา 2 รอบ ทำซ้ำ 5 รอบ ใช้เวลาประมาณ 4 นวดและบริหารทุกวันก่อนมื้ออาหารเช้า - เย็น ดำเนินการเช่นเดียวกันในครั้งต่อไป จนครบ 7 วัน (14 มื้อ) แล้วประเมินความสามารถในการกลืน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยศึกษาค้นคว้าและตรวจสอบความถูกต้องตามวัตถุประสงค์จากตารางงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 คน โดยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเป็นรายข้อกับวัตถุประสงค์ในการวัด(Index of Item Objective Consistency ; IOC) ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ให้คะแนนในแต่ละรายข้อ โดยกำหนดระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง -1 มีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) อยู่ระหว่าง

0.66-1 และปรับปรุงแก้ไขเพื่อความชัดเจนของภาษาตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินการกลืน แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย หาความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach Alpha's coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.80, 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเชียงยืน เลขที่ CY 20/2566 รับรองวันที่ 5 มกราคม 2566

ผลการศึกษาวิจัย จากการศึกษาพบว่า

1.กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากในพื้นที่อำเภอเชียงยืน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 57 ปี (SD = 8.6) โรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40 โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.7 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 20 อื่นๆ ร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนา (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 86.67) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70)

2. ผลการประเมินความสามารถในการกลืน พบว่า คะแนนการกลืน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ค่าเฉลี่ย 13.90 คะแนนการกลืนหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ค่าเฉลี่ย 18.40 เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากมีคะแนนความสามารถในการกลืนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 13.90 คะแนน เป็น 18.40 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 4.50 คะแนน สะท้อนให้เห็นว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความสามารถในการกลืนในทางที่ดีขึ้น ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการกลืนที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยประกอบด้วยการนวดกระตุ้นบริเวณคอและขากรรไกร การบริหารลิ้นและการฝึกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกลืนก่อนมื้ออาหาร ร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การสาธิตย้อนกลับ และการฝึกปฏิบัติจริง กิจกรรมดังกล่าวช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการกลืนอย่างสม่ำเสมอ ขณะเดียวกัน ญาติได้รับความรู้และทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันได้ แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความสำคัญกับการประเมินความบกพร่อง การฟื้นฟูความสามารถในการกลืนตลอดจนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง[1,3] ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมฟื้นฟูที่เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องของการฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบากสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการกลืนภายหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12,13] นอกจากนี้

ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากควรประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการกลืน การจัดท่าที่เหมาะสม การฝึกกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน การดูแลสุขอนามัยช่องปาก และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล[13] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจำเป็นต้องมีระบบติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากการฝึกปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลมหาสารคาม สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน[17] ทั้งนี้ การมีระบบติดตามต่อเนื่องอาจช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำตลอดจนสามารถปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยได้

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งรายงานว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการกลืนดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม[18] อย่างไรก็ตาม โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเฉพาะที่ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการเรียนรู้ การสาธิตย้อนกลับ การฝึกปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน การมีส่วนร่วมดังกล่าวอาจช่วยเพิ่มโอกาสในการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในบริบทของชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน[2,3] การใช้วิธีการสาธิตย้อนกลับเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งของโปรแกรมที่อาจช่วยให้ญาติเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติ สามารถทบทวนความรู้และนำทักษะไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

โปรแกรมส่งเสริมการกลืนที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก และสะท้อนถึงความสำคัญของการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ การมีส่วนร่วมของญาติ และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน ทั้งนี้ การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาร่วมกับการประเมินผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพ และการติดตามความปลอดภัยในการกลืนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators.(2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Neurol. 2024;23(10):973-1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7.
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง (Guideline for Intermediate Care) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. กระทรวงสาธารณสุข.(2562). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al.(2016). Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2016;47(6):e98-e169. doi:10.1161/STR.0000000000000098.

5. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al.(2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38(11):2948-52. doi:10.1161/STROKEAHA.107 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17885261/
6. ศศิธร สายยศ.(2561). ความชุกของภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561;33(2).
7. เบ็ญจพรเลิศ ไพฑูรย์, อารยาวิชานนท์ ปรีดา, มนิมนากร ณัฐเศรษฐ, วัฒนพันธุ์ ภัทรา.(2561). ความชุกของภาวะกลืนลำบากระดับช่องปากและลำคอในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 2561;28(2):49-53.
8. กรมศิลปากร.(2542). แพทยศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม 2: พระคัมภีร์ชวดาร ว่าด้วยโรคเกิดในกองลมต่างๆ. กรุงเทพฯ: กรมศิลปากร; 2542.
9. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.(2565). แนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2565.
10. กระทรวงสาธารณสุข (2565). สรุปรายงานการปวย ป พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
11. Park YH, Han HR, Oh BM, Lee J, Park JA, Yu SJ, et al.(2020). The Gugging Swallowing Screen in dysphagia screening for patients with stroke: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2020;103
12. Wattanapan P, Kovindha A, Permsiripanich W, Manimmanakorn N, Kuptniratsaikul V.(2016). Swallowing problem in patients with stroke: multi-center study in Thailand. J Med Assoc Thai. 2016;99 Suppl 7:S76-S80.
13. อรุณี ธรรมเกียรต, ฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนต่อความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก หอผู้ป่วยอายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2561;32(1):813-820.
14. Jongprasitkul H, Kitisomprayoonkul W. Effectiveness of conventional swallowing therapy in acute stroke patients with dysphagia. Rehabil Res Pract. 2020;2020:2907293. doi:10.1155/2020/2907293.
15. ดวงใจ บุญคง, พรหมสาขา ณ สกลนคร, อรุณรัตน์ อุทัยแสง, สมเกียรติ บุญคง.(2562). การส่งเสริมการกลืนอย่างปลอดภัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก: บทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562;35(2).
16. สุทธิรัตน์ บุษดี.(2565). การพัฒนาระบบการบริการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(1):193-206.
17. อภิญญา ถิ่นเดิม, กุลทัต หงส์ชยางกูร, อมร รอดคล้าย, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์.(2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการฟื้นฟูภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2564;27(4):35-49.
18. ลัดดา ศิลาเรียม. (2557) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพต่อความสามารถในการกลืนและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
19. ปานียา ณัฐชนาวรเดช.(2563) ผลของการนวดไทยราชสำนักในการรักษาโรคอัมพาตใบหน้าแบบเบลล์.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น (2กรกฎาคม –ธันวาคม 2563), หน้า 345 – 353.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL.11 NO.3 July-September 2026

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูญเสียฟันในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

Factors Associated with Tooth Loss among the Elderly in the Responsibility Area of Lan Krabue Hospital, Kamphaeng Phet Province.

(Received: September 21, 2026; Revised: September 27, 2026 ; Accepted: September 29, 2026)

เทพฤทธิ์ ไตรฟื้น[1]
Thepparit Traifuen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (survey research by mixed-methods data analysis) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูญเสียฟัน (มีฟันแท้ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่) ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณคือผู้สูงอายุจำนวน 380 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการตรวจสภาวะช่องปากทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ และการศึกษาเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 57.4 มีภาวะสูญเสียฟันจนใช้งานได้ไม่ถึงเกณฑ์ ปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลต่อการสูญเสียฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูญเสียฟัน (aOR = 2.85, 95% CI: 1.48-5.45) การไม่ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟัน (aOR = 2.64, 95% CI: 1.25-5.58) การเป็นโรคเบาหวาน (aOR = 2.42, 95% CI: 1.30-4.52) ประวัติการสูบบุหรี่ (aOR = 2.15, 95% CI: 1.15-4.02) และกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป (aOR = 1.95, 95% CI: 1.10-3.45) ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่า ทัศนคติที่มองว่าการสูญเสียฟันเป็นเรื่องปกติ ความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการทำฟัน และอุปสรรคด้านการเดินทาง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเลือกถอนฟันแทนการรักษา

คำสำคัญ: ภาวะสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

Abstract

This survey research by mixed-methods data analysis aimed to investigate factors associated with tooth loss (having fewer than 20 functional teeth) among the elderly in the responsibility area of Lan Krabue Hospital, Kamphaeng Phet Province. The quantitative study included 380 elderly participants. Data were collected using questionnaires and clinical oral examinations, then analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Multiple Logistic Regression. The qualitative study involved in-depth interviews with 18 key informants.

The results revealed that 57.4% of the elderly had fewer than 20 functional teeth. Five independent risk factors were significantly associated with tooth loss ($p < 0.05$): incorrect beliefs about tooth loss (aOR = 2.85, 95% CI: 1.48-5.45), never using interdental cleaning aids (aOR = 2.64, 95% CI: 1.25-5.58), having diabetes mellitus (aOR = 2.42, 95% CI: 1.30-4.52), a history of smoking (aOR = 2.15, 95% CI: 1.15-4.02), and being 70 years of age and older (aOR = 1.95, 95% CI: 1.10-3.45). Qualitative data supported that the normalization of tooth loss, misconceptions regarding dental treatments, and travel barriers primarily led the elderly to opt for tooth extraction over preservation.

Keywords: Tooth loss Elderly Risk factors Oral health behavior

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจสังคมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพช่องปากซึ่งถือเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ การสูญเสียฟันมิใช่

[1] ทันตแพทย์ ประจำหน่วยงานทันตกรรม โรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

เพียงผลลัพธ์ตามธรรมชาติของความชราภาพ แต่เป็นผลสืบเนื่องจากการสะสมของโรคในช่องปากตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม[1] องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายทางยุทธศาสตร์ให้ผู้สูงอายุควรมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว การพูด และสุนทรียภาพ หากสูญเสียฟันจนเหลือฟันใช้งานไม่ถึงเกณฑ์ดังกล่าว จะสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ การขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม และคุณภาพชีวิตที่ลดลง[2] นอกจากนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ยังชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการสูญเสียฟันกับโรคทางระบบ โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์รุนแรงนำไปสู่การสูญเสียฟันมากกว่าคนปกติ[3]

สำหรับสถานการณ์ในระดับพื้นที่ ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างปี พ.ศ. 2566 – 2568 พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 55.09, 43.91 และ 32.91 ตามลำดับ) สอดคล้องกับอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ลดลง ในขณะที่สถิติการรับบริการพบว่าผู้สูงอายุมักมารับบริการถอนฟันเมื่อมีอาการรุนแรงแล้วในสัดส่วนที่สูงมาก เมื่อเทียบกับการรับบริการเชิงป้องกัน เช่น การอุดฟันหรือการขูดหินปูน[4] บริบทของอำเภอลานกระบือมีลักษณะเป็นสังคมกึ่งชนบท ผู้สูงอายุจำนวนมากยังเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทันตกรรม ทั้งอุปสรรคด้านการเดินทาง ความไม่สะดวกในการรอคอย รวมถึงการมีทัศนคติและความเชื่อดั้งเดิมที่มองว่าการสูญเสียฟันเป็นเรื่องปกติของวัย[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะสูญเสียฟันเป็นปรากฏการณ์พหุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ) พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก (การแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์เสริม) ภาวะโรคประจำตัว และการเข้าถึงบริการ[6,7] แม้จะมีงานวิจัยในประเทศที่ระบุถึงปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ไว้บ้างแล้ว แต่ด้วยบริบทเฉพาะตัวทางด้านวิถีชีวิต โครงสร้างครอบครัว และวัฒนธรรมของอำเภอลานกระบือ ทำให้ระบบบริการยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับพื้นที่ ปัญหาช่องว่างของข้อมูลเชิงลึกนี้ส่งผลให้การวางแผนแก้ไขปัญหาเชิงรุกของทีมทันตบุคลากรยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างตรงจุด ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหวังที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูญเสียฟันของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และพัฒนารูปแบบการให้บริการทันตกรรมที่สอดคล้องกับบริบท เพื่อยืดอายุการใช้งานของฟันแท้ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสูญเสียฟันและจำนวนฟันแท้ที่เหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ทัศนคติและความเชื่อของผู้สูงอายุ
3. เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านทัศนคติและความเชื่อ กับภาวะสูญเสียฟันของผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (survey research by mixed-methods data analysis) ชนิดแบบแผนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม และปัจจัยด้านทัศนคติและความเชื่อ กับภาวะสูญเสียฟัน

ของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Phase) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytic Study) เพื่อศึกษาข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Point in time) และระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Phase) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

รูปแบบการวิจัยดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทการศึกษา เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณจะช่วยระบุขนาดของปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันทางสถิติ ในขณะที่ข้อมูลเชิงคุณภาพจะช่วยค้นหาคำอธิบายบริบท ทัศนคติ ความเชื่อดั้งเดิม และอุปสรรคเชิงลึกในการเข้าถึงบริการ ซึ่งสถิติเพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายได้ครอบคลุม ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่สมบูรณ์และสะท้อนความเป็นจริงในระดับพื้นที่มากที่สุด โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคลินิก แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลานกระบือ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

สำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับกรณีที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอน โดยมีประชากร 8,070 คน กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 จากนั้นปรับเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อรองรับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ 404 ราย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์มีจำนวน 380 ราย

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวนประมาณ 15-20 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้สูงอายุที่ผ่านการเก็บข้อมูลในระยะเชิงปริมาณ การคัดเลือกจะอ้างอิงจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยเลือกทั้งกลุ่มที่เป็นตัวแทนตามข้อค้นพบ (Typical Cases) และกลุ่มที่ให้ข้อมูลขัดแย้งกับสมมติฐาน (Deviant/Extreme Cases) เพื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกจนกระทั่งได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation)

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมเสี่ยง ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการ และแบบประเมินทัศนคติและความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปากทางคลินิก (อ้างอิงตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก และสำนักทันตสาธารณสุข) เพื่อประเมินจำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ในช่องปาก สถิติฟันผุ ถอน อุด (DMFT Index) จำนวนฟันแท้ใช้งานได้ และจำนวนคู่สบฟันหลัง และ 3) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นทันตแพทย์ ภายหลังจากการชี้แจงและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และดำเนินการตรวจสภาวะช่องปากทางคลินิก ณ คลินิกทันตกรรมด้วยชุดเครื่องมือตรวจมาตรฐานที่ผ่านการฆ่าเชื้อ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สืบค้นข้อมูลทุติยภูมิเพิ่มเติมจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HosXP) ของโรงพยาบาล เพื่อยืนยันความถูกต้องของโรคประจำตัวและประวัติการรับบริการทางทันตกรรมย้อนหลัง 1 ปี สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบตัวต่อตัวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งนี้ การบันทึกและจัดการข้อมูลในทุกขั้นตอนจะใช้การกำหนดรหัสตัวเลข (Study ID /

Coding) แทนการระบุชื่อ-นามสกุลจริง เพื่อปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลและรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยจะไม่มีการระบุตัวตนในไฟล์ข้อมูลที่จะนำไปวิเคราะห์และเผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (หรือค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอร์ไทล์ ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) หรือ Fisher's Exact test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะการมีฟันแท้ใช้งาน (แบ่งเป็นกลุ่มที่มีฟันแท้ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ และกลุ่มที่มีฟันแท้ใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป) และใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่เหลืออยู่ จากนั้นนำตัวแปรที่มีระดับนัยสำคัญเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Binary Logistic Regression) เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อภาวะสูญเสียฟันโดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน (Confounding factors) และนำเสนอผลในรูปของค่าอัตราส่วนออดส์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Odds Ratio: aOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อจัดกลุ่มประเด็นทัศนคติ ความเชื่อ และอุปสรรคเชิงลึก นำมาใช้อธิบายสนับสนุนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณให้มีความสมบูรณ์และสะท้อนบริบทอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (เลขที่โครงการ 69 02 09 อนุมัติเมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2569)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการจำนวนทั้งสิ้น 380 ราย พบว่าลักษณะทั่วไปทางประชากรศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.4 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 69.5 ปี (SD = 6.2) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.3 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่พึ่งพารายได้จากเบี้ยยังชีพและบุตรหลาน ร้อยละ 68.2 ด้านสภาวะสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 64.5 โดยโรคที่พบความชุกสูงสุดคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 72.1 แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟัน เช่น ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟันเป็นประจำเพียงร้อยละ 8.4 นอกจากนี้ ข้อมูลการเข้าถึงบริการสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุร้อยละ 58.7 ไม่เคยมารับบริการทางทันตกรรมเลยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยอุปสรรคสำคัญที่กลุ่มตัวอย่างระบุคือ ความไม่สะดวกในการเดินทางและไม่มีผู้ดูแลพามา สำหรับสถานการณ์ภาวะสูญเสียฟันจากการตรวจทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่เหลืออยู่ในช่องปากเท่ากับ 14.8 ซี่ (SD = 7.5) เมื่อประเมินตามเกณฑ์เป้าหมายสุขภาพช่องปากที่กำหนดให้ผู้สูงอายุควรมีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (กลุ่มกรณี) จำนวน 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.4 และมีผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.6

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูญเสียฟัน

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร พฤติกรรม สุขภาพ และความ

เชื่อ กับภาวะสูญเสียฟัน (มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่) ผู้วิจัยได้ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ในการทดสอบสมมติฐาน ผลการวิเคราะห์พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการสูญเสียฟันสูงกว่ากลุ่มที่อายุต่ำกว่า ปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพพบว่าโรคประจำตัวเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟัน ปัจจัยด้านพฤติกรรมพบว่าประวัติการสูบบุหรี่ การไม่ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟัน และประวัติการไม่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี ล้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะฟันใช้งานไม่ถึงเกณฑ์ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านทัศนคติและความเชื่อยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลช่องปากและการสูญเสียฟัน มีสัดส่วนของการสูญเสียฟันสูงกว่ากลุ่มที่มีความเชื่อเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ และตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป

ปัจจัยที่ศึกษา	กลุ่มกรณี (< 20 ซี่) n = 218 จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม (≥ 20 ซี่) n = 162 จำนวน (%)	p-value
อายุ			**0.012***
ต่ำกว่า 70 ปี	102 (46.8)	98 (60.5)	
ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป	116 (53.2)	64 (39.5)	
โรคประจำตัวเบาหวาน			**0.004***
ไม่มี	134 (61.5)	124 (76.5)	
มี	84 (38.5)	38 (23.5)	
ประวัติการสูบบุหรี่			**0.018***
ไม่เคยสูบ	128 (58.7)	114 (70.4)	
เคยสูบ / ปัจจุบันสูบอยู่	90 (41.3)	48 (29.6)	
การใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟัน			**0.002***
ใช้บ้าง / ใช้เป็นประจำ	18 (8.3)	32 (19.8)	
ไม่เคยใช้เลย	200 (91.7)	130 (80.2)	
การรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี			**0.025***
เคยรับบริการ	78 (35.8)	77 (47.5)	
ไม่เคยรับบริการเลย	140 (64.2)	85 (52.5)	
ความเชื่อต่อการดูแลช่องปากและการสูญเสียฟัน			**0.001***
เชิงบวก (ถูกต้อง)	65 (29.8)	78 (48.1)	
เชิงลบ (ไม่ถูกต้อง / ไม่แน่ใจ)	153 (70.2)	84 (51.9)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

3. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียฟัน

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูญเสียฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว เข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน (Confounding factors) ผลการวิเคราะห์พบว่ามี 5 ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่ส่งผลต่อการสูญเสียฟันจนเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีขนาดความสัมพันธ์สูงสุดคือ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อการสูญเสียฟัน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความเชื่อเชิงลบ (เช่น เชื่อว่าอายุมากฟันต้องร่วงเป็นเรื่องธรรมชาติ หรือการถอนฟันกระทบเส้นประสาทตา) มีความเสี่ยง

ต่อการสูญเสียฟันเป็น 2.85 เท่าของผู้ที่มีความเชื่อถูกต้อง รองลงมาคือพฤติกรรมการไม่ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟันเลย ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงเป็น 2.64 เท่า สำหรับปัจจัยทางกายภาพพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2.42 เท่า และผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็น 2.15 เท่า นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอายุยังคงเป็นตัวทำนายที่สำคัญ โดยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเป็น 1.95 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านการรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี ไม่พบความนัยสำคัญทางสถิติเมื่อถูกควบคุมด้วยตัวแปรอื่นในสมการ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสูญเสียฟัน (< 20 ซี่) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression)

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	B	S.E.	Adjusted OR	95% CI	p-value
ความเชื่อต่อการสูญเสียฟัน (เชิงลบ / ไม่ถูกต้อง)	1.04	0.33	2.85	1.48–5.45	**0.002***
การใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาด (ไม่เคยใช้เลย)	0.97	0.38	2.64	1.25–5.58	**0.011***
โรคประจำตัวเบาหวาน (มี)	0.88	0.31	2.42	1.30–4.52	**0.005***
ประวัติการสูบบุหรี่ (เคยสูบ / ปัจจุบันสูบ)	0.76	0.31	2.15	1.15–4.02	**0.016***
อายุ (≥ 70 ปี)	0.66	0.29	1.95	1.10–3.45	**0.022***
การรับบริการทันตกรรม (ไม่เคยในรอบ 1 ปี)	0.45	0.28	1.56	0.89–2.74	0.118

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

4. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 ราย เพื่อค้นหาคำอธิบายปรากฏการณ์ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พบว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียฟันเกิดจากประเด็นหลัก 3 ประการ ประการแรกคือทัศนคติและการให้คุณค่า โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าการสูญเสียฟันเป็นเรื่องปกติของวัยชราที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ประการที่สองคือความกลัวและความเชื่อที่คลาดเคลื่อน ผู้สูงอายุหลายรายมีความกังวลเกี่ยวกับการทำฟัน โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่าการถอนฟันบนจะส่งผลกระทบต่อเส้นประสาทตา หรือความเชื่อที่ว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่ควรเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม เพราะอาจเกิดอันตรายถึงชีวิต ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะทนต่ออาการปวดจนรอยโรคฟันผุลุกลามรุนแรง ประการสุดท้ายคือข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ซึ่งเชื่อมโยงกับบริบทของสังคมกึ่งชนบท การไม่มีบุตรหลานคอยรับส่งและการมีปัญหาสุขภาพร่างกายที่ไม่อำนวยต่อการเดินทาง ทำให้เมื่อมีปัญหาในช่องปาก ผู้สูงอายุมักร้องขอให้ทันตแพทย์ทำการ "ถอนฟัน" แทนการรักษาเพื่อเก็บฟันไว้ เนื่องจากรู้สึกว่าเป็นวิธีที่ยุติความเจ็บปวดได้รวดเร็วที่สุด และลดภาระค่าใช้จ่ายในการจ้างเหมารถเพื่อเดินทางมาโรงพยาบาลหลายครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูญเสียฟันในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการวิจัยแบบผสมผสานที่มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสูญเสียฟันจนเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ในบริบทของสังคมกึ่งชนบท จากการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multivariate Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูญเสียฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูญเสียฟัน การไม่ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟัน โรคประจำตัวเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ และกลุ่มอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ซึ่ง

ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายและเปรียบเทียบกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องต่อการสูญเสียฟัน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีขนาดความสัมพันธ์สูงสุดในการศึกษานี้ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่อเชิงลบมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นถึง 2.85 เท่า ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yadav และคณะ[8] ที่พบว่าความเชื่อดั้งเดิมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการแสวงหาบริการทางทันตกรรมที่สำคัญ ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่มีชุดความคิดที่มองว่า "การสูญเสียฟันเป็นเรื่องธรรมชาติของความชรา" ทำให้ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลป้องกัน นอกจากนี้ความเชื่อที่คลาดเคลื่อน เช่น การถอนฟันบนจะส่งผลกระทบต่อเส้นประสาทตา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหวาดกลัวและหลีกเลี่ยงการไปพบทันตแพทย์ในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรค นำไปสู่การปล่อยให้รอยโรคฟันผุลุกลามจนเกินกว่าจะบูรณะได้ และจบลงด้วยการสูญเสียฟันในที่สุด

พฤติกรรมการไม่ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟัน เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูญเสียฟันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ ปุ้งมา และคณะ[9] ที่ระบุว่าการควบคุมคราบจุลินทรีย์ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับโรคปริทันต์อักเสบและการสูญเสียฟัน การแปรงฟันเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำความสะอาดบริเวณซอกฟันได้อย่างหมดจด ซึ่งเป็นจุดที่มักเกิดฟันผุและร่องลึกปริทันต์ได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะเหงือกร่น นอกจากนี้บริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่กึ่งชนบทอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอุปกรณ์เสริม เช่น ไหมขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน รวมถึงการเสื่อมถอยของทักษะการใช้มือ (Manual dexterity) ทำให้การทำความสะอาดซอกฟันไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

สำหรับปัจจัยทางกายภาพและโรคประจำตัว พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันสูงกว่ากลุ่มปกติ สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานของ Ahmadinia และคณะ[3] กลไกทางพยาธิสรีรวิทยาสามารถอธิบายได้ว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางการอักเสบที่รุนแรงขึ้น และลดประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เนื้อเยื่อปริทันต์และกระดูกเบ้าฟันถูกทำลายได้ง่าย นำไปสู่ฟันโยกและหลุดร่วง นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเร่งที่สำคัญ เนื่องจากสารพิษในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดฝอยในเหงือกตีบตัว ลดการไหลเวียนเลือด และขัดขวางกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ สอดคล้องกับรายงานของ Lipsky และคณะ[10] ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นเป็น 2.15 เท่าของการศึกษาครั้งนี้

อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ยืนยันสมมติฐานของการสะสมความเสี่ยงตามระยะเวลา (Cumulative risk) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ นามมนตรี และคณะ[6] ที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนฟันแท้ที่ลดลง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นหมายถึงการที่ฟันต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมในช่องปากและปัจจัยก่อโรคต่าง ๆ นานขึ้น ประกอบกับการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกายตามวัย ทำให้การดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองทำได้ยากขึ้น

ข้อโต้แย้งและข้อจำกัดของการศึกษา แม้การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวจะพบว่า ประวัติการไม่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟัน แต่เมื่อควบคุมตัวแปรกวนในสมการถดถอยโลจิสติกพหุคูณกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายผ่านข้อมูลเชิงคุณภาพได้ว่าการ "เคย" ไปรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ ส่วนใหญ่มักเป็นการไปรับบริการในรูปแบบ "เชิงรับ" หรือการไป "ถอนฟัน" เมื่อมีอาการปวดรุนแรงแล้ว ไม่ใช่การไปรับบริการ "เชิงป้องกัน" เช่น การขูดหินปูนหรือตรวจฟัน ดังนั้น การเคยไปพบทันตแพทย์จึงไม่ได้เป็นปัจจัยปกป้องการสูญเสียฟันในบริบทนี้เสมอไป นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Analytic Study) จึงอาจมีข้อจำกัดในการยืนยันความเป็นเหตุเป็นผล (Causal relationship) ที่ชัดเจนในบางตัวแปร เช่น ลำดับ

ก่อนหลังของการเกิดโรคเบาหวานกับการสูญเสียฟัน ซึ่งต้องอาศัยความระมัดระวังในการแปลผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

1. การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการส่งเสริมสุขภาพ ควรบูรณาการการทำงานร่วมกับเครือข่ายผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการให้สุขศึกษาเพื่อแก้ไขความเชื่อที่คลาดเคลื่อน (เช่น การถอนฟันกระทบสายตา หรือฟันร่วงเป็นเรื่องธรรมชาติ) พร้อมทั้งรณรงค์และฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟันให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

2. การบูรณาการบริการทันตกรรมในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลควรจัดระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังโรคปริทันต์อักเสบและลดความเสี่ยงในการสูญเสียฟัน

3. การพัฒนาระบบบริการที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เพื่อลดอุปสรรคด้านการเดินทางและการรอคอย โรงพยาบาลควรพิจารณาจัดระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ หรือจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เชิงป้องกันลงสู่ชุมชน เพื่อเปลี่ยนรูปแบบการเข้ารับบริการจาก "เชิงรับ" (รอจนปวดแล้วมาถอน) เป็น "เชิงรุก" (ตรวจและรักษาก่อนลุกลาม)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนารูปแบบหรือนวัตกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ที่เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตและความเชื่อของผู้สูงอายุในพื้นที่กึ่งชนบท

2. ควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อประเมินความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลอย่างชัดเจน ระหว่างระดับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกับอัตราการสูญเสียฟันในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานกระบือที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ที่ได้พิจารณาและให้การรับรองโครงการวิจัย ตลอดจนขอขอบพระคุณทีมทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่เวชระเบียน และบุคลากรของโรงพยาบาลลานกระบือทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูลเป็นอย่างดียิ่ง ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมและการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอลานกระบือต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2566). แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2566–2580. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. Ahmadinia AR, Rahebi D, Mohammadi M, Ghelichi-Ghojogh M, Jafari A, Esmaielzadeh F, et al.(2022). Association between type 2 diabetes (T2D) and tooth loss: A systematic review and meta-analysis. BMC Endocrine Disorders 2022; 22: 100.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร.(2569). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). กำแพงเพชร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร; 2569.

5. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอลานกระบือ.(2566). ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและบริการผู้ป่วยนอกของอำเภอลานกระบือ. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลลานกระบือ; 2566.
6. อรวรรณ นามมนตรี, ธัญวรัตม์ เที่ยงธรรม, สุพิชญา ภิรมจิตร, เสาวลักษณ์ ชมพูทัศน์ และณัฐกฤตา ผลอ้อ.(2566). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ เขตอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตาภิบาล 2566; 34(2): 97-109.
7. นพพร บุณรังสี, นัฐพร พลาจันทร์, เมธาวี ศรีใหญ่ และธีรศักดิ์ พาจันทร์.(2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ 2568; 4(2): 25-35.
8. Yadav V, Tandon V, Pal S, Ravishankar TL, Kaur H และ Moudgil M.(2012). Oral health knowledge, attitude and practices among adults toward tooth loss and utilization of dental services in Moradabad District. Journal of Orofacial Research 2012; 2(4): 192-197.
9. รพีพรรณ ปุ้งมา, ศรินยา สายเสมา, จิดาภา ศรีคำภา และอนงนารถ คำเชียง.(2568). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุระหว่าง 60-69 ปี อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารทันตาภิบาล 2568; 36(2): 27-36.
10. Lipsky MS, Singh T, Zakeri G และ Hung M.(2024). Oral health and older adults: A narrative review. Dentistry Journal 2024; 12(2): 30.

ผลของไกลโคซามิโนไกลแคน (GAGs) จากเห็ดแชมปิญองขาว (Agaricus bisporus) ในการลดค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาล (FBS) และไขมันในกระแสโลหิต ในกลุ่มผู้ที่มีอาการเมตาบอลิก: การทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม

The Effect of Glycosaminoglycans (GAGs) from Agaricus bisporus (White Button Mushrooms) on BMI, FBS, and Blood Lipids in Metabolic Syndrome: A Randomized Controlled Clinical Trial.

(Received: September 21, 2026; Revised: September 24, 2026 ; Accepted: September 29, 2026)

ประภัสสร จรูญพงศ์[1] ภาวิต หน่อไชย[2]
Prapassorn charoonphong [1] Pawit Nochai[2]

บทคัดย่อ

การทดลองทางคลินิกเพื่อศึกษาฤทธิ์ของสารสกัด Champignon Mushroom Powder (Glycosaminoglycan; GAGs) ต่อค่าทางกายภาพและชีวเคมีในเลือดของอาสาสมัครที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (n = 30) ได้รับสารสกัด GAGs ขนาด 400 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มยาหลอก (n = 30) ได้รับ microcrystalline cellulose ในขนาดเท่ากัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน การวัดผลดำเนินการในช่วงก่อนเริ่มการทดลอง (M0) และระหว่างการทดลอง ที่เดือนที่ 1 (M1), เดือนที่ 2 (M2) และเดือนที่ 3 (M3) โดยประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต (SBP, DBP) และค่าชีวเคมีในเลือด ได้แก่ Fasting Blood Sugar (FBS), HbA1c, Triglycerides (TGs), Cholesterol (CH), Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) และ High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย regression analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่า BMI, FBS, HbA1c, TGs, Cholesterol และ LDL-C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าก่อนเริ่มการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มยาหลอก ขณะที่กลุ่มยาหลอกมีแนวโน้มค่าดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของความดันโลหิต (SBP, DBP) และระดับ HDL-C ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

คำสำคัญ: เมตาบอลิกซินโดรม, สารสกัดเห็ดแชมปิยอง, ไกลโคซะมิโนไกลแคน, น้ำตาลในเลือด, ไขมันในเลือด

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effects of Champignon Mushroom Powder extract (glycosaminoglycans; GAGs) on the physical and blood biochemical parameters of individuals with metabolic syndrome. Sixty staff members of Dhurakij Pundit University were randomly allocated into two equal groups: an experimental group (n = 30) receiving 400 mg of GAG extract daily, and a control group (n = 30) receiving microcrystalline cellulose at the same dose, continuously for three months. Data were collected at four time points: baseline (M0), month 1 (M1), month 2 (M2), and month 3 (M3). Monitored variables included body mass index (BMI), blood pressure (SBP and DBP), alongside blood biochemical parameters, namely fasting blood sugar (FBS), HbA1c, triglycerides

[1] หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ) วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจ
[2] ดร.นายแพทย์ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

(TGs), total cholesterol (CH), LDL-C, and HDL-C. Data were analyzed using repeated measures ANOVA, and between-group comparisons were performed using regression analysis at a significance level of $p < 0.05$.

The findings showed that following the intervention, the experimental group demonstrated significant reductions in BMI, FBS, HbA1c, TGs, cholesterol, and LDL-C ($p < 0.05$), both compared to their baseline values and the control group. Conversely, the control group exhibited a significant increase in these parameters. No significant differences were observed in blood pressure (SBP and DBP) or HDL-C levels, both within each group and between the two groups.

Keywords: Metabolic Syndrome, Champignon Mushroom Powder, Glycosaminoglycan, Blood Glucose, Lipid Profile

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ มากมาย เนื่องจากการมีไขมันในเลือดสูง คือภาวะที่ทำให้ร่างกายมีระดับของไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ โดยอาจทำให้เกิดความผิดปกติทั้งไขมัน “คอเลสเตอรอล” และ “ไตรกลีเซอไรด์” ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคเมตาบอลิก (metabolic syndrome) หรือที่เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า ภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) คือกลุ่มความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ[1] โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นเป้าหมายในการป้องกันโรคต่างๆ เหล่านี้ คือ การลดระดับไขมันชนิดที่ไม่ดี (Low Density Lipoprotein Cholesterol, LDL-Cho), total cholesterol (TC), triglyceride (TG), และเพิ่มระดับของไขมันชนิดที่ดี (High Density Lipoprotein Cholesterol, HDL-Cho)[2,3]โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดระดับ LDL-Cho ลงทุกๆ 1 mmol/L จะสามารถลดการเกิดโรคที่เกี่ยวกับหลอดเลือดทั้งที่ทำให้เสียชีวิตหรือไม่เสียชีวิตลงได้ร้อยละ 20[4] ดังนั้นเป้าหมายในการป้องกันการเกิดโรคเมตาบอลิกที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคต่างๆในปัจจุบัน คือ การลดระดับไขมัน LDL ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รวมถึงการเลือกรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เหมาะสม[5,6]

ปัจจุบันมีรายงานว่าการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น เห็ดแชมปิญอง (*Agaricus bisporus*) สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ เนื่องจากในเห็ดแชมปิญองมีแร่ธาตุ วิตามิน แคลเซียม สารต้านอนุมูลอิสระ เส้นใยอาหารสูง รวมไปถึงสารสำคัญอย่างโฟเลต โพลีฟีนอล และ พอลิแซ็กคาไรด์ที่มีสรรพคุณช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และต้านการอักเสบได้ โดยเมื่อเร็ว ๆ นี้ มีการวิจัยขั้นพื้นฐานได้พิสูจน์แล้วว่าเห็ดแชมปิญองสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการรับประทานเห็ดแชมปิญองที่ปรุงด้วยน้ำมันมะกอกสามารถลดไขมันชนิด LDL และกลูโคสที่เป็นอันตรายในร่างกายได้ และเพิ่มไขมันชนิด HDL รวมถึงเสริมสร้างเซลล์เม็ดเลือดได้[7] นอกจากนี้ยังพบว่าการเลือกรับประทานอาหารจากเห็ดแชมปิญองแทนการรับประทานเนื้อสัตว์จะมีผลต่อค่า Total daily energy และ fat intake ในกลุ่มผู้รับประทานอาหารจากเห็ดมีค่าลดลงมากกว่า[8] นอกจากนี้ยังพบว่าเห็ดแชมปิญองมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาต่อภาวะและโรคอื่นๆ ของร่างกายอีกหลายอย่าง[9] อาทิเช่น พบว่าการบริโภคเห็ดกระดุมขาว (A. bisporus) ที่ผ่านการฉายแสง UV มีผลต่อสถานะวิตามินดีในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรง[10,11] และการได้รับเห็ดผงที่สัมผัสกับแสงยูวี (600 IU D_2/วัน) ไม่มีผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อหรือความเสียหายของกล้ามเนื้อที่เกิดจากการออกกำลังกายในอาสาสมัครที่เป็นนักกีฬา[12] นอกจากนี้ยังพบว่าการรับประทานเห็ด

กระดุมขาว (A. bisporus) เป็นประจำวันสามารถลดปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [13] มะเร็งรังไข่[14] มะเร็งต่อมลูกหมาก[15] และช่วยเสริมภูมิคุ้มกันให้กับระบบทางเดินอาหาร[16] และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย[17,18] ได้

ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยเรื่องผลการรับประทานเห็ดแชมปิญองต่อลดระดับของไขมันในกระแสโลหิตยังพบได้น้อยและส่วนใหญ่เป็นการรับประทานในรูปแบบของเห็ดที่ผ่านการปรุงและผงเห็ด แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพการลดไขมันในกระแสโลหิตจากเห็ดแชมปิญองในรูปแบบของสารสกัด ที่ศึกษาในผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเลย[7,8,12] และจากข้อมูลข้างต้นจึงนำมาสู่การศึกษาผลของการใช้สารสกัดจากเห็ดแชมปิญองขนาด 400 มิลลิกรัมต่อการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในกระแสโลหิต และระดับน้ำตาลในกระแสโลหิต ในผู้มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม เพื่อนำผลงานวิจัยที่ได้ไปสู่การใช้สารสกัดจากเห็ดแชมปิญองร่วมกับการรักษาหลักที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดสูง[12,21]

วัตถุประสงค์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรับประทานสารสกัด Champignon Mushroom Powder (GAGs) เป็นระยะเวลา 3 เดือนต่อการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิกในอาสาสมัครที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ทั้งในด้านดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย ระดับไขมันในเลือด ได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์ คอเลสเตอรอลรวม LDL-C และ HDL-C รวมถึงค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนเริ่มการทดลองและภายหลังสิ้นสุดการติดตามผล เพื่อพิจารณาศักยภาพของสารสกัดดังกล่าวในการช่วยปรับปรุงภาวะเสี่ยงด้านเมตาบอลิกในกลุ่มประชากรดังกล่าว

วิธีการทดสอบ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยขั้นแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกลุ่มรักษากับกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT, Treatment and placebo study) อาสาสมัคร คือ บุคลากรในมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมจำนวน 60 ราย (กลุ่มทดลอง (treatment group 30 คน และ กลุ่มยาหลอก (placebo group 30 คน)

ประชากรและตัวอย่าง (Population and Sample) อาสาสมัคร บุคลากรในมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) จำนวน 60 ราย ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (treatment group) และ กลุ่มยาหลอก (placebo group) กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับสารสกัด Champignon Mushroom Powder (Glycosaminoglycan (GAGs) ขนาด 400 mg. โดยรับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล หลังอาหาร วันละ 1 ครั้ง (รวม 400 mg. ต่อวัน) รับประทานทุกวัน เป็นเวลา 3 เดือน ขณะที่กลุ่มยาหลอกจะได้รับ Microcrystalline cellulose ขนาด 400 mg/แคปซูล โดยรับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล หลังอาหาร วันละ 1 ครั้ง รับประทานทุกวัน เป็นเวลา 3 เดือนโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ (Inclusion and Exclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. อายุระหว่าง 25-60 ปี
3. เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน วัดเส้นรอบเอวในเพศชาย > 90 ซม. (36 นิ้ว) และในเพศหญิง > 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือ BMI มีค่าระหว่าง 23-29.9 กก./ม2
4. ความดันโลหิตสูงมากกว่า 130/85 mmHg

5. ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (TG) มากกว่า 150 mg/dL

6. ระดับไขมัน HDL-C < 40 mg/dL ในเพศหญิง และ < 50 mg/dL ในเพศชาย

7. ระดับน้ำตาลเริ่มสูง ระดับน้ำตาลสูงกว่า 100 mg/dL หรือเป็นโรคเบาหวานอยู่

ข้อ 3-7 โดยอ้างอิงตามเกณฑ์ของ National Cholesterol Education Program: NCEP ATPIII 2007 ร่วมกับ สหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation : IDF) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีประวัติแพ้สารสกัดจากเห็ด

2. น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงโดยเฉลี่ยไม่เกิน 5% (+, -) ภายใน 3 เดือน เพราะแสดงถึงมีความผิดปกติทางร่างกายเช่น ไทรอยด์, มะเร็ง, หรือ ภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งจะกระทบกับค่าที่ได้ทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับการทำวิจัย

3. ผู้ที่ตั้งครรภ์หรืออยู่ระหว่างให้นมบุตร

4. รับประทานยาลดไขมัน ยาลดน้ำตาล และยาปฏิชีวนะ

การเก็บตัวอย่างและการทดสอบตัวอย่าง

เมื่อเริ่มทำการวิจัย ผู้วิจัยและทีมแพทย์จะขอตรวจร่างกายเบื้องต้น ตรวจสัญญาณชีพ วัดความดัน วัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก ประวัติการแพ้ยา ยาที่ท่านรับประทานอยู่ ณ ปัจจุบัน ชี้แจงเรื่องการขอเก็บเลือดจากอาสาสมัครโดยเจาะเลือดที่แขน (Venipuncture) เพื่อใช้ในการตรวจค่าทางชีวเคมี ได้แก่ HbA1C (หลักการวิเคราะห์ Boronate Affinity, เครื่องรุ่น CERA-STAT 4000 Analyzer), FBS ,Triglyceride, HDL, LDL, Total Cholesterol (หลักการวิเคราะห์ Dry chemistry, Single Reagent Strip, เครื่องรุ่น Arkray SPOTCHEM SP-4430) การนัดอาสาสมัครจะแบ่งออกเป็น 4 ครั้ง ครั้งแรกเริ่มโครงการวิจัย (Visit 1, M0), ครบ 1 เดือน (Visit 2, M1), ครบ 2 เดือน (Visit 3, M2) และครบ 3 เดือน (Visit 4, M3)

การเตรียมสารสกัด

สารสกัด Champignon Mushroom Powder (Mucopolysaccharides [glycosaminoglycan (GAGs) Polysaccharides ขนาด 400 mg. โดยรับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล หลังอาหาร วันละ 1 ครั้ง (รวม 400 mg. ต่อวัน)สารสกัดที่นำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นสารสกัดนำเข้าจากประเทศสเปน ซึ่งได้รับมาตรฐาน GMP MANUFACTURING: TRADICHEM Industrial Services SL. BATCH: T250514 HD Manuf. Date: MAY/2025 Exp. Date: MAY/2027 ขณะที่กลุ่มยาหลอกจะได้รับ Microcrystalline cellulose ขนาด 400 mg/แคปซูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM® *SPSS*® Statistics software version 26.0 โดยเปรียบเทียบช่วงเวลาก่อนและหลังการทานสารสกัดเพื่อดูความสัมพันธ์ของกลุ่ม Placebo และ Treatment โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อดูข้อมูลเบื้องต้นของอาสาสมัคร (Baseline characteristic) ได้แก่เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา อายุ และ ปัจจัยทางด้านโรคประจำตัว วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา แสดงผลในรูปความถี่, ร้อยละ, ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ใช้สถิติ ANOVA และ Simple Linear regression เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานสารสกัดจากเห็ดแชมปิญองและการลดลงของ BMI, รอบเอว, ระดับไขมันสะสมในช่องท้อง และ ระดับ HbA1c, FBS, TG, CH, LDL ของกลุ่ม Placebo และ Treatment ที่ระดับนัยสำคัญ P value <0.05α

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ DPUHREC010/68FB เลขที่ใบรับรอง COA No. 043/68, Full Board Review วันที่ 15 มกราคม 2569

ผลการศึกษา

อาสาสมัคร บุคลากรในมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome) จำนวน 60 ราย ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (treatment group) และ กลุ่มยาหลอก (placebo group) กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับสารสกัด Champignon Mushroom Powder (Glycosaminoglycan (GAGs) ขนาด 400 mg. โดยรับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล หลังอาหาร วันละ 1 ครั้ง (รวม 400 mg. ต่อวัน) รับประทานทุกวัน เป็นเวลา 3 เดือน ขณะที่กลุ่มยาหลอกจะได้รับ Microcrystalline cellulose ขนาด 400 mg/แคปซูล โดยรับประทาน ครั้งละ 1 แคปซูล หลังอาหาร วันละ 1 ครั้ง รับประทานทุกวัน เป็นเวลา 3 เดือน โดยมีการเก็บข้อมูล ดังนี้ อายุ, BMI, ความดันโลหิต, และการตรวจค่าชีวเคมีในเลือดได้แก่ FBS, HbA1c, Triglyceride (TG), Cholesterol, LDL และ HDL แสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 Baseline characteristic Treatment group vs. Placebo group (n = 60)

Data		Mean ± SD (N= 30), Placebo group	Mean ± SD (N= 30), Treatment group
Age (Years)	<50	13 (43.29 %) (n %) (range: 31.00-49.00)	14 (46.62 %) (n %) (range: 32.00-45.00)
	>50	17 (59.94 %) (n %) 2v(range: 50.00-52.00)	16 (53.28 %) (n %) (range: 50.00-54.00)
Blood pressure (mmHg)	SBP	132.69 ± 07.14	135.7± 21.66
	DBP	83.05 ± 18.24	84.55 ± 27.24
BMI(Kg/m^2)		27.56 ± 19.22	26.16 ± 18.50
HbA1c (%)		5.75 ± 13.22	5.91 ± 13.10
FBS (mg/dL)		135.17 ± 75.00	142.13 ± 77.00
TGs (mg/dL)		190.30 ± 55.00	194.33 ± 45.00
CH (mg/dL)		253.11 ± 12.00	260.66 ± 04.00
LDL-C (mg/dL)		178.52 ± 12.00	175.22 ± 04.00
HDL-C (mg/dL)		51.45 ± 28.00	57.45 ± 23.00

หมายเหตุ : BMI, body mass index; SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; HbA1c, hemoglobin A1c; FBS, fasting blood sugar; TGs, triglycerides; CH, Cholesterol; LDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; HDL-C, high-density lipoprotein cholesterol. Values are presented as mean ± standard deviation (SD), unless otherwise specified.

จากการรับประทานสารสกัด Champignon Mushroom Powder (Glycosaminoglycan (GAGs) ติดต่อกัน3 เดือน แบ่งช่วงเวลาในการวัดค่าต่างๆออกเป็น ก่อนเริ่มทำการวิจัย (M0), ทำการวิจัยครบ 1 เดือน (M1), ทำการวิจัยครบ 2 เดือน (M2) และทำการวิจัยครบ 3 เดือน (M3) แสดงใน Table

2. จากการทดลองพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในกลุ่มยาหลอก (placebo group) มีการเพิ่มขึ้นของค่า BMI อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.04) จากการเปรียบเทียบในระยะเวลา 3 เดือน (Inter group M0-M3) ขณะที่กลุ่มทดลอง (treatment group) มีการลดลงของค่า BMI อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.02) จากการเปรียบเทียบในระยะเวลา 3 เดือน (Inter group M0-M3) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) พบว่าค่า BMI ของกลุ่มทดลองมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุม (p=0.03) (Fig 1.A. BMI, treatment group vs. placebo group)

ค่าความดันโลหิตตัวบน (SBP, systolic blood pressure) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิต SBP ทั้งในกลุ่มยาหลอก (placebo group) (p= 0.12) และในกลุ่มทดลอง (treatment group) (p= 0.09) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (p=0.11) ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP, diastolic blood pressure) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิต DBP ทั้งในกลุ่มยาหลอก (placebo group) (p= 0.13) และในกลุ่มทดลอง (treatment group) (p= 0.11) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุม (p=0.12)

HbA1c หรือการตรวจฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (Hemoglobin A1C; HbA1C) จะมีการตรวจ ในครั้งเริ่มต้นก่อนเริ่มวิจัย (M0) และครบ 3 เดือน (M3) เนื่องจาก HbA1c คือ การวัดปริมาณน้ำตาลที่จับกับฮีโมโกลบิน ในเม็ดเลือดแดง อายุเม็ดเลือดแดงนี้มีอายุอยู่ราว ๆ 120 วัน หรือประมาณ 3 เดือน ในกลุ่มยาหลอก (placebo group) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c (p= 0.07) ขณะที่กลุ่มทดลอง (treatment group) มีการลดลงของระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.01) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) พบว่าระดับ HbA1c ของกลุ่มทดลองมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุม (p=0.04) (Fig 1.B. HbA1c, treatment group vs. placebo group)

Fasting Blood Sugar (FBS) ในกลุ่มยาหลอก (placebo group) มีการเพิ่มขึ้นของค่า FBS อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.03) ขณะที่กลุ่มทดลอง (treatment group) มีการลดลงของค่า FBS อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.01) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) พบว่าค่า FBS ของกลุ่มทดลองมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุม (p=0.01) (Fig 1.C. FBS, treatment group vs. placebo group)

ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride, TGs) ในกลุ่มยาหลอก (placebo group) มีการเพิ่มขึ้นของค่า TGs อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.02) ขณะที่กลุ่มทดลอง (treatment group) มีการลดลงของค่า TGs อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.01) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) พบว่าค่า TGs ของกลุ่มทดลองมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุม (p=0.01) (Fig 1.D. Triglyceride, TGs, treatment group vs. placebo group)

คอเลสเตอรอล (Cholesterol, CH) ในกลุ่มยาหลอก (placebo group) มีการเพิ่มขึ้นของค่า CH อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.02) ขณะที่กลุ่มทดลอง (treatment group) มีการลดลงของค่า CH อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.01) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) พบว่าค่า CH ของกลุ่มทดลองมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุม (p=0.03) (Fig 1.E.

Cholesterol, CH, treatment group vs. placebo group)

ไขมันชนิดเลว LDL-c (Low-Density Lipoprotein, LDL-c) ในกลุ่มยาหลอก (placebo group) พบการเพิ่มขึ้นของระดับ LDL-c (p= 0.01) ขณะที่กลุ่มทดลอง (treatment group) มีการลดลงของค่า LDL-c อย่างมีนัยสำคัญ (p= 0.04) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) พบว่าค่า LDL-c ของกลุ่มทดลองมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (p=0.04) (Fig 1. F. Low-Density Lipoprotein, LDL-c, treatment group vs. placebo group)

ไขมันชนิดดี (High-Density Lipoprotein, HDL-c) ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับ HDL-c ทั้งในกลุ่มยาหลอก (placebo group) (p= 0.21) และในกลุ่มทดลอง (treatment group) (p= 0.14) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มยาหลอกกับกลุ่มทดลอง (Intra group) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่ม ควบคุม (p=0.07)(Fig 1. G. High-Density Lipoprotein, HDL- c, treatment group vs. placebo group)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมในอาสาสมัครที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองที่ได้รับสารสกัด Champignon Mushroom Powder (GAGs) และกลุ่มยาหลอก ระยะเวลา 3 เดือน โดยติดตามค่าทางกายภาพและชีวเคมีในเลือด จากข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มการทดลอง (baseline; M0) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และค่าชีวเคมีในเลือด ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลการทดลอง ภายหลังการติดตามผลเป็นระยะเวลา 3 เดือน (M3) พบว่า: ค่าที่มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI), ค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (HbA1c), ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS), ไตรกลีเซอไรด์ (TGs), คอเลสเตอรอล (Cholesterol; CH), ไขมันไม่ดี (LDL-C) และ ไขมันดี (HDL-C)ขณะที่ไม่พบความแตกต่างของค่าความดันโลหิต (SBP และ DBP): ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรับประทานสารสกัด Champignon Mushroom Powder (Glycosaminoglycan; GAGs) ขนาด 400 มก./วัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน สามารถปรับปรุงตัวชี้วัดสำคัญของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS, HbA1c) และระดับไขมันในเลือด (TGs, Cholesterol และ LDL-C) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มยาหลอก

ผลต่อดัชนีมวลกาย (BMI) การลดลงของ BMI ในกลุ่มทดลองอาจสะท้อนถึงบทบาทของสารออกฤทธิ์ในเห็ดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการเผาผลาญพลังงานและไขมัน โดยมีรายงานว่าสารในกลุ่มโพลีแซ็กคาไรด์และ GAGs อาจช่วยเพิ่มความไวของอินซูลิน (insulin sensitivity) และลดการสะสมไขมัน ส่งผลให้น้ำหนักตัวและ BMI ลดลง[19,20] ขณะที่กลุ่มยาหลอกมีค่า BMI เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับลักษณะของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมซึ่งมักมีแนวโน้มสะสมไขมันเพิ่มขึ้น[21]

ผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA1c) พบว่าการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของทั้ง FBS และ HbA1c ในกลุ่มทดลอง บ่งชี้ว่าสารสกัดมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในระยะสั้นและระยะยาว กลไกที่เป็นไปได้ ได้แก่ การเพิ่มการทำงานของอินซูลิน การยับยั้งการดูดซึมกลูโคสในลำไส้ หรือการลดภาวะดื้ออินซูลิน[22] นอกจากนี้ GAGs อาจมีฤทธิ์

ต้านการอักเสบ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการลดภาวะดื้ออินซูลินในผู้ป่วยเมตาบอลิกซินโดรม[23]

ผลต่อระดับไขมันในเลือด (TGs, Cholesterol และ LDL-C) พบว่าผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับ TGs, Cholesterol และ LDL-C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้จากกลไกหลายประการ เช่น การยับยั้งการดูดซึมไขมันในลำไส้ การเพิ่มการขับคอเลสเตอรอลออกทางน้ำดี การลดการสังเคราะห์ไขมันในตับสารออกฤทธิ์ในเห็ด เช่น เบต้ากลูแคน (β-glucan) และสารต้านอนุมูลอิสระ อาจมีบทบาทสำคัญในการปรับสมดุลไขมันในเลือด[24] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่รายงานว่าเห็ดบางชนิดมีฤทธิ์ลดไขมันและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด[24]

ผลต่อความดันโลหิต (SBP และ DBP) แม้พบว่าค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการทดลองที่ยังไม่ยาวนานเพียงพอ หรือขนาดตัวอย่างที่จำกัด รวมถึงความแปรปรวนของค่าความดันโลหิตที่ค่อนข้างสูงในกลุ่มตัวอย่าง

ผลต่อระดับ HDL-C ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของ HDL-C ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การเพิ่ม HDL-C มักต้องใช้ระยะเวลานานหรืออาศัยปัจจัยร่วม เช่น การออกกำลังกายและพฤติกรรมการใช้ชีวิต มากกว่า การเสริมสารอาหารเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนอาสาสมัครและขยายระยะเวลาการติดตามผลให้มากกว่า 3 เดือน เพื่อเพิ่มอำนาจในการทดสอบทางสถิติและประเมินประสิทธิผลรวมถึงความปลอดภัยของสารสกัดในระยะยาว โดยเฉพาะผลต่อระดับ HDL-C และค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจึงจะแสดงการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ควรมีการควบคุมหรือบันทึกข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับกิจกรรมทางกาย การใช้ยา และปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด เพื่อช่วยลดปัจจัยกวนและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนอาสาสมัครและขยายระยะเวลาติดตามผลให้มากกว่า 3 เดือน เพื่อยืนยันประสิทธิผลและประเมินความปลอดภัยของสารสกัดในระยะยาว รวมทั้งประเมินผลต่อค่าที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในการศึกษานี้ ได้แก่ ระดับ HDL-C และความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก นอกจากนี้ควรมีการบันทึกและควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษาอย่างเป็นระบบ เช่น รูปแบบการบริโภคอาหาร ระดับกิจกรรมทางกาย การใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอื่น ๆ เพื่อช่วยลดผลกระทบจากปัจจัยกวนและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงต่ออาจารย์ที่ปรึกษา ดร.นายแพทย์ภาวิต หน่อไชย สำหรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนตลอดกระบวนการวิจัย ซึ่งช่วยให้การศึกษาครั้งนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ และมีคุณค่าทางวิชาการ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนางานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วง และเจ้าหน้าที่คณะผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการประสานงานและอำนวยความสะดวกในระหว่างดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2009). Cardiovascular diseases (CVDs) fact sheet [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2025 Oct 3]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/
2. Chapman MJ, Ginsberg HN, Amarenco P, Andreotti F, Borén J, Catapano AL, et al.(2011). Triglyceride-rich lipoproteins and high-density lipoprotein cholesterol in patients at high risk of cardiovascular disease: evidence and guidance for management. Eur Heart J. 2011;32(11):1345-61.
3. Tian L, Liu Y, Qin Y, Long S, Xu Y, Fu M.(2010). Association of the low-density lipoprotein cholesterol/high-density lipoprotein cholesterol ratio and concentrations of plasma lipids with high-density lipoprotein subclass distribution in the Chinese population. Lipids Health Dis. 2010;9:69.
4. Wu T, Fu J, Yang Y, Zhang L, Han J.(2009). The effects of phytosterols/stanols on blood lipid profiles: a systematic review with meta-analysis. Asia Pac J Clin Nutr. 2009;18(2):179-86.
5. Grundy SM.(2005). Stanol esters as a component of maximal dietary therapy in the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III report. Am J Cardiol. 2005;96(1A):47D-50D.
6. LaRosa JC.(2020). Low-density lipoprotein cholesterol reduction: the end is more important than the means. Am J Cardiol. 2007;100:240-2.
7. Abd-alwahab WIA, Al-dulaimi FKY, Abdulqader AT.(2018). Effect of mushroom cooked in olive oil on some physiological and biochemical parameters of human. Eurasia J Biosci. 2018;12:393-7.
8. Cheskin LJ, Davis LM, Lipsky LM, Mitola AH, Lycan T, Mitchell V, et al.(2008). Lack of energy compensation over 4 days when white button mushrooms are substituted for beef. Appetite. 2008;51:50-7.
9. Blumfield M, Abbott K, Duve E, Cassettari T, Marshall S, Moore FF.(2020). Examining the health effects and bioactive components in Agaricus bisporus mushrooms: a scoping review. J Nutr Biochem. 2020;84:108453.
10. Stephensen CB, Zerofsky M, Burnett DJ, Lin YP, Hammock BD, Hall LM, et al.(2012). Ergocalciferol from mushrooms or supplements consumed with a standard meal increases 25-hydroxyergocalciferol but decreases 25-hydroxycholecalciferol in the serum of healthy adults. J Nutr. 2012;142:1246-52.
11. Urbain P, Singler F, Ihorst G, Biesalski HK, Bertz H. Bioavailability of vitamin D2 from UVB-irradiated button mushrooms in healthy adults deficient in serum 25-hydroxyvitamin D: a randomized controlled trial. Eur J Clin Nutr. 2011;65:965-71.
12. Calvo MS, Mehrotra A, Beelman RB, Nadkarni G, Wang L, Cai W, et al.(2016). A retrospective study in adults with metabolic syndrome: diabetic risk factor response to daily consumption of Agaricus bisporus (white button mushrooms). Plant Foods Hum Nutr. 2016;71(3):245-51.
13. Shanely RA, Nieman DC, Knab AM, Gillitt ND, Meaney MP, Jin F, et al.(2014). Influence of vitamin D mushroom powder supplementation on exercise-induced muscle damage in vitamin D insufficient high school athletes. J Sports Sci. 2014;32(7):670-9.
14. Lee AH, Pasalich M, Su D, Tang L, Tran VD, Binns CW.(2013). Mushroom intake and risk of epithelial ovarian cancer in southern Chinese women. Int J Gynecol Cancer. 2013;23:1400-5.
15. Twardowski P, Kanaya N, Frankel P, Synold T, Ruel C, Pal SK, et al.(2015). A phase I trial of mushroom powder in patients with biochemically recurrent prostate cancer: roles of cytokines and myeloid-

derived suppressor cells for Agaricus bisporus-induced prostate-specific antigen responses. Cancer. 2015;121(17):2942-50.

16. Hess J, Wang Q, Gould T, Slavin J.(2018). Impact of Agaricus bisporus mushroom consumption on gut health markers in healthy adults. Nutrients. 2018;10(10):1402.
17. Jeong SC, Koyyalamudi SR, Pang G.(2012). Dietary intake of Agaricus bisporus white button mushroom accelerates salivary immunoglobulin A secretion in healthy volunteers. Nutrition. 2012;28(5):527-31.
18. Weigand-Heller AJ, Kris-Etherton PM, Beelman RB.(2012). The bioavailability of ergothioneine from mushrooms (Agaricus bisporus) and the acute effects on antioxidant capacity and biomarkers of inflammation. Prev Med. 2012;54(Suppl).
19. Chen J, Yong Y, Xing M, Gu Y, Zhang Z, Zhang S, et al.(2013). Antioxidative and anti-obesity effects of polysaccharides from medicinal mushrooms. Int J Biol Macromol. 2013;62:156-61.
20. Wasser SP.(2014). Medicinal mushroom science: current perspectives, advances, evidences, and challenges. Biomed J. 2014;37(6):345-56.
21. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al.(2009). Harmonizing the metabolic syndrome. Circulation. 2009;120(16):1640-5.
22. Zhang M, Cui SW, Cheung PCK, Wang Q.(2007). Antitumor polysaccharides from mushrooms: a review on their isolation process, structural characteristics and antitumor activity. Trends Food Sci Technol. 2007;18(1):4-19.
23. Hotamisligil GS.(2006). Inflammation and metabolic disorders. Nature. 2006;444(7121) : 860-7.
24. Heleno SA, Martins A, Queiroz MJRP, Ferreira ICFR.(2015). Bioactivity of phenolic acids: metabolites versus parent compounds. Food Chem. 2015;173:501-13

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL.11 NO.3 July - September 2026

Part V

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026
Part 5

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน 1361
ประดับ เพ็ชรจรูญ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1370
สุทธินนท์ เสนารินทร์ ,อุบล เชื้อนิตย์ ,วาสนา รวยสูงเนิน

การพัฒนาแอพพลิชั่นเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด 1381
รักษ์สุดา ชูศรีทอง ,ขวัญจิรา อินกว่าง

การพัฒนารูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการเพื่อการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี 1393
สิทธิศักดิ์ หลักทอง

การศึกษากิจกรรมการเรียนรู้ VRU Got Talent ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนของนักศึกษาในรายวิชา VGE116 1402
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ ,ธีรพงษ์ น้อยบุญญะ

ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7 1408
ชญาพัฒน์ ปุ่นนิน ,วรรณชนก จันทชุม

การวิจัยและพัฒนากลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดสงขลา 1420
สุเมธ อุ่นเสียม

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายต่อความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช 1431
พรพิมล พรมนัส ,ธนะรัชต์ งอบโพธิ์ ,จิตราภรณ์ จิตรมาศ ,ณภัคอร ช่วงสกุล ,ขจรอรรถพณ พงศ์วิริทธิ์ธร

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 1442
ผกามาศ มณีอินทร์ ,วัชรี มีศิลป์ ,รัชนีพร จันทร์มณี ,สุดารัตน์ ,อรัญญา ,ศศิภรณ์ วิงวอน

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเฉพาะทางเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น 1454
วีระยุทธ หุมอาจ ,เตชสิทธิ์ สิทธิกานต์ ,ธนากร สำเภาทอง

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1460
ลภณพร วงษ์อินตา ,กัลยาณี ประทุมทอง ,วิยดา ดุลยเกียรติ ,ประครอง ประกิระนะ ,กาญจนา จันทะนุย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี 1474
อุสนีย์ แวลี

การพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด โดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น 1485
นุชนาฏ หินวิเศษ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนการผลิตต่อชิ้นของขนมปังปลาและขนมปังไส้หมูหยองเพื่อการกำหนดราคาขาย: แนวทางเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจของชุมชนท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี 1497
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ

ความรู้ความเข้าใจด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่ายและพฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือนของครัวเรือนผู้ผลิตขนมปังปลา: กรณีศึกษาชุมชนท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี 1506
วรภร ศิลาเจริญธนกิจ

การบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล 1514
ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย 1524
สุภาภรณ์ พยัคฆชัยวรกุล

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026Part 5

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสาหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง (JAUNDICE-CARE Plus) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 1533
กาญจนา ตีเมืองซ้าย

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้สาหรับหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี 1541
ดรุณี เปลี่ยนดิษฐ

การเปรียบเทียบคุณภาพและโครงสร้างการนอนหลับในผู้ที่มีน้าหนักเกินและโรคอ้วน ระหว่างการใช้แบบประเมิน PSQI, อุปกรณ์สวมใส่ เทียบกับ polysomnography 1550
สิริญญา ปราบริปูตลุง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาแบบบูรณาการ ด้วย กงไกรลาศ MODEL จังหวัดสุโขทัย 1562
จันทนา เชื้อผู้ดี

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 1574
ดรุณี พิชิตชัยวัฒนกุล

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1588
กัลยาณี ประทุมทอง ,วิยดา ดุลยเกียรติ ,ลภณพร วงษ์อินตา ,ภิรญา พินิจกลาง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ palliative reality โดยบูรณาการ กงไกรลาศโมเดล ร่วมกับชุมชนโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย 1606
ฐณัชชา ต้นประสงค์

การพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 1618
สราวุธ พิชิตสุริยา

การพัฒนารูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1634
พัชรมาศ คุณวงศ์ ,กาญจนา จันทะนุย ,อารีร่า สว่างไธสง ,จันจิรา เพ็ชรนาค ,กำทร ดานา ,อนุชา ไทยวงษ์

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 1649
วิยดา ดุลยเกียรติ ,กัลยาณี ประทุมทอง ,ลภณพร วงษ์อินตา ,กาญจนา จันทะนุย

การพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร 1665
ภาวิณี หงษ์เจริญ

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา 1679
ญาดา ไพหารวิจิตรนุช กนกศรี จาดเงิน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ 1692
อมรภัค พิศงาม

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทย 1707
วรวุฒิ ชมภูพาน ,สุพันทิพย์ ภูศรีโสม ,กนกอร บุญมี ,เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ,วรางคณา ชมภูพาน

จจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์..... 1718
นิตยา แสงประจักษ์ ,ดวงพร ดิษฐ์เจริญ ,สุวนันท์ จาเริญสรรพ์ ,ฉวีวรรณ วงไว ,พัชราภา หัสวงศ์ ,กันทิมา ศิริสันติเมธาคม วรกร วิชัยโย ,ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม 1728
สุชาดา ดาทุมมา

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตจนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 43 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป การใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน การพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย รูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน

Factors Influencing village public health volunteers performance in Nan Province.

(Received: September 21, 2026; Revised: September 27, 2026 ; Accepted: September 29, 2026)

ประดับ เพ็ชรจรูญ[1]
Pradub Prtcharoon[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และความรู้ด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขต จังหวัดน่าน จำนวน 1,151 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (pearson correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (Multiple Regrssion Analysis) ด้วยวิธี Enter

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน มีผลการปฏิบัติงาน ซึ่งประเมินจากการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าร้อยละ 77.36 เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง มีเพียงร้อยละ 6.6 ที่ไม่เคยเข้าร่วมเข้าร่วม และการศึกษาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน พบว่ามีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก โดยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด รองลงมาคือด้านความเจริญก้าวหน้า และด้านการดำรงชีพ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน มีความรู้ด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับดี จากการตรวจสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน พบว่าตัวแปรทั้ง 12 ตัว ร่วมกันอธิบายความผันแปรผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ได้ร้อยละ 12.10 โดยพบว่ามีตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตัวแปรระยะเวลาในตำแหน่ง อสม. และตัวแปรรายได้ ที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่านที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น จะทำให้ผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 0.056 และ 0.040 คะแนน ตามลำดับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่านที่มีระยะเวลาในตำแหน่ง อสม.เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 0.020 คะแนน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่านที่มีรายได้เพิ่มขึ้น จะมีผลการปฏิบัติงานลดลง 0.015 คะแนน และเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายที่ดีที่สุด คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผลการปฏิบัติงาน, แรงจูงใจ

Abstract

This research entitled "Factors Influencing Village Public Health Volunteers' Performance in Nan Province" aimed to study the performance, work motivation, and public health knowledge of village health volunteers in Nan Province, as well as to investigate the factors influencing their performance. The population consisted of 1,151 village health volunteers currently operating in Nan Province. Data were collected using a questionnaire. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation. The factors influencing the volunteers' performance were analyzed using the Pearson correlation coefficient and Multiple Regression Analysis with the Enter method.

The results revealed that regarding the performance of village health volunteers in Nan Province valuated through activity participation 77.36% of them participated in every activity, while only 6.60% had never participated.

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

Concerning work motivation, the volunteers exhibited a high level of overall work motivation, with social relationships being the highest-ranked aspect, followed by career advancement and livelihood maintenance, respectively. Most village health volunteers in Nan Province possessed a good level of public health knowledge. The analysis of factors influencing performance showed that all 12 independent variables together accounted for 12.10% of the variance in the performance of village health volunteers in Nan Province (R2=0.121, *R*2=0.121). Specifically, work motivation regarding career advancement, work motivation regarding social relationships, duration of tenure as a volunteer, and income were found to have a statistically significant influence on the volunteers' performance at the 0.05 level. Village health volunteers with higher motivation in career advancement and social relationships demonstrated an increase in performance by 0.056 and 0.040 points, respectively. Those with an increase of 1 year in their volunteer tenure showed an increase in performance by 0.020 points, whereas those with higher income showed a decrease in performance by 0.015 points. Furthermore, the best predictor variable for the volunteers' performance was work motivation regarding career advancement.

Keywords: Village Health Volunteers, Work Performance, Motivation

บทนำ

ทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ 2566 – พ.ศ 2570) หมุดหมายที่ 9 ที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขปฐมภูมิโดยอาศัยกลไกของอาสาสมัครในระดับพื้นที่ เพื่อยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ และการดูแลตนเองของประชาชนในชุมชน เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ยกระดับการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความยั่งยืนในระยะยาว โดยพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข บูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้เกิดเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการ และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน[1]

สถานการณ์ด้านการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สามารถแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพได้ระดับหนึ่ง แต่การกระจายและการพัฒนาคุณภาพบุคลากร ยังต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ไม่มีระบบที่ปรึกษาสุขภาพประจำตัวหรือประจำครอบครัวทั้งในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปฏิบัติตัวเพื่อการมีสุขภาพดี ในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปัจจุบันนี้สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มลดลง กำลังคนด้านสุขภาพในชุมชนตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นการขยายตัวในเชิงปริมาณ แต่ยังขาดคุณภาพ มีเพียงกลุ่มเล็ก ๆ ที่ปฏิบัติหน้าที่อย่างจริงจัง นอกจากนี้ระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ยังมีลักษณะรวมศูนย์ ใช้วิธีการสั่งงานจากส่วนกลางให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการ แทนที่จะเป็นการทำงานตามปัญหาของชุมชน กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงกลายเป็นแขนขาของรัฐ และทำงานให้กับรัฐแทนที่จะเป็นกลไกของชุมชนในการแก้ปัญหาของพื้นที่นั้น ๆ[2,3]

จากสภาพการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้การปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มประชาชนในพื้นที่ มักไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จากสาเหตุหลายประการ คือ ขาดการประสานงานที่ดีในการดำเนินงาน ขาดแรงจูงใจ ขาดความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงทำให้ความร่วมมือในงานพัฒนาชุมชน ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ จะต้องมีความสามารถสร้างศรัทธาและเป็นผู้นำด้านสุขภาพอนามัยอย่างแท้จริง จึงจะนำชุมชนสู่ความสำเร็จ[2,4] การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ยังมีแนวคิดและข้อสรุปที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันมาก การดำเนินงานยังประสบปัญหาสำคัญ เช่น ในช่วงทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ไม่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน และทำงานตามที่เจ้าหน้าที่ร้องขอเป็นหลัก และการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ยังเป็นแบบเดียวกันทั้งประเทศ และเป็นไปตามระบบราชการที่มีการสั่งการและกำกับเป็นชั้น ๆ จากระดับกระทรวงฯ จนถึงพื้นที่ปฏิบัติการในหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดน่าน
3. เพื่อศึกษาระดับความรู้ในด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดน่าน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดน่าน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ(Survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผล การปฏิบัติงาน แรงจูงใจและความรู้ด้านสาธารณสุขของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดน่าน และ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของจังหวัดน่าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตจังหวัด น่าน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมด 11,430 คน โดยเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง 1.151 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดน่าน โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการทำงาน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานและการเข้ารับการอบรม จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นชุดแบบสอบถามเกี่ยวกับการวัดความรู้ในด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดน่าน จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมวลค่า (Rating scale)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาความสอดคล้องของคำถามแต่ละข้อกับคุณลักษณะ ว่ามีดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 แบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อถือได้ของสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติในการศึกษาดังนี้ 1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม

ตัวอย่าง 2. สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุ (Multiple Regrssion Analysis) ด้วยวิธี Enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดน่าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงาน แรงจูงใจและความรู้ด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดน่าน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดน่าน จำนวน 1,151 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.0 อยู่ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นอายุในช่วงระหว่าง 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.7 และกลุ่มอายุ 30 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.7 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย / ปวช ร้อยละ 45.5 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 21.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.4 รองลงมามีสถานภาพสมรส ม่าย/หย่า/แยก ร้อยละ 13.4 มีรายได้ต่อเดือน 3,000 – 5,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 34.1 รองลงมามีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 59.2 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15.6 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.7 รองลงมามีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อสม. 5 – 10 ปี ร้อยละ 22.8 ได้รับการเข้าร่วมอบรม ร้อยละ 91.4 และไม่ได้เข้าร่วมการอบรม ร้อยละ 9.6

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพิจารณาจากจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า จำนวนและร้อยละของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง (12 ครั้ง) ร้อยละ 77.36 รองลงมาเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 11 ครั้ง ร้อยละ 4.72 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 10 ครั้ง ร้อยละ 3.77 เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 9 ครั้ง ร้อยละ 7.55 และมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 6.60

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมและรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและรายด้าน พบว่าในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.03$, $\hat{O} = 0.69$ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.33$, $\hat{O} = 0.54$) รองลงมาคือ แรงจูงใจด้านความเจริญก้าวหน้าเจริญก้าวหน้า ($\mu = 4.17$, $\hat{O} = 0.56$) และแรงจูงใจด้านการดำรงชีพ ($\mu = 3.60$, $\hat{O} = 0.99$) ตามลำดับ โดยมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

ด้านการดำรงชีพ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการดำรงชีพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการดำรงชีพอยู่ในระดับมาก (μ=3.60,$\hat{O}$ = 0.99) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามี

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสวัสดิการที่ได้รับมีความเหมาะสม อยู่ในระดับสูงที่สุด (μ=3.76,Ô = 1.007) รองลงมาคือ ลักษณะงานของ อสม. เป็นงานที่มีความมั่นคง (μ=3.69,Ô = 0.935), เงินที่ได้รับเหมาะสมกับความรู้ความสามารถ (μ=3.51,Ô = 0.988) และเงินค่าตอบแทนที่ได้รับมีความเหมาะสม (μ=3.45,Ô = 1.046) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับมากที่สุด (μ=4.33,Ô = 0.54) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงานและสามารถช่วยเหลือได้ อยู่ในระดับสูงที่สุด (μ=4.48,Ô = 0.543) รองลงมาคือ เพื่อนร่วมงานมีความเป็นมิตรต่อกันสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ (μ=4.34,Ô = 0.551), สามารถเป็นที่พึ่งพาของคนในชุมชนได้ (μ=4.29,Ô = 0.523) และสามารถเป็นที่พึ่งพาของเพื่อนร่วมงานได้ (μ=4.22,Ô = 0.549) ตามลำดับ

ด้านความเจริญก้าวหน้า จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า อยู่ในระดับมาก (μ=4.17,Ô = 0.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าสามารถถ่ายทอดความรู้ในด้านสุขภาพอย่างถูกต้องให้กับประชาชนในชุมชนได้อยู่ในระดับสูงที่สุด (μ=4.28,Ô = 0.499) รองลงมาคือ ได้รับการสนับสนุนให้มีการพัฒนาทักษะฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ (μ=4.25,Ô = 0.50), ได้รับการส่งเสริมศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในหน้าที่ (μ=4.11,Ô = 0.642) และได้รับมอบหมายงานด้วยความเสมอภาค (μ=4.04,Ô = 0.633) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความรู้ในด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดน่าน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 79.84 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.03 และมีเพียงร้อยละ 5.13 ที่มีความรู้ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามประเด็นความรู้ด้านสาธารณสุข พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้สูงสุดในด้านการจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล ในประเด็นที่ว่า "อสม. ทุกคนต้องเป็นแกนนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ" คิดเป็นร้อยละ 96.5 รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์ ในประเด็น "ไม่ควรรับประทานอาหารรสจัด อาหารดิบ ๆ สุก ๆ ของหมักดอง ผงชูรส ชา กาแฟ" คิดเป็นร้อยละ 96.4 อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่มีสัดส่วนผู้ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับประเด็น "กุ้งแห้งที่มีสีสดใหม่อาจมีสีผสมจากการย้อม ซึ่งจะไม่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค" คิดเป็นร้อยละ 66.2

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 12 ตัว ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน ความรู้ด้านสาธารณสุขและแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

จากเงื่อนไขการทดสอบด้วยสถิติ Multiple Regression Analysis ซึ่งต้องทดสอบความสัมพันธ์ของ Pearson correlation พบว่า มีค่า p ไม่เกิน 0.70 และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าค่า Durbin Watson มีค่าเท่ากับ 2.206 อยู่ในช่วงที่กำหนด แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการกระจายตัวแบบอิสระ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน (n = 1,151)

ตัวแปร	B	S.E	Beta	Sig.
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน				
ด้านการดำรงชีพ	0.017	0.011	0.048	0.101
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	0.040	0.020	0.0590	0.044*
ด้านความเจริญก้าวหน้า	0.056	0.020	0.083	0.005*
ความรู้ด้านสาธารณสุข	-0.007	0.005	-0.000	0.171
เพศ หญิง ชาย® (Reference)	-0.010	0.026	-0.012	0.691
อายุ	0.021	0.012	0.050	0.091
ระยะเวลาในตำแหน่ง อสม.	0.020	0.010	0.060	0.043*
รายได้	-0.015	0.007	-0.066	0.026*
การศึกษา สูงกว่ามัธยม ต่ำกว่ามัธยม (Reference)	-0.025	0.021	-0.034	0.243
สถานภาพสมรส สมรส ไม่สมรส (Reference)	0.034	0.020	0.049	0.098
การเข้ารับการอบรม อบรม ไม่อบรม (Reference)	0.017	0.083	0.025	0.083
อาชีพ รับจ้าง ไม่รับจ้าง (Reference)	-0.026	0.024	-0.032	0.282
R^2 = 0.121 SEE = 0.21660 F = 1.401 Sig = 0.159				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน เมื่อนำตัวแปรเข้าสู่สมการ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระทั้ง 12 ตัว ร่วมกันอธิบายความผันแปรของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดน่าน โดยพบว่า มีเพียงตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ด้านความเจริญก้าวหน้า ตัวแปรระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง อสม. และตัวแปรรายได้ ที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดน่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีแรงจูงใจในการ

ปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี และด้านความเจริญก้าวหน้าที่ดี จะมีผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 0.04 และ 0.056 คะแนน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในตำแหน่ง อสม. เพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 0.02 คะแนน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้เพิ่มขึ้น จะมีผลการปฏิบัติงานลดลง 0.015 คะแนน และเมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีอำนาจในการทำนายที่ดีที่สุดคือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า

ทั้งนี้ จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถนำมาเขียนเป็นสมการถดถอยพหุในรูปของคะแนนดิบ (B) เฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ดังนี้

Performance=0.056 (ความเจริญก้าวหน้า) +0.040 (ความสัมพันธ์ทางสังคม)+0.020(ระยะเวลาในตำแหน่ง) –0.015 (รายได้)

และในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Beta) ได้ดังนี้

$Z_{Performance}$=0.083($Z_{ความเจริญก้าวหน้า}$) +0.059($Z_{ความสัมพันธ์ทางสังคม}$) +0.060 ($Z_{ระยะเวลาในตำแหน่ง}$) –0.066 ($Z_{รายได้}$)

โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) ของสมการเท่ากับ 0.121 แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 12 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ได้ร้อยละ 12.10 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ (SEESEE) เท่ากับ 0.21660

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน สามารถสรุปและอภิปรายผลสำคัญได้ดังนี้

1. ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ในภาพรวม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา บุญทัน[2] ที่ศึกษาเรื่องบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข และพบว่าการปฏิบัติงานของ อสม. อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของ อสม. ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำให้มีกิจวัตรประจำวันและอยู่อาศัยในชุมชนของตนเองเป็นหลัก ส่งผลให้มีเวลาและความพร้อมในการอุทิศตนเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่

2. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อสม. มีแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นอันดับแรก รองลงมาคือแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านการดำรงชีพ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรฤดี จิวสวัสดิ์[3] ที่ศึกษาเรื่องแรงจูงใจและการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. และพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านความต้องการความสัมพันธ์มาเป็นอันดับแรก ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่า เนื่องจาก อสม. เป็นงานจิตอาสา บุคคลที่เข้ามาทำงานจึงมีความต้องการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานและคนในชุมชน ต้องการเป็นตัวแทนของประชาชน มีบทบาทในการช่วยเหลือเกื้อกูลงานด้านสุขภาพ การสร้างความสามัคคี ตลอดจนได้รับการยกย่องนับถือจากคนในชุมชน สิ่งเหล่านี้จึงเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง

3. ความรู้ด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน ในภาพรวม พบว่า อสม. จังหวัดน่าน มีความรู้ด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภวรัญชน์อร ทิพย์เพชร[4] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของ อสม. และพบว่า อสม. มีระดับความรู้ในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี

ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. ทุกคนต้องผ่านการอบรมและได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมถึงมีการปฏิบัติหน้าที่เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความเข้าใจในบทบาทภารกิจและการจัดการสุขภาพชุมชนเป็นอย่างดี

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดน่าน จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุพบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 12 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของผลการปฏิบัติงานของ อสม. ได้ร้อยละ 12.1 (R2=0.121*R2*=0.121) โดยพบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ระยะเวลาในการดำแหน่ง อสม. และรายได้ มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารงานบุคคลและงานอาสาสมัคร[5,6] ที่ชี้ว่า แรงจูงใจและความผูกพันหรือประสบการณ์ในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อประสิทธิภาพและผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานของจิตอาสา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 จากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญก้าวหน้า และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้นองค์การบริหารส่วนจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการกำหนดแผนการดำเนินงานส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทและหน้าที่ ของตนเองในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

1.2 จากการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา / ปวช ร้อยละ 45.5 มีความรู้ด้านสาธารณสุขในระดับดี ร้อยละ 79.84 ดังนั้นองค์การบริหารส่วนจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีแผนการดำเนินงาน หรือโครงการ เพื่อนำความรู้ด้านสาธารณสุขสู่ชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 จากการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นอันดับแรก ดังนั้นโรงพยาบลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เช่น มีการจัดกิจกรรมคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการปฏิบัติงานดีเด่นในแต่ละเดือน เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติ เป็นกำดลังใจและเป็นการกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่น ๆ มีการแข่งขันกันในการปฏิบัติงาน ควรจะมีการติดตาม ช่วยเหลือ นิเทศการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตรวจสอบการปฏิบัติงาน และให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดน่าน พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านความเจริญฎ้าวหน้า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ระยะเวลาในตำแหน่ง อสม. และรายได้ ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีโอกาสในการศึกษา เพื่อความก้าวหน้า และควรคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาในตำแหน่ง อสม. นาน ๆ และมีรายได้ที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงาน

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

3.1 ควรทำการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ เพื่อหาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีความสำคัญกับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ได้คำตอบเชิงลึกในประเด็นที่การศึกษาเชิงปริมาณไม่สามารถทำได้

เอกสารอ้างอิง

1.ณฐนนท บริสุทธิ์. การศึกษาสถานการณ์และทิศทางการพัฒนา อสม. ในยุคประเทศไทย 4.0. นนทบุรี: กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน กองสนับสนุนสุขภาพประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563.

2.รุ่งนภา บุญทัน. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาลหัวกุญแจ อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี [ปัญหาพิเศษปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: วิทยาลัยบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.

3.กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวน อสม.ที่มีสิทธิรับค่าป่วยการและมีการบันทึกเลขบัญชีธนาคารแล้ว [อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRPOOOBBE.php

4.อักษราพร อุตศาสตร์, วิราสิริ์ วสีวีรสิว์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้พิการในชุมชนตำบลนาหัวบ่อ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(4):21-32.

5.กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวน อสม.ที่มีสิทธิรับค่าป่วยการและมีการบันทึกเลขบัญชีธนาคารแล้ว, สืบค้นวันที่ 20 มกราคม 2569 จากhttp://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRPOOOBBE.php

6.การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย.กรุงเทพ: สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2538

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a care model of hypertensive crisis, Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุทธินนท์ เสนารินทร์[1] อุบล เชื้อนิตย์[2] วาสนา รวยสูงเนิน[3]
Suthinon Senarin[1] Ubol chuanit[2] Wasana Ruaisungnoen[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติตั้งแต่ก่อนและในโรงพยาบาล ดำเนินการวิจัย 2 วงรอบโดยพัฒนารูปแบบการดูแลนำสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับใช้ตามบริบทพื้นที่ ได้แก่ การประเมินความดันโลหิต ประเมินภาวะแทรกซ้อนและประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม สร้างช่องทางด่วนในการสื่อสารและส่งตัวผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแนวทางการดูแลระหว่างการนำส่ง พัฒนารูปแบบการดูแลในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินและแนวทางการดูแลผู้ป่วยในภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา การติดตามและประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.8 (95%CI = 3.6755 – 25.8034, p .009) ลดการคัดกรองผิดพลาดในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ ลดลงร้อยละ 38.80 (95%CI 27.181 - 49.150, p <.0001)ผู้ป่วยถูกส่งตัวด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 (95%CI = -0.4748 – 22.1605, p .06) พยาบาลบาลปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 85 ($\bar{x}$ 15.55, SD 2.14, *p* <.001)

คำสำคัญ รูปแบบการดูแล ความดันโลหิตสูงวิกฤติ ความโลหิตสูงเร่งด่วน ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน

Abstract

This study aimed to develop a comprehensive care model for patients with hypertensive crisis across pre-hospital and in-hospital settings. Two developmental cycles were implemented to establish the care model. The process involved exchanging knowledge within the organization and tailoring it to the local context. Key components included blood pressure assessment, timely reassessment of complications and the establishment of a fast-track communication and referral system from Subdistrict health promoting hospitals, and guidelines for patient management during transport. In the emergency department, care pathways were developed for the management of emergencies and hypertensive urgencies, including both pharmacologic and non-pharmacologic interventions, as well as monitoring and risk assessment for recurrent complications.

The results showed a 14.8% increase in patients receiving goal-directed care (95% CI: 3.6755–25.8034, p = .009), a 38.80% reduction in misclassification among hypertensive patients (95%CI 27.181 - 49.150, p <.0001), and an 11.2% increase in referrals via the emergency medical services system (95% CI: –0.4748–22.1605, p = .06). Compliance with clinical practice guidelines among nurses increased by 85% ($\bar{x}$ = 15.55, SD = 2.14, p < .001).

Keywords: Care model, hypertensive crisis, hypertensive urgency, hypertensive emergency

[1] พย.ม.พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลยางสีสุราช พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

[2] พย.บ. พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลยางสีสุราช

[3] PhD. รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ (Hypertensive Crisis) เป็นภาวะที่ระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท[1] หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ความเสียหายของอวัยวะส่วนปลาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจ โรคไต และการสูญเสียการมองเห็น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามปี 2566 พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีอัตราป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง 345.2 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ 244.7 ต่อประชากร 1,000 คน โดยพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติร้อยละ 1.36 ของผู้ป่วยทั้งหมด อำเภอยางสีสุราชมีอัตราป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง 368.5 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด โดยมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติร้อยละ 1.42 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด จากการวิเคราะห์แนวโน้มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติในอำเภอยางสีสุราชระหว่างปี 2564–2566 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 14.2 ต่อปี เมื่อพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติในอำเภอยางสีสุราชผู้ป่วยจะถูกส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยางสีสุราชซึ่งมีบทบาทในการให้การรักษาในภาวะฉุกเฉินและการประเมินภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าโรงพยาบาลยางสีสุราชมีข้อจำกัดในหลายด้าน ได้แก่ จำนวนแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ข้อจำกัดของอุปกรณ์ทางการแพทย์และระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยค่อนข้างนานจึงส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษา จากข้อมูลและสถานการณ์ที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าปัญหาความดันโลหิตสูงวิกฤติในอำเภอยางสีสุราชมีความสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขณะที่การดูแลผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดและความท้าทายหลายประการ

ในการดำเนินงานความเสี่ยงในปี 2566 เกิดอุบัติการณ์การผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถูกส่งต่อด้วยภาวะหลอดเลือดสมองในตึกผู้ป่วยในมีความรุนแรงของความเสี่ยงในระดับ E-up จากการทบทวนจากอุบัติการณ์มีความเกี่ยวเนื่องกับการความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองรวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งในภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่ปรากฏอาการให้เห็นชัดเจน[2] จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองและล่าช้าต่อการเข้าสู่กระบวนการดูแลในภาวะฉุกเฉินรวมทั้งกระบวนการดูแลที่ยังไม่เหมาะสม

จากการสังเกตผู้ปฏิบัติงานของบุคลากรพบว่าก่อนการประเมินความดันโลหิตผู้ป่วยไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนการประเมินความดันโลหิตมีความจำเป็นต่อความเสถียรของระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยควรได้รับการพักก่อนประเมินความดันโลหิตอย่างน้อย 5 นาที[3] เข้าห้องน้ำก่อนวัดความดันโลหิต หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ คาเฟอีน งดออกกำลังกาย 30 นาที[4] และประเมินซ้ำหลังการวัดครั้งแรก 30 นาที เพื่อยืนยันค่าที่แท้จริงเพราะอาจเกิดจากปัจจัยข้างต้นที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง[5] นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการประเมินความดันโลหิตขาดความรัดกุมในหลายประเด็น เช่น การเลือกอุปกรณ์ที่มีความเหมาะสมและได้รับการตรวจสอบมาตรฐานของอุปกรณ์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมักขาดการประเมินความเสี่ยงต่อความเสียหายของอวัยวะส่วนปลายได้แก่ สมองและระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด และไต[1] ซึ่งมีสำคัญในการกำหนดเป้าหมายของการรักษาที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยควรเริ่มตั้งแต่ระดับชุมชนโดยเฉพาะการคัดกรองและการส่งต่อเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่ถูกคัดกรองว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติในชุมชนได้รับการนำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนน้อยขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยการนำส่งโดยญาติ ซึ่งมี

ความเสี่ยงสูงหากเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเดินทาง จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติไม่เป็นไปตามเป้าหมาย สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติในอำเภอยางสีสุราช ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินแรกรับ การวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) จนถึงระยะภายในโรงพยาบาล (In-hospital) การพัฒนารูปแบบดังกล่าวมุ่งเน้นการเสนอแนวทางที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเข้าถึงได้และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งยังเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับอำเภอและสามารถประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีลักษณะหรือปัญหาในบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ตั้งแต่ Pre-hospital และ In-hospital

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา Research & Development ดำเนินการวิจัย 2 วงรอบที่ 1 กรกฎาคม 2566 – ธันวาคม 2566 วงรอบที่ 2 มกราคม 2567 – กันยายน 2567 ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาของ ACE Star Model (Steven, 2004) มี 5 ขั้นตอนดังนี้ มี 5 ขั้นตอนดังนี้ 1.Discovery วิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากกระบวนการ Risk Management Process วิเคราะห์บริบทจากความเสี่ยงและอุบัติการณ์ ประเมินความเสี่ยงและอุบัติการณ์ระบุถึงระดับความเสียหาย ที่มาของการเกิดความเป็นไปได้และผลที่ตามมาพิจารณาการยอมความเสี่ยง และนำสู่การรับมือและบรรเทาความเสียหาย และการสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์กรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ PICOT สืบค้นจาก 7 ฐานข้อมูล 2.Summary สังเคราะห์หลักฐานงานวิจัย 3.Translation พัฒนารูปแบบการดูแลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ 4.นำร่องปรับใช้รูปแบบการดูแลในบริบทโรงพยาบาล 5.Evaluation การประเมินผลลัพธ์



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

พื้นที่ศึกษาและผู้ร่วมวิจัย

พื้นที่ศึกษาโรงพยาบาลยางสีสุราชและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอยางสีสุ

ราช จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 9 แห่ง ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย

1.แพทย์ พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและงานผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. เวชกิจฉุกเฉินจำนวน 20 คน

2.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติปี 2566 – 2567

เครื่องมือเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตวิกฤติ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว อาการร่วมในการเข้ารับการรักษา ขั้นตอนการประเมินความดันโลหิต การประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนและความดันโลหิตสูงฉุกเฉินผ่านการ

2. แบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ประกอบด้วยการประเมินตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ขั้นเตรียมผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ขั้นประเมินความดันโลหิตและประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลาย ขั้นประเมินความดันโลหิตซ้ำ การให้คำแนะนำในขณะได้รับยาลดความดันโลหิต ขั้นประเมินซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตวิกฤติตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา = 0.97 และมีความความเหมาะสมในการใช้งานกับผู้ป่วย

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนาดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติภายในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติก่อนเข้าโรงพยาบาล แต่ละระยะมีขั้นตอนดังนี้

วงรอบที่ 1 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติภายในโรงพยาบาล

1. Discovery (วิเคราะห์ปัญหาจากอุบัติการณ์ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์)

1.1 วิเคราะห์ปัญหาที่ได้จากกระบวนการ Risk Management Process พบอุบัติการณ์การในระดับ E-up เกิดอุบัติการณ์การผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถูกส่งต่อด้วยภาวะหลอดเลือดสมองในตึกผู้ป่วยในจากการวิเคราะห์อุบัติการณ์พบประเด็นอุบัติการณ์ร่วมคือเกิดการคัดกรองที่ผิดพลาดในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติในปี 2566 พบจำนวนอุบัติการณ์ร้อยละ 39.24 การวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า ขั้นตอนและกระบวนการวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยมีลักษณะเร่งรีบซึ่งเป็นผลจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจำนวนมาก นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการคัดกรอง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการทางระบบประสาท หัวใจ หรือไต จึงทำให้ไม่ได้รับการประเมินอย่างครบถ้วนและทำให้ได้รับการดูแลในภาวะฉุกเฉินล่าช้า นอกจากนี้ในขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังพบว่ามีปัจจัยภายในห้องฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้การจัดการภาวะความดันโลหิตสูงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จึงส่งผลต่อผู้ป่วยได้รับการจัดการลดความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 36.4 จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนถึงข้อจำกัดในกระบวนการคัดกรอง การประเมินและการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

1.2 สืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์กรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้ PICOT สืบค้นจาก 7 ฐานข้อมูลทั้งหมด 166 เรื่อง คัดเหลือ 25 เรื่อง จากนั้นประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ Melnyx & Fineout-Overholt (2015)[6] ซึ่งแบ่งงานวิจัยเป็น 7

ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 จำนวน 5 เรื่อง ระดับที่ 2 จำนวน 8 เรื่อง ระดับที่ 3 จำนวน 7 เรื่อง ระดับที่ 4 จำนวน 1 เรื่อง ระดับที่ 7 จำนวน 4 เรื่อง

2. Summary (สรุปหลักฐานงานวิจัย) สรุปข้อมูลที่สืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็นประเด็นในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติดังนี้

2.1 การประเมินความดันโลหิตแบ่งออกเป็น ขั้นเตรียมก่อนประเมินความดันโลหิต ขั้นประเมินความดันโลหิต ประเมินภาวะความเสียหายของอวัยวะส่วนปลาย

2.2 การจัดการความดันโลหิตสูงวิกฤต แบ่งออกเป็น แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive emergency) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) ทั้งในรูปแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา

3.Translation จากการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้นำมาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ที่มีความครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินอาการ การวางแผนการดูแล ตลอดจนการติดตามผลอย่างเป็นระบบจึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือสำคัญ ได้แก่ แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งออกแบบให้ครอบคลุมขั้นตอนการประเมินความดันโลหิต การประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนและความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน และแบบสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อใช้ในการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินคุณภาพการดูแลของบุคลากรในแต่ละขั้นตอนดังนี้

3.1 ประเมินความดันโลหิตและประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลายแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน

3.1.1 ขั้นเตรียมก่อนประเมินความดันโลหิต ก่อนประเมินความดันโลหิตจัดให้พักอย่างน้อย 5 นาที ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการภายในห้องฉุกเฉินจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบลดกิจกรรม ลดเสียงรบกวนและจำกัดการเยี่ยมของญาติ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ คาเฟอีนและออกกำลังกายก่อนการวัดความดันโลหิต 30 นาที ให้ผู้ป่วยเข้าห้องน้ำก่อนวันความดันโลหิต จัดท่านั่งที่สุขสบายนั่งพิงพนักพิงวางแขนบนโต๊ะ วางเท้าขนานกับพื้นไม่นั่งไขว้ขา ในภาวะวิกฤตจัดให้นอนหงายวางแขนขนานกับลำตัวตามสบาย ขาไม่ไขว้

3.1.2 ขั้นประเมินความดันโลหิต ตำแหน่งวัดความดันโลหิตตำแหน่งพัน cuff ระดับเดียวกับหัวใจ ไม่พัน cuff ผ่านเสื้อผ้า ขณะวัดความดันโลหิตไม่ควรพูดคุย วางแขนในท่าหงายมือไม่ขยับแขนหรือกำมือ ขณะวัดความดันโลหิต ควรบันทึกการวัด BP 2 - 3 ครั้ง โดยห่างกัน 1 - 2 นาที หลีกเลี่ยงการบีบรัดแขนผู้ป่วยถี่เกินไป วัดเพิ่มเติมก็ต่อเมื่อค่า SBP สองค่าแรกต่างกัน >10 mmHg หลังจากพบความดันโลหิตสูงควรประเมินซ้ำหลังการวัดครั้งแรก 30 นาที เพราะอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น การเจ็บปวด วิตกกังวล การใช้ยา ดื่มกาแฟ เป็นต้น

3.1.3 ประเมินภาวะความเสียหายของอวัยวะส่วนปลาย (Hypertensive mediated organ damage) ที่มีความดันโลหิตสูงวิกฤติมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายของอวัยวะส่วนปลายโดยประเมินและตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อจัดการคัดแยกตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยดังนี้

อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด: แน่นหน้าอกหรือร่วมกับอาการปวดร้าวไปตำแหน่งอื่น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ การตรวจร่างกาย : lung crackles, new-onset murmur, jugular venous distension.

อาการทางระบบประสาท: หน้ามือเป็นลม ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน การเห็นผิดปกติทันที แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว การพูดผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชัก หมดสติ

อาการทางระบบไต: การทำงานของไตลดลงอย่างกะทันหัน ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ภายใน 6 - 24 ชั่วโมง หรือปัสสาวะไม่ออกเลย

3.2 การจัดการความดันโลหิตสูงวิกฤต ประกอบด้วย

3.2.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive emergency) หลังจากคัดกรองเมื่อผู้ป่วยมีภาวะความเสียหายของอวัยวะส่วนปลายซึ่งมีความฉุกเฉินและมีความเร่งด่วนต่อการให้การดูแลและลดความดันโลหิตตามรายโรคและภาวะแทรกซ้อน (แผนภูมิที่ 1)

3.2.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความเสียหายของอวัยวะส่วนปลายจะได้รับการดูแลทั้งในรูปแบบที่ใช้ยาชนิดรับประทานและไม่ใช้ยา โดยการฝึกหายใจช้าด้วยดนตรีบำบัดกำหนดหายใจ 6 ครั้งต่อนาที หายใจเข้าทางจมูกพร้อมนับในใจ 1 - 4 หายใจออกแบบเป่าปากพร้อมนับในใจ 5 - 10 ต่อเนื่อง 15 นาทีร่วมกับฟังดนตรีบำบัด[7] รวมถึงการจัดการต่อความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ประเมินภาวะความเสียหายของอวัยวะสาวนปลายเป็นระยะในขณะให้การดูแล หลังจากนอนพักเป็นระยะเวลา 1 ชม เมื่อระดับความดันโลหิตน้อยลงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำหน่ายผู้ป่วยและนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ หรือพิจารณา admit ผู้ป่วยในเมื่อไม่สามารถลดความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายหรือหากมีภาวะความเสียหายของอวัยวะส่วยปลายผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (แผนภูมิที่ 1)

4.Integration เพื่อขับเคลื่อนแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติไปสู่การปฏิบัติในองค์กร ได้มีการดำเนินการสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมุ่งเน้นการทบทวนและวิเคราะห์ประเด็นความเสี่ยงที่พบจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การคัดกรองการวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้องรวมถึงการประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลาย นอกจากนี้ยังได้มีการจัดทำสื่อสื่อสารแนวปฏิบัติในรูปแบบ Electronic Infographic เพื่อให้บุคลากรทุกระดับสามารถเข้าใจขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีการใช้แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการประเมินและช่วยให้สามารถติดตามการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทดลองใช้แนวแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ 2 สัปดาห์โดยมีผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยงหลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากทดลองมาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ

5.Evaluation การประเมินผลลัพธ์จากการให้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลและจัดการความดันโลหิตตามเป้าหมายตามระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย

5.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนได้รับการลดความดันโลหิตเฉลี่ยควรลดลงไม่เกิน 25% ภายในชั่วโมงแรก

5.2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฉุกเฉินได้รับการจัดการลดความดันโลหิตตามเป้าหมายและได้รับการดูแลตามความฉุกเฉิน

5.3 อุบัติการณ์การเกิดการคัดกรองคลาดเคลื่อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนลดลง

5.4 พยาบาลบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

วงรอบที่ 2 การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติก่อนเข้าโรงพยาบาล

1. Discovery การเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติจากชุมชนเพียงร้อยละ 27.3 การส่งตัวผู้ป่วยจาก รพ.สต. พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมายังโรงพยาบาลด้วยตนเอง ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลายจากภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ เนื่องจากขาดการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในระหว่างการเดินทาง

2. Summary สรุปข้อมูลที่สืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยฯก่อนเข้าถึงโรงพยาบาลตั้งแต่การดูแลจาก รพ.สต. การดูแลระหว่างนำส่งโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3.Translation จากการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้นำมาพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯก่อนเข้าถึงโรงพยาบาล

4.Integration นำแนวปฏิบัติสู่ทีมรพ.สต. โดยการประชุมชี้แจงแลกเปลี่ยนและใช้ infographic electronic สื่อสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติดังนี้

4.1 ประเมินความดันโลหิตและประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลาย 3 ขั้นตอน ขั้นเตรียมก่อนประเมินความดันโลหิต ขั้นประเมินความดันโลหิต ประเมินภาวะความเสียหายของอวัยวะส่วนปลาย สื่อสารแลกเปลี่ยนร่วมกับทีม รพ.สต. และจัดทำสื่อสื่อสารแนวปฏิบัติในรูปแบบ Electronic Infographic

4.2 พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯระหว่างนำส่งผู้ป่วยขณะอยู่บนรถ EMS โดยการประเมินภาวะความเสียหายของอวัยวะส่วยปลาย

4.3 สร้างระบบช่องทางด่วนสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจาก รพ.สต. เข้าสู่โรงพยาบาลใช้ช่องทางการสื่อสารทาง Line: ER CUP YANG หรือสายตรงต่องานอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ

5.Evaluation ประเมินป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติได้เข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการสรุปความ ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 28.0.1.0 (142) กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของร้อยละผลสำเร็จของการดูแลและการเกิดอุบัติการณ์การคัดกรองคลาดเคลื่อนโดยใช้สถิติ Comparison of proportion และ Paired T-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยฯ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางสีสุราช (เลขที่ 11/2566 วันที่ 20 กันยายน 2566)

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตวิกฤติโดยเชื่อมโยงจากชุมชนเข้าสู่การดูแลในโรงพยาบาลประกอบได้ด้วยขั้นตอนการประเมินความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลาย เพื่อวินิจฉัยแยกระหว่าง ภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน และภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน การจัดบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรับผู้ป่วยจาก รพ.สต. กระบวนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายในโรงพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉินและภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยาดังในแผนภูมิที่ 1 จากการพัฒนาทำให้เกิดผลจากการดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น ลดความคลาดเคลื่อนของการคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการเข้าถึงระบบการรักษาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น

1.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติได้รับการดูแลตามเป้าหมาย ภายหลังการนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเป้าหมายในปี 2567 เพิ่มขึ้นจากปี 2566 ร้อยละ 14.8 (95%CI 3.6755 – 25.8034, *p* .009)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติได้รับการดูแลตามเป้าหมาย

ประเด็น	2566 n=110		2567 n=148		Difference	95% CI	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			

ได้รับการดูแลตามเป้าหมาย	70	63.6	116	78.4	14.8	3.6755– 25.8034	.009

2.การเกิดอุบัติการณ์การเกิดการคัดกรองคลาดเคลื่อน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติในปี 2567 ลดลงร้อยละ 38.80 (95%CI 27.181 - 49.150, p <.0001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดอุบัติการณ์การคัดกรองคลาดเคลื่อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

ประเด็น	2566 n=110		2567 n=148		Difference	95% CI	*P*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
Triage error	62	56.36	26	17.56	38.80	27.181 - 49.150	<.0001

3.การปฏิบัติการตามแนวทางการดูแล หลังแลกเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพยาบาลบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าปฏิบัติตามแนวทางการดูแลเพิ่มขึ้นคะแนนเฉลี่ย 15.55 คะแนน (ร้อยละ 85, SD 2.14) มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนให้การแลกเปลี่ยนอย่างมีนัยสำคัญ (*p* <.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนก่อนหลังของพยาบาลบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ

ประเด็น	2566 n=20		2567 n=20		t	*P*
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คะแนนรวม	8.95	2.28	15.55	2.14	12.334	<.001

4.การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติเข้าการดูแลในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 จากปี 2566 แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p .06)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติเข้าการดูแลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเด็น	2566 n=110		2567 n=148		Difference	95% CI	*P*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เข้าระบบ EMS	30	27.3	57	38.5	11.2	-0.4748– 22.528	.06

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติตั้งแต่ รพ.สต. ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินความดันโลหิตตามขั้นตอนที่ถูกต้อง พร้อมทั้งมีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม รวมถึงการตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลายที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ต้นทาง ส่งผลให้การเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 (p = 0.06) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลายในระหว่างกระบวนการนำส่งโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพัฒนาการประเมินความดันโลหิตตั้งแต่จุดคัดกรองจึงทำการเกิดอุบัติการณ์การคัดกรองคลาดเคลื่อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติในปี 2567 ลดลงร้อยละ 38.80 (95%CI 27.181 - 49.150, p <.0001) การเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนประเมินความดันโลหิตเป็นสิ่งที่จำเป็น ผู้ป่วยควรได้นั่งพัก

เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาทีก่อนเริ่มการวัดความดันโลหิต[3] และเมื่อพบความดันโลหิตสูงควรได้พักอีกครั้งอย่างน้อย 30 นาที ซึ่งอาจมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูงจากปัจจัยอื่นๆเช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ออกกำลังกาย และควรปัสสาวะก่อนประเมินความดันโลหิต การให้พัก 30 นาทีหลังการประเมินครั้งแรกช่วยให้ความดันโลหิตลดลงร้อยละ 30[5] ผู้ป่วยควรได้รับการจัดท่าที่เหมาะสมต่อการวัดความดันโลหิตทั้งในท่านั่งและท่านอน เลือกขนาด cuff วัดความดันโลหิตที่มีความเหมาะสมกับขนาดแขนของผู้ป่วย รวมถึงในขณะประเมินความดันโลหิตเจ้าหน้าที่ไม่ควรพูดคุยกับผู้ป่วย[4] เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลดังกล่าวส่งผลต่อความดันโลหิตที่มีค่าความเสถียรมากขึ้น

การพัฒนาแนวทางการดูแลภายในห้องฉุกเฉินมีความจำเป็นเนื่องจากภาวะฉุกเฉินของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งผลต่อความเสียหายต่ออวัยวะที่สำคัญดังนั้นการกำหนดเป้าหมายตามความฉุกเฉินนั้นจึงขึ้นอยู่กับกระบวนการคัดกรองและประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในแต่ละราย ในภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลายการกำหนดเป้าหมาของการลดความดันโลหิตอยู่ที่ภายในชั่วโมงแรกลดความดันโลหิตไม่เกินร้อยละ 25 ของความดันโลหิตแรกรับ[8] นอกจากการให้ยาลดความดันโลหิตแล้วการจัดการปัจจัยอื่น ๆ ก็มีความสำคัญต่อการลดความดันโลหิต ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในห้องฉุกเฉินโดยจัดโซนแยกผู้ป่วยให้อยู่ในจุดที่มีความเงียบลดเสียงรบกวนเสียงที่ดังรบกวนในห้องฉุกเฉินมีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนความเครียดเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตโดยส่งผลต่อการควบคุมการหดขยายของหลอดเลือดแดง[9] การประเมินและจัดการความวิตกกังวลตามสถานการณ์ที่ตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยในขณะนั้น[10] โดยให้กิจกรรมเสริมขณะนอนพักโดยการใช้ดนตรีบำบัดร่วมกับหายใจช้า ดนตรีบำบัดมีผลต่อกระบวนการ limbic system ในสมองควบคุมกลไกการหลั่งเบต้าเอ็นดอร์ฟินมีผลต่ออารมณ์ทำให้เกิดความผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล[11] การหายใจช้าในอัตรา 6 ครั้งมีผลต่อ vagal nerve ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติให้กลับสู่การทำงานในระดับปกติจึงทำให้ลดการปล่อยของฮอร์โมนความเครียด[12] รวมถึงการกระตุ้นความไวของความแปรปรวนของการเต้นของหัวใจและตัวรับแรงดันในหลอดเลือดแดงส่งผลต่อการลดความดันโลหิต[13] และการลดกิจกรรมที่ส่งผลต่อการเพิ่มความดันโลหิตการงดการเยี่ยมของญาติ การใช้โทรศัพท์ในขณะนอนพักและกำหนดให้นอนพักเป็นเวลา 1 ชั่วโมงก่อนประเมินความดันโลหิตอีกครั้ง ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงฉุกเฉินหลังจากประเมินพบภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลายผู้ป่วยจะถูกกำหนดเป้าหมายตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและเข้าสู่กระบวนการให้การดูแลตามรายโรค หลังจากการพัฒนาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติได้รับการจัดการตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.8 (95%CI 3.6755 – 25.8034, p .009)

การพัฒนาแนวทางการดูแลได้จัดทำแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตวิกฤติที่ประกอบด้วย ขั้นตอนการประเมินความดันโลหิต การประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนและความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน เพื่อให้พยาบาลผู้ให้การดูแลสามารถทำตามขั้นตอนตามแนวปฏิบัติทั้งนี้ได้ประเมินการปฏิบัติการตามแนวทางการดูแลในปี 2567 พบการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลเพิ่มขึ้นเจ้าหน้าที่มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 จำนวนร้อยละ 85 มีคะแนนเฉลี่ย 15.55 คะแนน (SD 2.14) มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนให้การแลกเปลี่ยนอย่างมีนัยสำคัญ (p <.001)

สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติตั้งแต่ รพ.สต. ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลาย

และได้รับการดูแลตามความฉุกเฉินรวดเร็วขึ้น การจัดระบบการดูแลภายในโรงพยาบาลในจุดคัดกรองช่วยลดการผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยและส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามตามความฉุกเฉินและสามารถจัดการลดความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาตามบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 มีข้อจำกัดของการแยกพื้นที่เฉพาะจึงใช้การปรับรูปแบบที่มีความเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลและใช้ทรัพยากรที่มีจำนวนจำให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติที่เข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรขยายผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ในจังหวัดมหาสารคามและจังหวัดใกล้เคียง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะการประเมินความดันโลหิตและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาจากชุมชนโดยบุคคลากรสายสนับสนุน เช่น อสม. care giver

3.ควรมีการพัฒนาระบบติดตามความดันโลหิตและอาการภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะส่วนปลายหลังจากมีการจำหน่ายผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านก่อนการติดตามอาการตามนัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมถึงผู้ป่วยที่ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติอำเภอยางสีสุราช

เอกสารอ้างอิง

1. Sharma K, Mathews EP, Newton F, et al.(2021). Hypertensive emergencies: a review. Am J Nurs. 2021;121(10) :24–35. doi:10.1097/01.NAJ.0000794104.21262.86
2. World Health Organization.(2021). Hypertension. 2021. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al.(2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(Aug):3021–3104. doi:10.1097/HJH.
4. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al.(2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334–1357. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026
5. Sibley AK, Atkinson P, Shayne P.(2020). Just the facts: hypertension in the emergency department. CJEM. 2020;22(4):456–458. doi:10.1017/cem.2020.22
6. Melnyk BM, Fineout-Overholt E.(2015). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.
7. สุทธินนท์ เสนารินทร์, วาสนา รวยสูงเนิน.(2566). ผลของการฝึกหายใจช้าด้วยดนตรีบำบัดต่อระดับความดัน โลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ที่แผนกฉุกเฉิน: การศึกษานำร่อง.ใน: รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา. การประชุมวิชาการครั้งที่ 3 เทคโนโลยีทางสุขภาพและนวัตกรรมทางการพยาบาล: แนวโน้มใหม่ในการดูแลภาวะฉุกเฉินบาดเจ็บและวิกฤติ; วันที่ 13-14 พฤษจิกายน 2566; ณ โรงแรมคริสตัลหาดใหญ่. สงขลา: ศูนย์วิจัยระบบการป้องกันและดูแลผู้บาดเจ็บและฉุกเฉิน คณะพยาบาลศาสต์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566. หน้า 94 - 104
8. Peixoto AJ.(2022). Acute severe hypertension. N Engl J Med. 2019;381(19):1843–1852. doi:10.1056/NEJMcp1901117
9. Vancheri F, Longo G, Vancheri E, Henein MY.(2022). Mental stress and cardiovascular health—Part I. J Clin Med. 2022;11(12):1–17. doi:10.3390/jcm11123353

10. ตฏิลา จำปาวัลย์.(2018). ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. วพจ [อินเทอร์เน็ต]. 30 มิถุนายน 2018 [อ้างถึง 25 พฤศจิกายน 2023];3(1):13-20. available at: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jbp/article/view/242981
11. Mir IA, Chowdhury M, Islam RM, et al.(2021). Relaxing music reduces blood pressure and heart rate among pre-hypertensive young adults: a randomized control trial. J Clin Hypertens. 2021;23(2):317–322. doi:10.1111/jch.14126
12. Zou Y, Wu Q, Liu T, et al.(2022). Effect of slow breathing exercise on heart rate and blood pressure in patients undergoing percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial. Eur J Cardiovasc Nurs. 2022;21(3):271–279. doi:10.1093/eurjcn/zvab066
13. Jindal N, Yogesh S.(2019). Acute effect of slow abdominal breathing on heart rate. Int J Sci Res. 2019; 11:27–29.

การพัฒนาแอพพลิชั่นเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ด

Development of an Application to Promote Health Literacy for Primary Caregivers of Preschool Children in Roi Et Province.

(Received: September 26, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

รักษ์สุดา ชูศรีทอง[1], ขวัญจิรา อินกว่าง[1]
Ruksuda Choosrithong[1], Khwanchira Inkwarg[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาแนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน และ 2) ส่งเสริมผลในการส่งเสริมความรู้โดยการใช้แอพพลิเคชั่น มีรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพ มีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ การสนทนากลุ่ม และการวิจัยเชิงปริมาณ มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาชันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน และ 2) ศึกษาผลการใช้ชันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้แบบวัดความรู้และวัดความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชั่นโดยใช้แบบสอบถาม ที่มีความเชื่อมั่น 0.87 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 คน เป็นตัวแทนของประชากรผู้ปกครองที่ใช้สมาร์ตโฟนในอำเภอคเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่น โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลศึกษาแนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า รูปแบบการนำเสนอข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ควรมีเนื้อหาไม่มากจนเกินไป มีสื่อ วิดีโอ แอพพลิเคชั่นควรใช้ง่ายไม่ซับซ้อน สีสันสดใส ตัวหนังสือขนาดใหญ่ มีสัญลักษณ์ที่เป็นรูปภาพ ประกอบความเข้าใจ สำหรับผลในการส่งเสริมความรู้โดยการใช้แอพพลิเคชั่นในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังจากการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักกลุ่มตัวอย่างมี ความรู้แตกต่างจากก่อนใช้แอพพลิเคชั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างมีความ พึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชั่นระดับมาก

คำสำคัญ: การพัฒนา แอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ เด็กวัยก่อนเรียน

Abstract

The objectives of this research were 1) to study guidelines for developing an application to promote health literacy among parents or primary caregivers of preschool children; and 2) to study the effects of using the application on promoting health knowledge among parents or primary caregivers of preschool children. This study employed a mixed-methods research design. The qualitative research involved 10 key informants selected through purposive sampling, consisting of parents and teachers at child development centers in Selapum District, Roi Et Province, who were willing to participate in the study. The research instrument was a focus group discussion guide. The quantitative research consisted of two steps: 1) developing an application to promote health literacy among parents or primary caregivers of preschool children; and 2) studying the effects

[1] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

of using the application to promote health literacy among parents or primary caregivers of preschool children. The instruments used in the study included a health knowledge test and a satisfaction questionnaire regarding the use of the application, with a reliability coefficient of 0.87. The instruments were administered to 50 participants selected through purposive sampling, representing parents or primary caregivers who used smartphones in Selapum District, Roi Et Province. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Health knowledge before and after using the application was compared using a paired t-test at a significance level of 0.05.

The results regarding the guidelines for developing an application to promote health literacy among parents or primary caregivers of preschool children indicated that health information should be presented in concise and easily understandable content without excessive information. The application should include video media, be easy to use and uncomplicated, use bright colors and large font sizes, and incorporate pictorial symbols to facilitate understanding. Regarding the effects of using the application, the results showed that after using the application to promote health literacy, the participants' health knowledge was significantly different from that before using the application at the 0.05 significance level. The participants also reported a high level of satisfaction with the use of the application.

Keywords: Development, Knowledge Promotion Application, Preschool Children

บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นช่วงวัยสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่เด็กยังไม่สามารถดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเลี้ยงดูและพฤติกรรมสุขภาพหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาด้านโภชนาการ สุขภาพช่องปากและฟัน และพัฒนาการล่าช้า หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการป้องกัน เฝ้าระวัง และดูแลอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพและพัฒนาการของเด็กในระยะต่อไปได้[1] นอกจากนี้ เด็กไทยยังมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียน

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนยังคงอยู่ในระดับที่น่ากังวลในหลายด้าน สำหรับปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 51.7 และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 78.5 มีประสบการณ์ฟันน้ำนมผุ และเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 52 มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา[1,2] ขณะเดียวกันปัญหาพัฒนาการล่าช้ายังคงพบในสัดส่วนสูง โดยข้อมูลระดับประเทศพบเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 23 และในช่วง พ.ศ. 2562–2565 พบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 25.0, 26.6, 28.3 และ 25.5 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านพัฒนาการยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ปัญหาโภชนาการยังเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมในวัยเด็กสามารถส่งผลต่อการเจริญเติบโตและสุขภาพในระยะยาวได้

เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ พบว่าสถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 7 ยังคงมีปัญหาด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยทั้งด้านโภชนาการและพัฒนาการ โดยเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในช่วง พ.ศ. 2563–2565 คิดเป็นร้อยละ 7.0, 6.8 และ 6.9 ตามลำดับ ขณะที่เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.42 ใน พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 38.52

ใน พ.ศ. 2562 ตามข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ จากข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้วิจัยได้จากการลงพื้นที่ในอำเภอเสลภูมิ พ.ศ. 2566 พบว่า เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สำรวจมีปัญหาโภชนาการร้อยละ 34.78 ฟันผุร้อยละ 78.26 และสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 65.22 ส่วนข้อมูลจากการลงคลินิกวัคซีนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลในพื้นที่ พบปัญหาโภชนาการร้อยละ 20.15 ฟันผุร้อยละ 52.31 และสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 36.28 ข้อมูลดังกล่าวแม้เป็นข้อมูลจากการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่ แต่สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ปัญหาโภชนาการ สุขภาพฟัน และพัฒนาการเกิดขึ้นพร้อมกันในเด็กกลุ่มเดียวกัน และยังคงเป็นภาระปัญหาสำคัญในบริบทของพื้นที่ศึกษา ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันและจัดการปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมพัฒนาการ และการเข้ารับบริการสุขภาพของเด็ก ความสามารถของผู้ปกครองในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” จึงมีความสำคัญโดยตรงต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Batool et al.[3] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพของเด็ก ขณะที่ de Buhr & Tannen[4] พบว่าผู้ปกครองร้อยละ 45.80 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพเด็ก นอกจากนี้ Brega et al.[5] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของนาฏอนงค์ แฝงพงษ์ และคณะ[6] พบว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะการตรวจสอบและตัดสินใจ รวมถึงการสื่อสารระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน อย่างไรก็ตาม แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีเครื่องมือสำหรับติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอยู่แล้ว เช่น สมุดคู่มือแม่และเด็ก และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แต่จากการสอบถามผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักในพื้นที่ พบว่า สมุดคู่มือแม่และเด็กส่วนใหญ่มักถูกเปิดใช้เฉพาะในวันที่พาเด็กไปรับวัคซีน ผู้ปกครองไม่ได้ศึกษาข้อมูลสุขภาพในคู่มืออย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในวันที่เข้ารับบริการหรือค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ต ส่วนคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่ได้รับตั้งแต่แรกเกิดมีปัญหาการสูญหาย และผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้ประเมินพัฒนาการของบุตรด้วยตนเอง แต่รอรับการตรวจในคลินิกวัคซีนเป็นหลัก ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนช่องว่างของการดูแลในปัจจุบันว่า แม้จะมีข้อมูลและเครื่องมือสุขภาพอยู่แล้ว แต่การเข้าถึงและการนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ปกครองยังไม่ต่อเนื่อง ทำให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กยังคงพึ่งพาการพบกับบุคลากรสุขภาพตามช่วงเวลานัดหมายเป็นสำคัญ

การเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลของประชาชนไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผลการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566 พบว่า ประชาชนใช้โทรศัพท์มือถือร้อยละ 94.7 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือร้อยละ 93.5 โดยประชาชนอายุ 25–39 ปี ใช้โทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ตร้อยละ 98.9 และ 98.3 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มอายุ 40–59 ปี ใช้โทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ตร้อยละ 97.4 และ 92.1 ตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาเป็นช่องทางสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้ปกครอง

นอกจากนี้ การศึกษาของ Areemit et al.[7] พบว่า ผู้ปกครองที่ใช้แอปพลิเคชัน KhunLook มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแล และความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพเด็กดีขึ้น และการศึกษาของ Lewis et al.[8] พบว่าการใช้โมบายแอปพลิเคชันสามารถสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองและการดูแลสุขภาพเด็กได้ อย่างไรก็ตาม ช่องว่างสำคัญขององค์ความรู้และการบริการในบริบทพื้นที่ยังคงปรากฏอยู่ กล่าวคือ การศึกษาที่ผ่านมาในเขตสุขภาพที่ 7 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรวัยเรียน นักศึกษา วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ขณะที่การศึกษาในเด็กวัยก่อนเรียนยังมีจำกัด และบางการศึกษามุ่งเน้นปัญหาสุขภาพเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ภาวะโภชนาการ ขณะเดียวกัน แม้จะมีงานวิจัยที่นำสื่อ วิดีทัศน์ หรือโมบายแอปพลิเคชันมาใช้ส่งเสริมความรู้หรือพฤติกรรมสุขภาพแล้ว แต่จากหลักฐานที่ผู้วิจัยทบทวน ยังขาดการพัฒนาแอปพลิเคชันที่ออกแบบจากปัญหาและความต้องการของผู้ปกครองในพื้นที่ และบูรณาการการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการติดตามผลลัพธ์สุขภาพเด็กใน 3 ด้านสำคัญ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ สุขภาพฟัน และพัฒนาการ ภายในระบบเดียวกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน ในจังหวัดร้อยเอ็ด การพัฒนาแอปพลิเคชันครั้งนี้จึงมุ่งให้เกิดมากกว่าการเพิ่มความรู้ แต่เป็นการสร้างช่องทางให้ผู้ปกครองสามารถ เข้าถึง ทบทวน ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสนับสนุนการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ สุขภาพฟัน และพัฒนาการ ซึ่งอาจช่วยลดข้อจำกัดของการให้ข้อมูลผ่านเอกสารหรือการได้รับคำแนะนำเฉพาะเมื่อมารับบริการสุขภาพ และนำไปสู่การดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของผู้ปกครองในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวทางพัฒนาแอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน
2. เพื่อศึกษาผลในการส่งเสริมความรู้โดยการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ มีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นบุคลากรทางสาธารณสุข หรือ อสม. มาไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) สามารถใช้แอพพลิเคชั่นในอุปกรณ์ สื่อสารได้ 3) ยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสนทนา กลุ่มได้ทั้ง 2 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ ประเด็นในการสนทนากลุ่ม ดังนี้ 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนในพื้นที่ 2) วัตถุประสงค์ในการใช้แอพพลิเคชั่นของผู้ปกครอง 3) รูปแบบการนำเสนอข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในแอพพลิเคชั่น 4) ปัญหาการใช้แอพพลิเคชั่นในผู้ปกครอง และ 5) การออกแบบเพื่อสร้างประสบการณ์การใช้งานที่ดีของผู้ใช้งาน (User Experience Design) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในแบบสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง โดยนำประเด็นในการสนทนา กลุ่มไปรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของ ภาษาที่ใช้ โดยคัดเลือกแต่เฉพาะที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ลง

ความเห็นว่านำไปใช้ในการสนทนากลุ่ม ได้ ระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะบันทึกประเด็นที่สำคัญ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

2. การวิจัยเชิงปริมาณ มี 2 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การพัฒนาแอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง โดยนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ความต้องการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน รวมถึงความคิดเห็นและประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเป็นแนวทางการ พัฒนาแอพพลิเคชั่น เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแอพพลิเคชั่น ได้แก่ คอมพิวเตอร์ สมาร์ตโฟน และเว็บไซต์สำหรับสร้างแอพพลิเคชั่น

2.2 การศึกษาผลการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองโดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 คน เป็นตัวแทนของประชากรผู้ปกครองที่ใช้สมาร์ตโฟนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมี เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ปกครองที่มีอายุ 21-59 ปี ที่มีเด็กในความปกครองอายุระหว่าง 3-5 ปี 2) อาศัยอยู่ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 3) สามารถใช้แอพพลิเคชั่นในอุปกรณ์สื่อสารได้ 4) ยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย เกณฑ์การคัด ออก คือ 1) ไม่สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยและให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ 2) ไม่สามารถทำแบบสอบถามและแบบทดสอบภายหลังใช้แอพพลิเคชั่น ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน และความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนนี้ มี 2 เครื่องมือ ได้แก่

1) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของนาฎอนงค์ แฝงพงษ์ และคณะ[6] และแนวทางของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[9] ใช้สำหรับศึกษาผลการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ 2 ตัวเลือกเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่”ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) จำนวนรวม 3 ด้าน แบ่งเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านโภชนาการ 10 ข้อ 10 คะแนน ด้านสุขภาพฟัน 10 ข้อ 10 คะแนน และด้านพัฒนาการ 10 ข้อ 10 คะแนน การแปลผลใช้สัดส่วนคะแนนตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึงความรู้ไม่ดีพอ ร้อยละ 60 ถึงต่ำกว่าร้อยละ 80 หมายถึงระดับพอใช้ และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปหมายถึงระดับดีหรือดีมาก

2) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ใช้สำหรับศึกษาผลการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง จำนวน 5 ข้อ แบ่งระดับคะแนนของคำตอบเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายระดับความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมสุขภาพผู้ปกครอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best[10] ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.32 หมายถึง ความ พึงพอใจปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 2.33-3.00 หมายถึง ความพึงพอใจมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษาที่ใช้ และหาค่าดัชนีความ สอดคล้อง (Index of Item- Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปนำใช้ได้ และมี

การปรับปรุงแก้ไขในข้อคำถามที่ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความ เชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.87 แบบทดสอบความรู้การใช้สมาร์ตโฟนในการดูแลสุขภาพของผู้ปกครองและแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาความรู้และความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชั่นโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่น โดยใช้สถิติ Paired T-test ที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

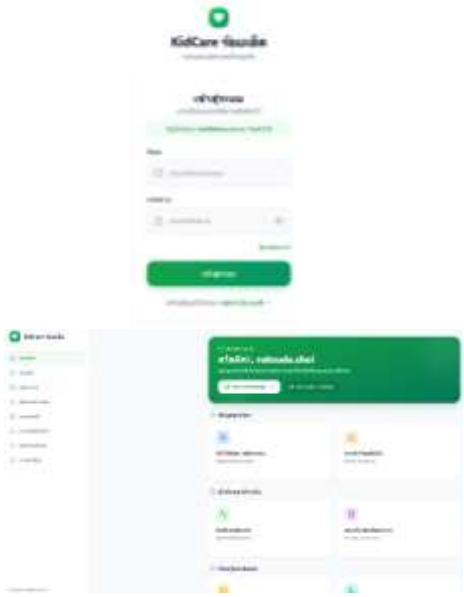
การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่รับรอง HE 68011 รับรองวันที่ 5 มกราคม 2569 ถึงวันที่ 6 มกราคม 2570

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาแอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ2ส สำหรับผู้สูงอายุ โดยการสนทนากลุ่มของบุคลากรทางสาธารณสุข อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสรุปประเด็นเพื่อ เป็นแนวทางในการพัฒนาแอพลิเคชั่น ดังนี้ 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ อำเภอคลองหลวง จำแนกตามประเภทของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ จะมีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ ร่วมกิจกรรมทางศาสนา การออกกำลัง กาย การเต้นแอโรบิก เป็นต้น หากเป็นผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียง จะได้รับการดูแลโดยทีม สห วิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลในพื้นที่ออกเยี่ยมบ้าน คัดกรองโรค ให้การดูแลรักษา บำบัดโรคเบื้องต้น มีการพูดคุยให้กำลังใจ คลายความเหงา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ลำพัง 2) ผู้สูงอายุใช้แอพพลิเคชั่นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความบันเทิงเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะการเล่นเฟซบุ๊ค ดูคลิปวิดีโอ ข่าวสาร และการส่งข้อความหาเพื่อนหรือลูกหลานผ่านทาง แอพพลิเคชั่นไลน์ 3) รูปแบบการนำเสนอข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ 3อ2ส ในแอพพลิเคชั่นควรเป็นแบบ สื่อวิดีโอมีเสียงประกอบ เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อใช้งานหน้าจอสมาร์ตโฟนนานจะมีอาการเมื่อยล้าทาง สายตา หากผู้สูงอายุรับฟังสื่อความรู้จากหนังสือเสียงหรือคลิปวิดีโอที่มีเสียงประกอบจะทำให้ สามารถรับฟังเสียงแทนการอ่านได้ หากต้องมีเนื้อหาเป็นตัวอักษรควรเป็นเนื้อหาเข้าใจง่ายและไม่มากจนเกินไป 4) ปัญหาการใช้แอพพลิเคชั่นที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ แอพพลิเคชั่นที่มีความซับซ้อน ซึ่งผู้สูงอายุมักเรียนรู้ช้าและจะไม่ใช้งานต่อเนื่อง เนื่องจากกลัวว่าจะเกิดความเสียหายกับสมาร์ตโฟน ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลทางการเงินหากใช้งานแอพพลิเคชั่นผิดพลาด แต่เมื่อผู้สูงอายุเมื่อสามารถใช้ งานแอพพลิเคชั่นหนึ่งได้แล้วจะมีความคุ้นเคยและจะสามารถจดจำวิธีการใช้งานได้ 5) การออกแบบ เพื่อสร้างประสบการณ์การใช้งานที่ดีของผู้ใช้งาน (User Experience Design) ควรเน้นให้มีสีสัน สดใส แต่ไม่ฉูดฉาดเกินไป ตัวหนังสือใหญ่ มีรูปภาพที่เป็นสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย

2. การพัฒนาแอพพลิเคชั่น เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแอพพลิเคชั่น โดยนำผลจากการ วิเคราะห์ความต้องการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความคิดเห็นและประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ใช้ Glide Application เป็น

แพลตฟอร์มในการพัฒนาแอพพลิเคชั่นโดย โดยตั้งชื่อแอพพลิเคชั่นว่า “KidCare” ภายในแอพพลิเคชั่นแบ่งหมวดหมู่ จัดการข้อมูลผู้ปกครองและข้อมูลเด็ก สมุดพกบันทึกพฤติกรรมประจำวัน บันทึกและดูกราฟการเจริญเติบโต คัดกรองพัฒนาการและดูผลย้อนหลัง บทความสุขภาพและโภชนาการ แชทกับคุณหมอแบบเรียลไทม์ จองคิว เช็คสถานะ และยกเลิกนัด ข่าวสารและการแจ้งเตือนวัคซีนที่ เข้าใจง่าย ภายแอพพลิเคชั่นมีเนื้อหาความรู้และคลิปวิดีโอเพื่อเพิ่มความเข้าใจมากขึ้น สามารถส่ง ต่อแอพพลิเคชั่นโดยการแสกน QR Code หรือส่ง link



ภาพที่ 1 แอพพลิเคชั่น “kidCare” ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง

3. ผลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ด้านโภชนาการ ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ มีค่าเฉลี่ย 15.07 คะแนน (Mean = 15.07, S.D. = 3.50) ภายหลังการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ย 18.63 คะแนน (Mean = 18.63, S.D. = 4.03) โดยมีค่า t-test เท่ากับ 13.42 และค่า p-value < 0.001 แสดงให้เห็นว่าภายหลังการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ด้านสุขภาพฟัน ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพฟัน มีค่าเฉลี่ย 12.33 คะแนน (Mean = 12.33, S.D. = 3.58) ภายหลังการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพฟันเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ย 15.77 คะแนน (Mean = 15.77, S.D. = 3.85) โดยมีค่า t-test เท่ากับ 13.21 และค่า p-value < 0.001 แสดงให้เห็นว่าภายหลังการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพฟันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ด้านพัฒนาการ ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยก่อนการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านพัฒนาการ มีค่าเฉลี่ย 15.92 คะแนน (Mean = 15.92, S.D. = 4.32) ภายหลังการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านพัฒนาการเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ย 21.03 คะแนน (Mean = 21.03, S.D. = 5.69) โดยมีค่า t = 15.83, p-value < 0.001 แสดงให้เห็นว่าภายหลังการใช้แอพพลิเคชั่น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านพัฒนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้จากการใช้แอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (n=50)

ความรู้ความเข้าใจ	Mean	S.D.	T-test	p-valve
ด้านโภชนาการ			13.42	<0.001
ก่อนใช้	15.07	3.50		
หลังใช้	18.63	4.03		
ด้านสุขภาพฟัน			13.21	<0.001
ก่อนใช้	12.33	3.58		
หลังใช้	15.77	3.85		
ด้านพัฒนาการ			15.83	<0.001
ก่อนใช้	15.92	4.32		
หลังใช้	21.03	5.69		

p-value < 0.05

การศึกษาความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชั่น “KidCare” พบว่า ภายหลังจากการใช้งาน ผู้ปกครองส่วนมากมีความพึงพอใจในรูปแบบแอพพลิเคชั่นไม่ซับซ้อน ใช้งานง่าย อยู่ในระดับมาก จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 (Mean = 2.70, S.D. = 0.505) ความพึงพอใจด้านความสวยงามของแอพพลิเคชั่น อยู่ในระดับมาก จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 (Mean = 2.74, S.D. = 0.487) ระดับความพึงพอใจด้านความน่าสนใจของสื่อการส่งเสริมสุขภาพในแอพพลิเคชั่น อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 48.0 (Mean = 2.36, S.D. = 0.631) ความพึงพอใจด้านความรู้ทางสุขภาพที่ได้จากการใช้แอพพลิเคชั่น อยู่ในระดับมาก จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78.0 (Mean = 2.72, S.D. = 0.573) และความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์จากแอพพลิเคชั่นในการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับมาก จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 (Mean = 2.80, S.D. = 0.404) โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการใช้แอพพลิเคชั่นอยู่ใน ระดับมาก (Mean = 2.66, S.D. = 0.544)

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการพัฒนาแอพพลิเคชั่น“KidCare” ซึ่งเป็นแอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครอง พบว่าการสนทนากลุ่มของบุคลากรทางสาธารณสุข และ อสม. ทำให้ทราบถึงแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่ในพื้นที่โดยมุ่งเน้นการส่งเสริม สุขภาพร่างกายให้แข็งแรง การดูแลสุขภาพจิตและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกใน ครอบครัว เพื่อนฝูง โดยการทำกิจกรรมร่วมกัน และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียงและมีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยงานและอาสาสมัครทางด้านสุขภาพในพื้นที่ สอดคล้องกับทัศพร ชูศักดิ์ และคณะ[11] ที่กล่าวถึงการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม ในจังหวัดปทุมธานี โดยการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายประกอบด้วยผู้นำชุมชน หน่วยงานองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวซึ่งต่างมีส่วนร่วมในการดูแลร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ผู้สูงอายุใช้แอพพลิเคชั่นโดยมี วัตถุประสงค์เพื่อความบันเทิงเป็นส่วนใหญ่ โดยการพูดคุยผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทำให้ผู้สูงอายุ อารมณ์ดี ซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดีส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาสมองและสติปัญญารวมถึงการมี ชีวิตที่ยาวนานขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ใช้งานแอพพลิเคชั่นในสมาร์ตโฟนหรือแทปเล็ตเป็นประจำ สามารถช่วยพัฒนาสมองและความจำ ผู้สูงอายุสามารถใช้งานอุปกรณ์เหล่านี้ได้ในชีวิตประจำวัน อย่างสะดวกสบาย[12] โดยผู้สูงอายุต้องการใช้งานแอพพลิเคชั่นที่มีการออกแบบลักษณะการใช้งานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน มีสัญลักษณ์หรือไอคอนและตัวอักษรขนาดใหญ่[13] มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนด้านโภชนาการ สุขภาพฟัน พัฒนาการ และโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพฟันและโดยรวมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักสามารถเข้าถึงและทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยเนื้อหาครอบคลุมโภชนาการ สุขภาพฟัน และพัฒนาการ อีกทั้งการพัฒนาแอปพลิเคชันเริ่มจากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จึงทำให้เนื้อหาสอดคล้องกับบริบทและสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจดูแลเด็กได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam [14] ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพ สอดคล้องกับ Areemit et al.[7] ที่พบว่าภายหลังใช้แอปพลิเคชัน KhunLook สัดส่วนผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 51.6 เป็น 59.9 ($p = .04$) และสามารถประเมินพัฒนาการเด็กได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 95.1 เทียบกับ 79.0, $p < .001$) รวมถึงชนิชา ไชยต้นเทือก และคณะ[16] ซึ่งพบว่าผู้ปกครองที่ใช้แอปพลิเคชัน Anti-Infect for Kid มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับด้านสุขภาพฟันที่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจน สอดคล้องกับสุวัจณี พฤกษ์ไพรวัน และคณะ[15] ที่ใช้โปรแกรม Line Use–Good Oral Health ในผู้ปกครองเด็กอายุ 1–3 ปี และพบว่ากลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในด้านโภชนาการและพัฒนาการ อาจเนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีคะแนนก่อนทดลองค่อนข้างสูง ทำให้มีโอกาสเพิ่มขึ้นของคะแนนเหลือไม่มากนัก

2. การศึกษาผลความรู้ด้านสุขภาพโดยการใช้แอพพลิเคชั่น “KidCare” พบว่า ภายหลังจากที่ใช้แอพพลิเคชั่น “KidCare” กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน ด้านโภชนาการ ด้านสุขภาพฟัน ด้านพัฒนาการ สูงกว่าก่อนใช้แอพพลิเคชั่น ทั้งนี้แอปพลิเคชันช่วยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักสามารถเข้าถึงและทบทวนข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยเนื้อหาครอบคลุมโภชนาการ สุขภาพฟัน และพัฒนาการ สอดคล้องกับ Areemit et al.[7] ที่พบว่าภายหลังใช้แอปพลิเคชัน KhunLook สัดส่วนผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงเพิ่มจากร้อยละ 51.6 เป็น 59.9 ($p = .04$) และสามารถประเมินพัฒนาการเด็กได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 95.1 เทียบกับ 79.0, $p < .001$) รวมถึงชนิชา ไชยต้นเทือก และคณะ[16] ซึ่งพบว่าผู้ปกครองที่ใช้แอปพลิเคชัน Anti-Infect for Kid มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลความพึงพอใจภายหลังจากการใช้แอพพลิเคชั่น “KidCare” พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้ประโยชน์จากแอพพลิเคชั่นในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ด้านความสวยงามของแอพพลิเคชั่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al.[17] การใช้สมาร์ตโฟนสามารถเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตได้โดยการพัฒนาทางด้านอารมณ์ จากการใช้งานสมาร์ตโฟนเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้งานโซเชียลมีเดีย การแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม เสพสิ่งบันเทิง ใช้คลายความเหงา รวมถึงการค้นหาและจัดเก็บข้อมูลสำคัญทางสุขภาพ เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในการ พัฒนาแอพพลิเคชั่นส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนั้นใช้ไอคอนที่เรียบง่าย เป็น บริเวณด้านล่างของแอพพิเคชั่นทำให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงความรู้ในหมวดต่าง ๆ จาก การกดบริเวณไอคอนสัญลักษณ์รูปต่าง ๆ เพื่อเข้าสู่เนื้อหา

ความรู้ด้านนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษา ของจันทร์ จันทร์จิราพร ทองประสิทธิ์ และทิพยา จินตโกวิทย์[18] ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้แอพพลิเคชั่น ไลน์บนสมาร์ตโฟน และเชื่อว่าการออกแบบแอพพลิเคชั่นเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยจะทำให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงแอพพลิเคชั่นนั้นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ผ่านแอพพลิเคชั่นได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของผู้ปกครอง โดยจัดให้มีการอบรมหรือกิจกรรมส่งเสริมการใช้สารสนเทศออนไลน์อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึง ประเมิน และใช้ข้อมูลสารสนเทศออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลบุตรหลาน ทั้งนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้เท่าทันสื่อและเทคโนโลยี สามารถตระหนักถึงความเสี่ยงและภัยคุกคามทางออนไลน์ รวมถึงสามารถป้องกันตนเองและบุตรหลานจากการใช้สารสนเทศออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุด

2. องค์กรหรือหน่วยงานที่ให้บริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับผู้ปกครอง โดยคำนึงถึงบริบท ความต้องการ และความสามารถในการใช้งานของผู้ปกครอง ควรพัฒนาระบบหรือสื่อสารสนเทศให้มีรูปแบบการใช้งานที่เข้าใจง่าย สะดวก และเข้าถึงได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองเกิดความสนใจและมีแรงจูงใจในการเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสามารถนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลบุตรหลาน และการพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับผู้ปกครอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาพัฒนาคุณลักษณะและฟังก์ชันการใช้งานของแอปพลิเคชันให้มีความหลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ปกครอง เช่น ฟังก์ชันการแจ้งเตือนกิจกรรมที่สำคัญ การติดตามและบันทึกข้อมูล การแจ้งเตือนข่าวสารหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรหลาน ตลอดจนฟังก์ชันที่ช่วยตรวจสอบและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลออนไลน์ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ปกครองสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลบุตรหลาน และการพัฒนาตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

2. ในการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับผู้ปกครอง ควรคำนึงถึงความเหมาะสมด้านการออกแบบ ความสวยงาม ความสะดวกในการใช้งาน และความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ปกครอง โดยเฉพาะการออกแบบรูปแบบและฟังก์ชันของไอคอนให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถใช้งานได้โดยไม่ซับซ้อน รวมทั้งควรคำนึงถึงความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล เนื่องจากผู้ปกครองอาจมีความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือการสั่งงานที่ผิดพลาด นักพัฒนาแอปพลิเคชันจึงควรออกแบบระบบให้มีขั้นตอนการยืนยันคำสั่งที่ชัดเจน เช่น เมื่อผู้ปกครองเลือกไอคอน ระบบควรแสดงรายละเอียดของคำสั่ง

หรือขยายไอคอนให้เห็นอย่างชัดเจน พร้อมแสดงข้อความหรือเสียงเพื่อยืนยันการเลือก และให้ผู้ใช้งานสามารถยกเลิกคำสั่งได้ก่อนการยืนยัน ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้งาน ลดความผิดพลาด และส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถใช้แอปพลิเคชันได้อย่างสะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญจิต เพ็งแป้น.(2562). บทบาทผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2562;6(2):131-142. เข้าถึงได้จาก: https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248559
2. ฉัตรนภา จบศรี.(2565). ความรอบรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565. เข้าถึงได้จาก: http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5168
3. Batool SH, Safdar M, Eman S.(2022). Relationship between parents' health literacy and child health: Systematic review. Library Hi Tech. 2022;ahead-of-print. https://doi.org/10.1108/LHT-11-2021-0398
4. de Buhr E, Tannen A.(2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2020;20(1):1096. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5
5. Brega AG, Freedman MA, LeBlanc WG, Barnard J, Mabachi NM, Cifuentes M, et al.(2015). Using the Health Literacy Universal Precautions Toolkit to Improve the Quality of Patient Materials. Journal of Health Communication. 2015;20(Suppl 2):69-76. https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1081997
6. นาฏอนงค์ แฝงพงษ์, ประภัสสร จันดี, ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ.(2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนของผู้เลี้ยงดูหลักและครูผู้ดูแลเด็กในเขตจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(1):441-449. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JRTNA/article/view/264562
7. Areemit R, Saengnipanthkul S, Sutra S, Lumbiganon P, Pornprasitsakul P, Paopongsawan P, et al.(2023). Effectiveness of a Mobile App (KhunLook) Versus the Maternal and Child Health Handbook on Thai Parents' Health Literacy, Accuracy of Health Assessments, and Convenience of Use: Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research. 2023;25:e43196. https://doi.org/10.2196/43196
8. Lewis K, Zettler-Greeley CM, Blake KV, Milkes A.(2023). A digital health application for managing pediatric asthma: Use and benefits. Informatics for Health and Social Care. 2023;48(4):370-386. https://doi.org/10.1080/17538157.2023.2250435
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2557). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults). นนทบุรี: นิวธรรมดาการพิมพ์; 2557. เข้าถึงได้จาก:https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5216
10. Best J.(1977). Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1977. Available from: https://books.google.com/books?id=Ug4uAQAAIAAJ
11. ทัศพร ชูศักดิ์, นัชชา ยันติ, ศศิธร ตันติเอกรัตน์, นาตยา ดวงประทุม.(2566). ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงแบบมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจยวิชาการ. 2566;6(2):87-102. เข้าถึงได้จาก: https://doi.org/10.14456/jra.2023.32

12. Wilson SA, Byrne P, Rodgers SE, Maden M.(2022). A Systematic Review of Smartphone and Tablet Use by Older Adults with and without Cognitive Impairment. Innovation in Aging. 2022;6(2):igac002. https://doi.org/10.1093/geroni/igac002
13. Embarak F, Ismail NA, Othman S.(2021). A systematic literature review: the role of assistive technology in supporting elderly social interaction with their online community. Journal of Ambient Intelligence and Humanized Computing. 2021;12(7):7427-7440. https://doi.org/10.1007/s12652-020-02434-z
14. Nutbeam D.(2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
15. สุวัจณี พฤกษ์ไพรวัน, ลาวัลย์ สิงห์สาย, อัจฉรียา ปทุมวัน.(2568). ผลของโปรแกรม Line Use – Good Oral Health ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กอายุ 1-3 ปี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2568;33(3):64-75. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/275980
16. ชนิชา ไชยต้นเทือก, รุ้งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ, อัจฉราพร ปิติพัฒน์, สมสมร เรืองวรบูรณ์.(2568). ผลของแอปพลิเคชัน Anti-Infect for Kid ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลและป้องกันโรคติดเชื้อของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2568;41(3):172-182. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johhr/article/view/274465
17. Li G, Jin C, Zhao B, Wu B.(2022). Smartphone Use, Technology Affordance for Healthcare and Elders' Life Satisfaction. Frontiers in Public Health. 2022;10:861897. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.861897
18. จันทร์จิราพร ทองประสิทธิ์, ทิพยา จินตโกวิทย์.(2563). พฤติกรรมของผู้สูงอายุในการใช้แอปพลิเคชันไลน์บนสมาร์ตโฟน. วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. 2563;30(1):118–29. เข้าถึงได้จาก: https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/kmutnb-journal/article/view/238883

การพัฒนารูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการเพื่อการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Development of an Integrated Thai Traditional Medicine Service Model for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Alcohol Dependence, and Smoking Cessation at the Psychiatric and Substance Abuse Clinic, Don Mot Daeng Hospital, Ubon Ratchathani Province.

(Received: September 22, 2026; Revised: September 27, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สิทธิศักดิ์ หลักทอง[1]
Sitthisak Lakthong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการ พัฒนารูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการและประเมินคุณภาพกับประสิทธิผลของรูปแบบสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วย 169 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยยาเสพติด 54 ราย ผู้ติดสุรา 61 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 54 ราย เครื่องมือประกอบด้วยแบบประเมินความเครียด ความอยากเสพ ความร่วมมือในการรักษา สุขภาพองค์รวม และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดกรองและประเมินผู้ป่วย การวางแผนบริการรายบุคคล การให้หัตถการและสมุนไพรตามข้อบ่งใช้ การให้คำแนะนำ การติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผลกับส่งต่อ ผลการประเมินคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.68±0.27) ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนความเครียดลดลงจาก 31.24±6.87 เป็น 18.63±5.94 คะแนน และคะแนนความอยากเสพลดลงจาก 7.48±1.42 เป็น 3.26±1.31 คะแนน ขณะที่คะแนนความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 6.92±1.88 เป็น 11.08±1.37 คะแนน และคะแนนสุขภาพองค์รวมเพิ่มขึ้นจาก 2.94±0.41 เป็น 4.21±0.36 คะแนน โดยแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยร้อยละ 88.8 เข้ารับบริการอย่างน้อย 4 ครั้ง และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.57±0.38)

คำสำคัญ : แพทย์แผนไทย, การบำบัดยาเสพติด, การเลิกบุหรี่, การบริการแบบบูรณาการ

Abstract

This study investigate the existing situation and service needs, develop an integrated Thai traditional medicine service model, and evaluate its quality and effectiveness among patients with substance use disorders, alcohol dependence, and those seeking smoking cessation services at the Psychiatric and Substance Abuse Clinic, Don Mot Daeng Hospital, Ubon Ratchathani Province. This action research sample size were 30 patients; (3) implementing the model for five weeks among 169 patients, comprising 54 patients with substance use disorders, 61 with alcohol dependence, and 54 seeking smoking cessation; and (4) refining the final model. The instruments included stress, craving, treatment adherence, holistic health, and satisfaction assessments. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and content analysis. Statistical significance was set at 0.05.

Results: The developed model comprised six components: patient screening and assessment, individualized service planning, provision of Thai traditional medicine procedures and herbal remedies according to clinical indications, health counseling, multidisciplinary follow-up, and outcome assessment and referral. The overall quality of the model was rated at a very high level (4.68±0.27). Following implementation, mean stress scores decreased from 31.24±6.87 to 18.63±5.94, while mean craving scores

[1] กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลดอนมดแดง

decreased from 7.48±1.42 to 3.26±1.31. Mean treatment adherence scores increased from 6.92±1.88 to 11.08±1.37, and mean holistic health scores increased from 2.94±0.41 to 4.21±0.36. All outcomes differed significantly from baseline ($p<0.001$). Overall, 88.8% of patients attended at least four service sessions, and overall satisfaction was rated at a very high level (4.57±0.38).

Keywords : research and development, Thai traditional medicine, substance use treatment, smoking cessation, integrated healthcare services

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ยังคงเป็นหนึ่งในภาระโรคสำคัญของโลกและประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความพิการจำนวนมาก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ[1,2] ในบริบทของประเทศไทย พบแนวโน้มการใช้สารเสพติดและการดื่มสุราเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงาน ขณะที่การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด[3,4]

ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอัตราการใช้สารเสพติดและการดื่มสุราสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้เข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงภาระของระบบบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดจะดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ แต่ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ความเครียดสูง อาการอยากเสพซ้ำ อาการถอนสาร และความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำและผลลัพธ์การรักษาที่ไม่ยั่งยืน

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) และการบูรณาการศาสตร์การแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าหัตถการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การนวดไทย การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และการอบไอน้ำสมุนไพร สามารถช่วยลดความเครียด กระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และส่งเสริมสมดุลทางร่างกายและจิตใจได้[5,6] นอกจากนี้ สมุนไพรไทย ได้แก่ รางจืด และหญ้าดอกขาว ยังมีรายงานว่าสามารถช่วยลดอาการถอนสารและลดความอยากบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญ[7,8]

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งศึกษาผลของหัตถการหรือสมุนไพรเป็นรายชนิด ขาดการพัฒนา “รูปแบบบริการแบบบูรณาการ” ที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมการรักษาในบริบทจริงของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความต่อเนื่องของการดูแล

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลดอนมดแดงได้เริ่มประยุกต์ใช้บริการแพทย์แผนไทยร่วมกับการดูแลของทีมสหวิชาชีพในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด และพบแนวโน้มที่ดีต่อการลดความเครียดและความอยากเสพ อย่างไรก็ตาม ยังขาดการพัฒนาเป็นรูปแบบบริการที่เป็นระบบและการประเมินผลเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ได้รูปแบบบริการที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดบริการแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ใน

คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง

2. เพื่อพัฒนาและประเมินคุณภาพของรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นต่อความเครียด ความอยากเสพ ความร่วมมือในการรักษา สุขภาพองค์รวม ความต่อเนื่องในการรับบริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)–โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ ศึกษาข้อมูลการให้บริการ ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมากำหนดองค์ประกอบและแนวทางการพัฒนารูปแบบบริการ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการ นำผลจากระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบบริการฉบับร่าง ประกอบด้วยการนวดไทย การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การอบไอน้ำสมุนไพร การใช้สมุนไพร การให้คำแนะนำ และการติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จากนั้นตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความปลอดภัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงเป็นรูปแบบฉบับทดลองใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล นำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยยาเสพติด 54 ราย ผู้ติดสุรา 61 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 54 ราย รวม 169 ราย เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ประเมินความเครียด ความอยากเสพ ความร่วมมือในการรักษา และสุขภาพองค์รวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รวมทั้งประเมินความต่อเนื่องในการรับบริการและความพึงพอใจ

ระยะที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ นำผลการประเมินประสิทธิผล ความพึงพอใจ ปัญหาการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องมาปรับปรุงและจัดทำรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วยผู้รับบริการในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 394 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด 122 ราย ผู้ติดสุรา 164 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 108 ราย รวมทั้งบุคลากรทีมสหวิชาชีพจำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (ผู้ป่วย 169 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด 54 ราย ผู้ติดสุรา 61 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 54 ราย กลุ่มตัวอย่างแต่ละระยะได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับพัฒนารูปแบบ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลบริการ แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ และแบบประเมินรูปแบบสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ครอบคลุมด้านความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความปลอดภัย และการนำไปใช้ประโยชน์ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ พร้อมข้อเสนอแนะปลายเปิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยการนวดไทยบริเวณหน้าผาก คอ ไหล่ สะบัก หลัง ทรวงอก และแขน ครั้งละ 15–20 นาที การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การอบไอน้ำสมุนไพรสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง การใช้รางจืด หญ้าดอกขาว หรือตำรับยาอดยาบ้าตามข้อบ่งใช้ ตลอดจนการให้คำแนะนำและติดตาม

ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีการคัดกรองข้อห้ามและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ทุกครั้ง

3. เครื่องมือเก็บข้อมูลผลลัพธ์ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพ (2) แบบประเมินความเครียด 20 ข้อ คะแนนรวม 0–60 คะแนน (3) แบบประเมินความอยากเสพ ความอยากดื่มสุรา หรือความอยากสูบบุหรี่ด้วยมาตรวัดแบบ VAS คะแนน 0–10 (4) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คะแนนรวม 0–13 คะแนน (5) แบบประเมินสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ 5 ด้าน และ (7) แบบบันทึกความต่อเนื่องในการรับบริการและอาการไม่พึงประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน และความเหมาะสม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.86–1.00 และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนทดลองใช้

เครื่องมือได้รับการทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบประเมินความเครียด แบบประเมินความร่วมมือในการรักษา แบบประเมินสุขภาพองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91, 0.86, 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ ส่วนมาตรวัดความอยากเสพแบบ VAS มีค่าความเที่ยงจากการวัดซ้ำเท่ากับ 0.88 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

คู่มือรูปแบบบริการได้รับการประเมินด้านความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความปลอดภัย และการนำไปใช้ประโยชน์โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกัน ก่อนปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คุณภาพของรูปแบบ ความพึงพอใจ ความต่อเนื่องในการรับบริการ และอาการไม่พึงประสงค์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

เปรียบเทียบคะแนนความเครียด ความอยากเสพ ความร่วมมือในการรักษา และสุขภาพองค์รวมก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test ภายหลังตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล และรายงานขนาดอิทธิพลด้วย Cohen’s d กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ SSJ.UB 01.004 เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2569 ผู้เข้าร่วมได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงก่อนลงนามยินยอม สามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลได้รับการปกปิดตัวตนและนำเสนอในภาพรวม พร้อมทั้งมีการคัดกรองข้อห้ามและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ตลอดการศึกษา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสถานการณ์และความต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูลบริการ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 15 คน และการสนทนากลุ่มทีมสหวิชาชีพ 12 คน พบประเด็นสำคัญดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ

ประเด็น	สภาพปัญหา	ความต้องการพัฒนา
แนวทางบริการ	ขั้นตอนบริการยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน	คู่มือและขั้นตอนบริการที่ชัดเจน
การคัดกรอง	การคัดกรองข้อห้ามและความเสี่ยงยังไม่เป็นระบบ	แบบคัดกรองและเกณฑ์ส่งต่อ
การดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยมีความเครียด ความอยากเสพ และมาตามนัดไม่ต่อเนื่อง	บริการที่ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม
การใช้สมุนไพร	แนวทางเลือกใช้และติดตามผลยังไม่ชัดเจน	แนวทางใช้สมุนไพรตามข้อบ่งใช้
การประสานงาน	การติดตามระหว่างวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง	ระบบติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
การประเมินผล	แบบบันทึกกระจัดกระจายและซ้ำซ้อน	แบบบันทึกและตัวชี้วัดชุดเดียวกัน

จากตารางที่ 1 พบว่าผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการที่มีมาตรฐาน เชื่อมโยงการแพทย์แผนไทยกับทีมสหวิชาชีพ และมีระบบติดตามผลที่ชัดเจน

ผลการพัฒนารูปแบบบริการ

รูปแบบฉบับร่างประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย การวางแผนบริการรายบุคคล การให้หัตถการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพรตามข้อบ่งใช้ การให้คำแนะนำและติดตาม และการประเมินผลกับส่งต่อ

ผลการทดลองนำร่อง

นำรูปแบบไปทดลองกับผู้ป่วย 30 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ กลุ่มละ 10 ราย พบว่ารูปแบบสามารถดำเนินการได้จริงและไม่พบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง ปัญหาที่พบ ได้แก่ ตารางนัดไม่ยืดหยุ่น แบบบันทึกซ้ำซ้อน และคำแนะนำการใช้สมุนไพรไม่ชัดเจน จึงปรับปรุงก่อนนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริง

ผลการประเมินประสิทธิผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 169 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยยาเสพติด 54 ราย ผู้ติดสุรา 61 ราย และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ 54 ราย พบว่ากลุ่มผู้ติดสุรามีสัดส่วนสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=169)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ Mean ± SD	หลังใช้รูปแบบ Mean ± SD	การเปลี่ยนแปลง	t	Cohen's *d*	p-value
ความเครียด	31.24 ± 6.87	18.63 ± 5.94	−12.61	19.84	1.53	<0.001
ความอยากเสพ/อยากดื่ม/อยากสูบบุหรี่	7.48 ± 1.42	3.26 ± 1.31	−4.22	24.17	1.86	<0.001
ความร่วมมือในการรักษา	6.92 ± 1.88	11.08 ± 1.37	+4.16	21.36	1.64	<0.001
สุขภาพองค์รวม	2.94 ± 0.41	4.21 ± 0.36	+1.27	46.72	3.59	<0.001

จากตารางที่ 2 ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนความเครียดและความอยากเสพลดลง ส่วนความร่วมมือในการรักษาและสุขภาพองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทุกผลลัพธ์มีขนาดอิทธิพลระดับสูง

ผลการประเมินความพึงพอใจ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 169 คนมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 4.57±0.38 คะแนน) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก โดยด้านการดูแลของบุคลากรมีคะแนนสูงที่สุด (4.68±0.32 คะแนน) รองลงมาคือคุณภาพการให้บริการ (4.62±0.35 คะแนน) ผลลัพธ์ที่ได้รับ (4.55±0.36 คะแนน) และความเหมาะสมของรูปแบบ (4.51±0.38 คะแนน) ส่วนความสะดวกในการรับบริการมีคะแนนต่ำที่สุด (4.49±0.41 คะแนน)

ผลการปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ตารางที่ 3 ปัญหาที่พบและการปรับปรุงรูปแบบ

ประเด็นที่พบ	การปรับปรุง
ตารางบริการไม่ยืดหยุ่น	ปรับช่วงเวลานัดหมายตามความพร้อมของผู้ป่วย
แบบบันทึกซ้ำซ้อน	รวมแบบบันทึกเป็นชุดเดียว
คำแนะนำการใช้สมุนไพรไม่ชัดเจน	จัดทำเอกสารแนะนำและกำหนดข้อบ่งใช้
การคัดกรองข้อห้ามไม่ครอบคลุม	เพิ่มแบบคัดกรองก่อนรับหัตถการ
การติดตามไม่ต่อเนื่อง	กำหนดผู้รับผิดชอบติดตามรายบุคคล
เกณฑ์ส่งต่อไม่ชัดเจน	จัดทำเกณฑ์ส่งต่อและแนวทางประสานทีมสหวิชาชีพ

จากตารางที่ 3 ผลการพัฒนาแสดงว่ารูปแบบมีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ และภายหลังใช้รูปแบบผู้ป่วยมีผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น พร้อมทั้งมีความต่อเนื่องในการรับบริการและความพึงพอใจระดับสูงมาก

สรุปผล

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วยการคัดกรองและประเมินผู้ป่วย การวางแผนบริการรายบุคคล การให้หัตถการและสมุนไพรตามข้อบ่งใช้ การให้คำแนะนำ การติดตามร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการประเมินผลกับส่งต่อ รูปแบบมีความถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย และสามารถนำไปใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนได้

ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดและความอยากเสพลดลง ขณะที่ความร่วมมือในการรักษาและสุขภาพองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยร้อยละ 88.8 เข้ารับบริการอย่างน้อย 4 ครั้ง และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.57±0.38) แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ ได้รับการยอมรับ และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาด้วยกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก เนื่องจากพัฒนาจากปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ร่วมกับความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพและการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ กระบวนการทดลองนำร่องและปรับปรุงรูปแบบช่วยให้ขั้นตอนบริการมีความชัดเจน ปลอดภัย และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลจากการนวดไทย การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และการอบไอน้ำสมุนไพร ซึ่งช่วยส่งเสริมการผ่อนคลายและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าการนวดไทยและการอบไอน้ำสมุนไพรช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสมดุลของร่างกายและจิตใจ[5,6]

คะแนนความอยากเสพ ความอยากดื่มสุรา และความอยากสูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ อาจเกี่ยวข้องกับการดูแลที่ผสมผสานหัตถการแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพรตามข้อบ่งใช้ การให้คำแนะนำ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง หลักฐานเดิมสนับสนุนคุณสมบัติและความปลอดภัยของรางจืด รวมทั้งประสิทธิผลของหญ้าดอกขาวในการช่วยเลิกบุหรี่[6,9,11] อย่างไรก็ตาม ผลที่พบควรพิจารณาร่วมกับการรักษาหลักและการติดตามของทีมสหวิชาชีพ ไม่ควรสรุปว่าเกิดจากสมุนไพรหรือหัตถการชนิดใดเพียงอย่างเดียว

ความร่วมมือในการรักษาและความต่อเนื่องในการรับบริการเพิ่มขึ้น สะท้อนว่ารูปแบบสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลดอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ การบรรเทาความไม่สุขสบายทางร่างกายและจิตใจอาจช่วยเพิ่มความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente[12] และหลักฐานที่แสดงว่าการติดตามกับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องสามารถสนับสนุนการลดการใช้สารและการเลิกบุหรี่ได้[12,13,14,]

คะแนนสุขภาพองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากรูปแบบครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม[9,10] และแนวคิดชีว–จิต–สังคมที่อธิบายว่าพฤติกรรมการเสพติดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม[13] การจัดบริการแบบบูรณาการจึงมีความเหมาะสมมากกว่าการมุ่งแก้ไขอาการเพียงด้านเดียว ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก โดยด้านการดูแลของบุคลากรมีคะแนนสูงที่สุด แสดงถึงการยอมรับรูปแบบและความเชื่อมั่นต่อผู้ให้บริการ ส่วนด้านความสะดวกมีคะแนนต่ำที่สุด แม้ยังอยู่ในระดับสูงมาก จึงควรพัฒนาระบบนัดหมายและการเข้าถึงบริการให้ยืดหยุ่นยิ่งขึ้น การติดตามร่วมกับครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพอาจช่วยเสริมความต่อเนื่องและลดการกลับไปใช้สารซ้ำได้[15]

อย่างไรก็ตาม การประเมินประสิทธิผลใช้แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง จึงอาจได้รับอิทธิพลจากการรักษาหลัก ระยะเวลา หรือปัจจัยแวดล้อม และยังไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้อย่างสมบูรณ์[14,16-20] นอกจากนี้ ระยะติดตามยังสั้น จึงควรศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพิ่มระยะติดตาม และประเมินการคงอยู่ของผลลัพธ์กับการกลับไปใช้สารซ้ำในระยะยาวต่อไป.

ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการไปประยุกต์ใช้และขยายผลในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดของหน่วยบริการอื่น เพื่อเพิ่มทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

2) ควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยระยะยาวและบูรณาการการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการคงอยู่ของผลการรักษาและลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

3) ควรศึกษาวิจัยในอนาคตโดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและมีการติดตามผลระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการเพื่อการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี” สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลดอนมดแดง ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนบุคลากรคลินิกจิตเวชและยาเสพติด แพทย์แผนไทย และทีมสหวิชาชีพทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มิได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ติดสุรา และผู้ต้องการเลิกบุหรี่ เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ บุคลากรทางสาธารณสุข และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2019.
2. World Health Organization.(2022). World drug report and global health estimates. Geneva: WHO; 2022.
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.(2566). รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ป.ป.ส.; 2566.
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2565). รายงานสถานการณ์การสูบบุหรี่และผลกระทบสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สสส.; 2565.
5. Chaitep N, Wattanapailin S.(2020). Effects of Thai traditional massage on stress reduction. J Thai Tradit Altern Med. 2020;18(2):45–56.
6. Phumthum M, et al.(2021). Herbal steam therapy and autonomic nervous system regulation. J Ethnopharmacol. 2021;270:113–120.
7. Ngamwongwan S.(2017). Clinical safety and detoxification effects of Thunbergia laurifolia. Thai J Herbal Med. 2017;12(1):23–31.
8. Sripaiboonkij N, Boonyaprapa S.(2016). Effectiveness of Vernonia cinerea in smoking cessation. J Thai Tradit Altern Med. 2016;14(3):102–110.
9. Dossey BM, Keegan L.(2016). Holistic nursing: A handbook for practice. 7th ed. Burlington: Jones & Bartlett; 2016.
10. Snyder M, Lindquist R.(2014). Complementary and alternative therapies in nursing. 8th ed. New York: Springer; 2014.
11. Engel GL.(1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–136.
12. Prochaska JO, DiClemente CC.(1983). Stages and processes of self-change of smoking. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390–395.
13. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM.(2004). The biopsychosocial model 25 years later. Ann Fam Med. 2004;2(6):576–582.
14. Polit DF, Beck CT.(2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
15. World Health Organization.(2010). Community-based rehabilitation guidelines. Geneva: WHO; 2010.
16. Puttarak P, Pornpanyanukul P, Meetam T, Bunditanukul K, Chaiyakunapruk N.(2018). Efficacy and safety of Vernonia cinerea (L.) Less. for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2018;37:37-42.

17. Khoramdad M, Vahedian-Azimi A, Karimi L, Rahimi-Bashar F, Amini H, Sahebkar A.(2023). Role of herbal medication in tobacco cessation treatment: a systematic review and meta-analysis. Addict Health. 2023;15(3):1-15.
18. วีระชัย ตันศิริ.(2557). การเปรียบเทียบประสิทธิผลของหญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea (L.) Less.) กับบูโพรพิออนในการเลิกบุหรี่. วารสารการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. 2557;2(1):1-15.
19. วีระชัย ตันศิริ.(2558). การศึกษานำร่องประสิทธิผลของหญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea (L.) Less.) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ในการเลิกบุหรี่. วารสารการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. 2558;3(1-2):1-11.
20. ศรีมรกต ผ่องใจ, ใจหนุน จิราภรณ์, สนามทอง ปัทมา, หงษ์ทอง ยุพิน, แสวงดี ปราโมทย์, อัครวัชรางกูร วัลลภ.(2556). ประสิทธิภาพของการช่วยเลิกบุหรี่โดยพยาบาลในประเทศไทย. วารสารพยาบาล. 2556;62(1):32-43.

การศึกษากิจกรรมการเรียนรู้ VRU Got Talent ต่อทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนของนักศึกษาในรายวิชา VGE116

A Study of the VRU Got Talent Learning Activity on Critical Thinking Skills and Sustainable Development Awareness among Students in the VGE116 Course.

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[1] ธีรพงษ์ น้อยบุญญะ[1]
Woraporn Silacharoentanakit[1] Teerapong Noiboonya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ เปรียบเทียบความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและเปรียบเทียบความคิดเห็นของนักศึกษาต่อกิจกรรม VRU Got Talent ในรายวิชา VGE116 ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วยข้อมูลก่อนการจัดกิจกรรม ที่ผ่านการตรวจสอบความครบถ้วนจำนวน 464 ชุด และข้อมูลหลังการจัดกิจกรรมจำนวน 464 ชุด เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วยแบบทดสอบทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์แบบปรนัยเชิงสถานการณ์จำนวน 10 ข้อ แบบวัดความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนจำนวน 10 ข้อ และแบบวัดความคิดเห็นต่อกิจกรรม VRU Got Talent จำนวน 10 ข้อ โดยแบบวัด สองส่วนหลังใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ เครื่องมือได้รับ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทุกข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 คะแนน ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม มาจากนักศึกษากลุ่มเดียวกันและสามารถจับคู่รายบุคคลได้ จึงวิเคราะห์ด้วย Paired-samples t-test ส่วนความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและความคิดเห็นต่อกิจกรรมไม่สามารถจับคู่ ผู้ตอบรายบุคคลได้ จึงวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent-samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ก่อนการจัดกิจกรรมเท่ากับ 6.20 คะแนน (SD=2.63) และหลังการจัดกิจกรรมเท่ากับ 7.23 คะแนน (SD=2.39) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เพิ่มขึ้น 1.03 คะแนน โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(463)=-6.908$, $p<.001$) สำหรับความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืน พบว่าก่อนการจัดกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.21 (SD=0.67) และหลังการจัดกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.29 (SD=0.67) โดยความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(926)=-1.718$, $p=.086$) ส่วนความคิดเห็นต่อกิจกรรม VRU Got Talent มีค่าเฉลี่ย ก่อนการ จัดกิจกรรม 4.20 (SD=0.73) และหลังการจัดกิจกรรม 4.24 (SD=0.74) ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกัน ($t(926)=-0.863$, $p=.388$) โดยภาพรวม นักศึกษามีความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและความคิดเห็นต่อกิจกรรมอยู่ในระดับสูง ทั้งก่อนและหลังการจัดกิจกรรม ส่วนคะแนนทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์หลังการจัดกิจกรรมสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: VRU Got Talent, ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์, การพัฒนาอย่างยั่งยืน, การเรียนรู้เชิงรุก, การศึกษาทั่วไป

Abstract

This study examined students' critical thinking skills and compared their sustainable development awareness and opinions toward the VRU Got Talent learning activity in the VGE116 course before and after the activity. The analyses were based on 464 valid pre-activity records and 464 post-activity records. The research instruments consisted of a 10-item scenario-based multiple-choice critical thinking test, a 10-item sustainable development awareness scale, and a 10-item scale measuring students' opinions toward the VRU Got Talent activity. The latter two instruments used five-point rating scales. Content validity was assessed by three experts, and all items obtained an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 1.00. Critical thinking scores could be matched at the individual level and were analyzed using a paired-samples t-test; sustainable development

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

awareness and opinion scores could not be matched at the individual level and were analyzed using means, standard deviations, and independent-samples t-tests.

The results showed that the mean critical thinking score increased significantly from 6.20 (SD=2.63) before the activity to 7.23 (SD=2.39) after the activity, out of a possible score of 10, representing an increase of 1.03 points, t(463)=-6.908, p<.001. The mean sustainable development awareness score was 4.21 (SD=0.67) before and 4.29 (SD=0.67) after the activity. The difference was not statistically significant, t(926)=-1.718, p=.086. Students' opinions toward the VRU Got Talent activity averaged 4.20 (SD=0.73) before and 4.24 (SD=0.74) after the activity, with no statistically significant difference, t(926)=-0.863, p=.388. Overall, students demonstrated high levels of sustainable development awareness and favorable opinions toward the activity across both measurement periods, and critical thinking scores improved significantly after the activity.

Keywords: VRU Got Talent, Critical Thinking, Sustainable Development, Active Learning, General Education

บทนำ

การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเพียง การถ่ายทอดความรู้ในเนื้อหารายวิชา แต่ให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้เรียน ในการนำความรู้ไปใช้วิเคราะห์สถานการณ์ ตัดสินใจ แก้ปัญหา และปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์จึงเป็นทักษะที่ควรได้รับการพัฒนาควบคู่กับความรู้ทางวิชาการ โดยเฉพาะในรายวิชาศึกษาทั่วไป ซึ่งมีบทบาทในการเตรียมผู้เรียนให้สามารถเชื่อมโยงความรู้กับชีวิต สังคม และประเด็นร่วมสมัยได้ การจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) เป็นแนวทางหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียน มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ มากกว่าการรับฟังเนื้อหาจากผู้สอนเพียงฝ่ายเดียว ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ลงมือปฏิบัติ และทบทวนประสบการณ์ของตนเอง วารินท์พร ฟันเฟื่องฟู[1] อธิบายว่าการจัดการเรียนรู้เชิงรุกช่วยให้ผู้เรียน มีบทบาทในกระบวนการเรียนรู้และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้มากขึ้น ขณะที่การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการจัดการเรียนรู้เชิงรุกสามารถนำมาใช้ เพื่อส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาได้[2] สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานของ Freeman et al. ซึ่งพบว่าการเรียนรู้เชิงรุกสัมพันธ์กับผลการเรียนรู้ ของผู้เรียนที่ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการสอนแบบบรรยายในหลายสาขาวิชา[3]

ในด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ งานวิจัยของ Kim et al.[4] พบว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม สามารถสนับสนุนการพัฒนาการคิดอย่างมีเหตุผลและการประเมินข้อมูล ส่วน Styers et al.[5] รายงานผลในทิศทางเดียวกันจากการจัดการเรียนรู้เชิงรุกในรายวิชาวิทยาศาสตร์ แนวคิดดังกล่าวสนับสนุน การออกแบบกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนต้องเผชิญกับสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล เลือกแนวทาง และอธิบายเหตุผลของตนเอง

ขณะเดียวกัน การพัฒนาอย่างยั่งยืนเป็นอีกประเด็น ที่สถาบันอุดมศึกษาให้ความสำคัญ UNESCO[6] เสนอว่า การศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนควรช่วยให้ผู้เรียนมีทั้งความรู้ ทักษะ ค่านิยม และทัศนคติที่เอื้อต่อการตัดสินใจอย่างรับผิดชอบต่อสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ขณะที่ Wiek et al.[7] เสนอกรอบสมรรถนะด้านความยั่งยืนซึ่งครอบคลุมการคิดเชิงระบบ การคาดการณ์ การวางกลยุทธ์ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ ในบริบทของมหาวิทยาลัยไทย โมทนา สิทธิพิทักษ์ และคณะ ยังพบว่าการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในมหาวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนมหาวิทยาลัยไปสู่ความยั่งยืน[8]

รายวิชา VGE116 การเปลี่ยนวิถีใหม่เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน จึงออกแบบกิจกรรม VRU Got Talent ให้ผู้เรียนเรียนรู้ผ่านการทำงานร่วมกัน การ

ค้นคว้าข้อมูล การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและประเด็นที่เกี่ยวข้อง การสร้างสรรค์วิธีนำเสนอ การฝึกซ้อม การนำเสนอผลงาน และการทบทวนประสบการณ์หลังการทำกิจกรรม กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้เรียน ไม่ได้เรียนรู้เฉพาะเนื้อหา แต่ต้องใช้การตัดสินใจ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการเชื่อมโยงประเด็น ที่ศึกษา เข้ากับการพัฒนาอย่างยั่งยืน ความคิดเห็นของผู้เรียนต่อกิจกรรมจึงเป็นข้อมูลอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ ผู้สอนพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอัปสร อินทิแสง และคณะ ที่ศึกษาพฤติกรรมและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบเชิงรุก[9]

การศึกษาครั้งนี้จึงนำข้อมูลก่อนและหลังการจัดกิจกรรม VRU Got Talent มาวิเคราะห์ เพื่อศึกษาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืน และความคิดเห็นของนักศึกษาต่อกิจกรรม ข้อมูลที่ได้สามารถใช้ประกอบการปรับปรุงการจัดกิจกรรมในรายวิชา VGE116 และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการเรียนรู้เชิงรุกในรายวิชาศึกษาทั่วไปต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษา ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม VRU Got Talent
2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนของนักศึกษา ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม VRU Got Talent
3. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของนักศึกษาต่อกิจกรรม VRU Got Talent ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการจัดกิจกรรม VRU Got Talent ในรายวิชา VGE116 การเปลี่ยนแปลงวิถีใหม่เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการจัดกิจกรรม หลังจากตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลแล้ว มีข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ก่อนการจัดกิจกรรมจำนวน 464 ชุด และหลังการจัดกิจกรรมจำนวน 464 ชุด เครื่องมือประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบทดสอบทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามปรนัยเชิงสถานการณ์ คะแนนเต็ม 10 คะแนน แบบวัดความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนจำนวน 10 ข้อ และแบบวัดความคิดเห็นต่อกิจกรรม VRU Got Talent จำนวน 10 ข้อ แบบวัดสองส่วนหลังเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาคริต ศรีทอง (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์อาทิมา แป้นธัญญานนท์ และ (3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจภา ไกรทอง ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทั้ง 30 ข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ จึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัดความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและแบบวัดความคิดเห็นต่อกิจกรรมด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 - .94 และ .96 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก การแปลผลค่าเฉลี่ยของแบบมาตรประมาณค่าแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.21-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด 3.41- 4.20 หมายถึงระดับมาก 2.61 - 3.40 หมายถึงระดับปานกลาง 1.81 - 2.60 หมายถึงระดับน้อย และ 1.00 - 1.80 หมายถึงระดับน้อยที่สุด คะแนนทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเป็นข้อมูลของนักศึกษากลุ่มเดียวกันและสามารถจับคู่รายบุคคลได้ จึงวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired-samples t-test ส่วนความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและความคิดเห็นต่อกิจกรรมวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent-samples t-test เนื่องจากชุดข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ตัวแปร ทั้งสองส่วนดังกล่าว ไม่มี

รหัสที่สามารถใช้จับคู่ผู้ตอบก่อนและหลัง เป็นรายบุคคลได้อย่างเชื่อถือได้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือพบว่า แบบทดสอบทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ แบบวัดความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืน และแบบวัดความคิดเห็นต่อกิจกรรม มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ทุกข้อ

ผู้วิจัยคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและแบบวัดความคิดเห็นต่อกิจกรรม ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) จากข้อมูลที่เก็บได้จริงทั้งก่อนและหลังการจัดกิจกรรม พบว่าแบบวัดความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 (ก่อนกิจกรรม) และ .94 (หลังกิจกรรม) ส่วนแบบวัดความคิดเห็นต่อกิจกรรมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 (ก่อนกิจกรรม) และ .96 (หลังกิจกรรม) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมากทั้งสองฉบับ (Cronbach's alpha > .90) สำหรับแบบทดสอบทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ซึ่งเป็นแบบทดสอบปรนัยให้คะแนนถูก-ผิด ไม่ได้รายงานค่าความเชื่อมั่นแบบแอลฟาในการศึกษานี้

ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์

ข้อมูลประกอบด้วยคะแนนก่อนและหลังของนักศึกษากลุ่มเดียวกันจำนวน 464 ราย ซึ่งจับคู่รายบุคคลได้ จึงวิเคราะห์ด้วย Paired-samples t-test

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเท่ากับ .182 (p<.001) ผลการทดสอบ Paired-samples t-test

คะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์หลังการจัดกิจกรรม (7.23) สูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรม (6.20) อยู่ 1.03 คะแนน โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t(463)=-6.908, p<.001) แสดงว่าคะแนนทักษะการคิด เชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาหลังการจัดกิจกรรม VRU Got Talent สูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ก่อนการจัดกิจกรรม นักศึกษามีความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนเฉลี่ย 4.21 อยู่ในระดับมากที่สุด และหลังการจัดกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.29 อยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน แม้ว่าค่าเฉลี่ยหลังการจัดกิจกรรมจะสูงขึ้น 0.08 คะแนน แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t(926)=-1.718, p=.086)

ความคิดเห็นต่อกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยก่อนการจัดกิจกรรม 4.20 อยู่ในระดับมาก และหลังการจัดกิจกรรม 4.24 อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t(926)=-0.863, p=.388)

สรุปและอภิปรายผล

คะแนนทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์เฉลี่ยเพิ่มจาก 6.20 เป็น 7.23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 1.03 คะแนน โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(463)=-6.908, p<.001) แสดงว่าคะแนนทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาหลังการจัดกิจกรรมสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการออกแบบแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest) โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างเต็มที่ว่ากิจกรรม VRU Got Talent เป็นสาเหตุเพียงประการเดียวของการเปลี่ยนแปลงที่พบ เพราะอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความคุ้นเคยกับรูปแบบข้อสอบ (test familiarity/practice effect) หรือพัฒนาการตามช่วงเวลาเรียนในรายวิชา ทั้งนี้ ลักษณะของกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนค้นคว้า วิเคราะห์ข้อมูล ทำงานร่วมกัน ตัดสินใจ และนำเสนอผลงาน มีความสอดคล้องกับแนวทางการเรียนรู้เชิงรุกที่ให้ผู้เรียนมีบทบาทในการสร้างการเรียนรู้ด้วยตนเอง[1] และสอดคล้องกับงานที่นำ Active Learning มาใช้

เพื่อสนับสนุนการคิดเชิงวิเคราะห์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ[4] ซึ่งให้ผลไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาครั้งนี้ ความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งก่อนและหลังการจัดกิจกรรม โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 4.21 เป็น 4.29 แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวแสดงว่านักศึกษามีระดับความตระหนักค่อนข้างสูงอยู่แล้วก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และยังคงอยู่ในระดับสูงหลังการจัดกิจกรรม ลักษณะการเรียนรู้ในรายวิชาที่เชื่อมโยงประเด็นด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับแนวทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของ UNESCO[6] รวมถึงกรอบสมรรถนะด้านความยั่งยืนของ Wiek et al.[7] การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในมหาวิทยาลัยยังเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนมหาวิทยาลัยสู่ความยั่งยืน[8]

สำหรับความคิดเห็นต่อกิจกรรม VRU Got Talent นักศึกษามีค่าเฉลี่ยในระดับสูงทั้งสองช่วง โดยเพิ่มจาก 4.20 เป็น 4.24 และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่คะแนนก่อนกิจกรรมอยู่ในระดับสูงอยู่แล้วอาจทำให้การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยหลังการจัดกิจกรรมมีขนาดไม่มาก ผลในส่วนนี้สอดคล้องในภาพรวมกับการศึกษาของอัปสร อินทิแสง และคณะ[9] ซึ่งรายงานพฤติกรรมและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning ในระดับที่ดี

เมื่อพิจารณาผลทั้งหมดร่วมกัน การจัดกิจกรรม VRU Got Talent สามารถใช้เป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการเรียนรู้เชิงรุกในรายวิชาศึกษาทั่วไปได้ นักศึกษามีความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและความคิดเห็นต่อกิจกรรมในระดับสูงและคะแนนเฉลี่ยด้านการคิดเชิงวิเคราะห์หลังการจัดกิจกรรมสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงยังไม่เพียงพอสำหรับการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลอย่างสมบูรณ์ จึงควรใช้ผลที่ได้ เป็นข้อมูลประกอบการปรับปรุงกิจกรรมและออกแบบการศึกษาครั้งต่อไปให้ มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการติดตามผลที่ละเอียดขึ้น

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังการจัดกิจกรรม VRU Got Talent คะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์เพิ่มจาก 6.20 เป็น 7.23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 1.03 คะแนน โดยความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(463)=-6.908$, $p<.001$) ความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 4.21 เป็น 4.29 แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.086$) ส่วนความคิดเห็นต่อกิจกรรมเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 4.20 เป็น 4.24 และไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.388$) นักศึกษาจึงมีความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและความคิดเห็นต่อกิจกรรมในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการจัดกิจกรรม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณาในการแปลผล โดยข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและความคิดเห็นต่อกิจกรรมไม่สามารถจับคู่ผู้ตอบก่อนและหลังเป็นรายบุคคลได้อย่างเชื่อถือได้ จึงใช้ Independent-samples t-test แทนการวิเคราะห์แบบจับคู่สำหรับตัวแปรทั้งสองนี้เท่านั้น (คะแนนทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์สามารถจับคู่รายบุคคลได้และวิเคราะห์ด้วย Paired-samples t-test ดังที่รายงานไว้ข้างต้น) อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้รายงานทั้งค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ของแบบวัดความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและแบบวัดความคิดเห็นต่อกิจกรรมแล้ว แต่ยังไม่ได้รายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการออกแบบแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one-group pretest-posttest) โดยไม่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน

อื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อคะแนนทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ เช่น ความคุ้นเคยกับแบบทดสอบหรือพัฒนาการตามช่วงเวลา จึงควรนำข้อจำกัดเหล่านี้มาประกอบการพิจารณาผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปควรยึดองค์ประกอบที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้วิเคราะห์สถานการณ์ ทำงานร่วมกัน สร้างผลงาน และสะท้อนการเรียนรู้ แต่ควรเพิ่มกิจกรรมที่กำหนดให้ผู้เรียนแสดงเหตุผล เปรียบเทียบทางเลือก และอธิบายหลักฐานที่ใช้ประกอบการตัดสินใจให้ชัดเจนขึ้น สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรกำหนดรหัสประจำตัวที่ไม่เปิดเผยตัวตนสำหรับแบบวัดความตระหนักด้านการพัฒนาอย่างยั่งยืนและความคิดเห็นต่อกิจกรรม เพื่อให้สามารถจับคู่ข้อมูลก่อนและหลังได้อย่างถูกต้องเช่นเดียวกับตัวแปรทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ ตรวจสอบและรายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์เพิ่มเติม และควรมีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อช่วยแยกผลของกิจกรรมออกจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่น เพื่อให้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Generative AI) ช่วยในการปรับปรุงรูปแบบการเขียนต้นฉบับและตรวจสอบความถูกต้องของรายการอ้างอิงกับแหล่งต้นฉบับ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบแก้ไข และรับผิดชอบความถูกต้องของเนื้อหา ข้อมูล การวิเคราะห์ และผลการวิจัยทั้งหมดในบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วารินท์พร ฟันเฟื่องฟู. (2562). การจัดการเรียนรู้ Active Learning ให้สำเร็จ. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์, 9(1), 135-145.
2. วันวิสา แย้มกระจ่าง, และเบญจพร บุญสยมภู. (2568). ผลการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่มีต่อการคิดวิเคราะห์และผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาพลเมืองไทยในสังคมพลวัต. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, 14(1), 49-60.
3. Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, MK., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. Proceedings of the National Academy of Sciences, 111(23), 8410-8415. https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111
4. Kim, K., Sharma, P., Land, S. M., & Furlong, K. P. (2013). Effects of active learning on enhancing student critical thinking in an undergraduate general science course. Innovative Higher Education, 38(3), 223-235. https://doi.org/10.1007/s10755-012-9236-x
5. Styers, M. L., Van Zandt, P. A., & Hayden, K. L. (2018). Active learning in flipped life science courses promotes development of critical thinking skills. CBE—Life Sciences Education, 17(3), ar39. https://doi.org/10.1187/cbe.16-11-0332
6. UNESCO. (2017). Education for Sustainable Development Goals: Learning Objectives. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247444
7. Wiek, A., Withycombe, L., & Redman, C. L. (2011). Key competencies in sustainability: A reference framework for academic program development. Sustainability Science, 6(2), 203-218. https://doi.org/10.1007/s11625-011-0132-6
8. โมทนา สิทธิพิทักษ์, สิริฉันท์ สถิรกุล เตชพาหพงษ์, และพันธ์ศักดิ์ พลสารัมย์. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จของ มหาวิทยาลัยสีเขียวที่ยั่งยืน. วารสารครุศาสตร์, 49(2), EDUCU4902006. https://doi.org/10.14456/educu.2021.27
9. อัปสร อินทิแสง, สมปอง เวฬุวนาธร, ชาญชัย ศุภอรรถกร, วรยุทธ วงศ์นิล, ธวัชชัย สลางสิงห์, และพิมลสินี อุดมพันธ์. (2567). การศึกษาพฤติกรรมและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบเชิงรุก (Active Learning). วารสารวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ศึกษา, 7(2), 374-383. https://doi.org/10.14456/jsse.2024.29

ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 7

THE EFFECT OF A CLINICAL SUPERVISION PROGRAM USING DIGITAL TECHNOLOGY ON PAIN MANAGEMENT COMPETENCE OF SURGICAL CRITICAL CARE NURSES IN A TERTIARY HOSPITAL, HEALTH REGION 7

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ชญาพัฒน์ ปุ่นนิน[1] วรรณชนก จันทชุม[2]
Chayaphat Punnin[1] Wanchanok Juntachum[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 7 ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 40 คน โดยเก็บข้อมูลได้ครบทั้งก่อนและหลังการทดลอง 30 คน เครื่องมือในการดำเนินการทดลองเป็น โปรแกรมพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor ประกอบด้วยการนิเทศตามมาตรฐาน การนิเทศตามแบบแผนเพื่อการพัฒนา และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ บูรณาการร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัล ได้แก่ สื่อการเรียนรู้ผ่าน Google Classroom แบบทดสอบความรู้ออนไลน์ Kahoot! การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง (case scenario) และการติดตามผ่าน Line Group ดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการความปวด 32 ข้อ เครื่องมือในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และแบบประเมินสมรรถนะการจัดการความปวด มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .943 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ Paired-samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 142.00 คะแนน (S.D. = 10.86) เป็น 156.47 คะแนน (S.D. = 2.75) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างเฉลี่ย 14.47 คะแนน, $t(29) = 8.079$, $p < .001$) และมีขนาดอิทธิพล Cohen's dz เท่ากับ 1.48 ซึ่งจัดอยู่ในระดับ very large

คำสำคัญ: การนิเทศทางคลินิก เทคโนโลยีดิจิทัล สมรรถนะการจัดการความปวด พยาบาลวิกฤตศัลยกรรม

Abstract

This study aimed to examine the effects of a clinical supervision program using digital technology on pain management competency among surgical critical care nurses. This research employed a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. Purposive sampling was used to recruit nurses who met the inclusion criteria and worked in the surgical critical care units of a tertiary-level hospital in Health Region 7. Of the 40 eligible nurses enrolled, complete pre- and post-intervention data were obtained from 30 participants. The instrument used to conduct the experiment was a program developed based on Proctor's (2001) model of clinical supervision, comprising normative, formative, and restorative clinical supervision, integrated with digital technology including learning materials via Google Classroom, the online knowledge assessment tool Kahoot!, case scenario simulation practice, and continuous follow-up via a Line

[1] ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] รองศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์สาขาวิชาการศึกษา วิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Group. The program was implemented over a 5-week period. Data were collected using a 32-item pain management competency questionnaire. Both the intervention program and the data collection instrument were reviewed for content validity by five experts, and the pain management competency questionnaire had a Cronbach's alpha reliability coefficient of .943. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired-samples t-test.

The findings revealed that after receiving the program, participants' overall pain management competency scores increased significantly from 142.00 (S.D. = 10.86) to 156.47 (S.D. = 2.75) (mean difference = 14.47, t(29) = 8.079, p < .001), with a Cohen's dz of 1.48, indicating a very large effect size.

Keywords: clinical supervision, digital technology, pain management competency, surgical critical care nurses

บทนำ

องค์การอนามัยโลก[1]กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ ประเทศไทยได้นำกรอบแนวคิด Six Building Blocks มาพัฒนาแผนบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ[2]ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ได้รับการทำหัตถการและการพยาบาลที่ก่อให้เกิดความปวด ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ทั่วโลกโดยมีความชุกร้อยละ 20 และอุบัติการณ์ร้อยละ 10 ขณะที่อาการปวดเฉียบพลันพบได้มากถึงร้อยละ 84 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทางการแพทย์ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 75 รายงานความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงในระยะหลังผ่าตัดทันที ความปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมจึงเป็นภาระสำคัญทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ[3]

การจัดการความปวดได้รับการยอมรับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญในระดับสากล องค์การอนามัยโลกถือว่าความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5[4] และ JCAHO กำหนดให้ต้องประเมินความปวดของผู้ป่วยทุกรายและประเมินซ้ำเมื่อมีข้อบ่งชี้[5] สำหรับประเทศไทย สภาการพยาบาลได้ประกาศให้การควบคุมความปวดเป็นมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ขององค์กรพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และพัฒนาเป็นตัวชี้วัดการรับรองคุณภาพองค์กรพยาบาลในปี พ.ศ. 2551 [2] และ ในปี พ.ศ. 2552 สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย[6] ได้พัฒนาแนวทางการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินระดับความปวด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการระงับปวด การให้การระงับปวดเฉียบพลัน การประเมินความปวดหลังให้การรักษา การประเมินภาวะแทรกซ้อน การรักษาอาการแทรกซ้อน และการประเมินซ้ำและบันทึกผลการประเมิน ซึ่งใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักด้านสมรรถนะการจัดการความปวดในการศึกษาครั้งนี้ ร่วมกับกรอบแนวคิดทางคลินิกด้านการจัดการความปวดของ Fishman et al.[4]

แม้พยาบาลวิชาชีพจะมีบทบาทหลักในการจัดการความปวดเนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง แต่การทบทวนวรรณกรรมพบข้อจำกัดในบางองค์ประกอบของสมรรถนะอยู่เสมอ นิพาดา ลัทธิธรรม และคณะ ศึกษาสมรรถนะการจัดการความปวดโดยใช้กรอบแนวคิดของ Fishman et al.[4] พบว่าสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 3.62, SD = 0.73) แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสบการณ์การปฏิบัติงานในระดับต่ำเท่านั้น (r = 0.24, p < .01) สะท้อนว่าการพัฒนาสมรรถนะไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เช่น การอบรมเฉพาะทางหรือการนิเทศทางคลินิก สอดคล้องกับศรีสุดา งามขำ และคณะ[5] ที่พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยของพยาบาลด้านการประเมินและการจัดการความปวดต่ำกว่าร้อยละ 50 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านนี้มาก่อน

จากช่องว่างของสมรรถนะดังกล่าว การจัดการความปวดจึงไม่อาจอาศัยเพียงการมอบหมายให้พยาบาล

เรียนรู้ด้วยตนเองหรือฝึกอบรมครั้งเดียวแล้วจบไป แต่จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผล ให้ข้อมูลย้อนกลับ และปรับปรุงการปฏิบัติซ้ำจนเกิดความชำนาญ ซึ่งการอบรมแบบครั้งเดียว (one-time training) มักให้ผลลัพธ์ที่ไม่คงทนและไม่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้เรียนแต่ละคนได้ ผู้วิจัยจึงเลือกพัฒนาข้อเสนอนี้ในรูปแบบ "โปรแกรม" ที่มีโครงสร้างของกิจกรรม ระยะเวลา และลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนต่อเนื่องหลายสัปดาห์ แทนการจัดกิจกรรมอบรมเดี่ยว เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ซ้ำ การฝึกฝนทักษะ และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ยั่งยืน

การนิเทศทางคลินิก (clinical supervision) เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในรูปแบบโปรแกรมดังกล่าว โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศสะท้อนกลับและทบทวนการปฏิบัติงานของตนเองอย่างลึกซึ้ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีกรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกหลายรูปแบบ เช่น การนิเทศแบบรายบุคคล รายกลุ่ม และแบบเพื่อนช่วยเพื่อนตามแนวคิดของ Anna Love การโค้ชแบบ GROW model ของ Alexander หรือรูปแบบ KINGBPH และ CLEAR ซึ่งแต่ละแนวคิดมีจุดเน้นแตกต่างกันไป ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Proctor[8] เป็นกรอบหลักในการพัฒนาโปรแกรม เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งมิติการควบคุมคุณภาพ การพัฒนาความรู้ทักษะ และการสนับสนุนด้านจิตใจไว้ในกรอบเดียวกันอย่างสมดุล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) การนิเทศตามแบบแผนเพื่อการพัฒนา (formative clinical supervision) และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะปัญหาสมรรถนะการจัดการความปวดที่พบทั้งด้านความรู้พื้นฐาน ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติงานไปพร้อมกัน อีกทั้งยังเป็นกรอบแนวคิดที่มีงานวิจัยทางการพยาบาลรองรับความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงานที่มีความซับซ้อนและความเสี่ยงสูงอย่างหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมาก่อน[6]

อย่างไรก็ตาม การนิเทศทางคลินิกในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมปัจจุบันเผชิญความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่รวดเร็วและความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น ประกอบกับพยาบาลรุ่นใหม่ที่เป็น Generation Y และ Z ซึ่งเติบโตมากับเทคโนโลยีดิจิทัล คุ้นเคยกับการได้รับข้อมูลป้อนกลับทันที (instant feedback) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (interactive learning) และเนื้อหาสั้นกระชับ (microlearning) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ[7] การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาบูรณาการกับการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนใน 3 มิติที่เชื่อมโยงโดยตรงกับองค์ประกอบทั้งสามของ Proctor ได้แก่ การรักษามาตรฐานผ่านระบบติดตามและควบคุมคุณภาพแบบเรียลไทม์[8] การพัฒนาความรู้ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลที่ตอบสนองรูปแบบการเรียนรู้ของพยาบาลรุ่นใหม่ได้ดีกว่าวิธีดั้งเดิม[9] และการสนับสนุนทางจิตใจผ่านระบบที่เข้าถึงได้ตลอดเวลาเพื่อลดภาวะเครียดและ secondary trauma ที่พบสูงในพยาบาลวิกฤต[12] การบูรณาการทั้งสามมิตินี้ยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ Thailand 4.0 และนโยบาย Digital Health ของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าโรงพยาบาลที่นำระบบนิเทศดิจิทัลมาใช้มีคะแนนความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 18 และลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ร้อยละ 22[14]

จากหลักการดังกล่าว โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการศึกษาครั้งนี้จึงออกแบบให้แต่ละองค์ประกอบของ Proctor เชื่อมโยงโดยตรงกับสมรรถนะการจัดการความปวดแต่ละด้านตามกรอบ 8 ขั้นตอนของสมาคมการศึกษาเรื่องความ

ปวดแห่งประเทศไทย[3] กล่าวคือ การนิเทศตามมาตรฐานผ่านสื่อความรู้และแบบทดสอบมุ่งเสริมสร้างความถูกต้องพื้นฐานในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการบันทึกผลตามมาตรฐาน การนิเทศตามแบบแผนผ่านสถานการณ์จำลองมุ่งพัฒนาทักษะการตัดสินใจในการประเมินระดับความปวดและการเลือกวิธีระงับปวดที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยแต่ละราย และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ผ่านการเยี่ยมตรวจรายบุคคลและช่องทางดิจิทัลมุ่งเสริมความมั่นใจและความต่อเนื่องในการปฏิบัติ โดยเฉพาะในขั้นตอนการติดตามประเมินผลและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ต้องอาศัยการตัดสินใจภายใต้ความกดดัน ความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในลักษณะนี้เป็นฐานสำคัญของสมมติฐานการวิจัยที่ว่าโปรแกรมจะสามารถยกระดับสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมได้ในทุกองค์ประกอบ

งานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนแนวทางนี้ ศริวรรณ วิชาสูง[6] พัฒนาโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกตามกรอบแนวคิดของ Proctor[1] สำหรับพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าคะแนนสมรรถนะหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) พัฒนาแอปพลิเคชันการนิเทศทางคลินิกบนระบบ Android พบว่าช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าหน่วยงานได้ขยายจาก 2 เป็น 6 หอผู้ป่วย รวม 46 เตียง ในปี พ.ศ. 2568 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 2,730 ราย เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดร้อยละ 79.89 ด้านบุคลากรมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานรวม 74 คน โดยเป็นพยาบาลที่มีอายุงานน้อยกว่า 3 ปีถึงร้อยละ 54 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ใน Generation Y และ Z แม้จะคุ้นเคยกับเทคโนโลยีดิจิทัลแต่ยังขาดประสบการณ์เชิงลึกในการประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่มีความซับซ้อนสูง ประกอบกับภาระงานที่หนักทำให้การนิเทศแบบเผชิญหน้า (face-to-face supervision) ดำเนินการได้ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกคน จากการทบทวนบันทึกทางการพยาบาลและการติดตามคุณภาพของหน่วยงานยังพบประเด็นที่ควรพัฒนาหลายด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยไม่เป็นระบบ การประเมินระดับความปวดไม่ต่อเนื่องหรือเลือกใช้เครื่องมือไม่เหมาะสม ความล่าช้าในการให้การระงับปวด การประเมินซ้ำไม่ครบถ้วน และการบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมตามแนวปฏิบัติ ขณะที่หน่วยงานยังไม่มีหลักสูตรหรือรูปแบบการนิเทศทางคลินิกด้านการจัดการความปวดที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องโดยเฉพาะ จากช่องว่างของวรรณกรรมและสถานการณ์ของหน่วยงานดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลตามแนวคิดของ Proctor[7] ต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรม โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบนิเทศทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานในยุคดิจิทัล และนำไปสู่คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกร

สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมมีคะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดภายหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยเทคโนโลยีดิจิทัลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยประยุกต์ใช้

กระบวนการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor [7] เป็นกรอบหลักในการออกแบบตัวแปรอิสระ อิสระ เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งมิติการควบคุมมาตรฐาน มิติการพัฒนาความรู้และทักษะ และมิติการสนับสนุนด้านจิตใจไว้พร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลใหม่ที่ยังขาดทั้งความรู้พื้นฐาน ทักษะการตัดสินใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานไปพร้อมกัน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) ผ่านการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การให้ความรู้ผ่าน Google Classroom และการทดสอบความรู้ด้วย Kahoot! เพื่อวางรากฐานความถูกต้องตามมาตรฐานการประเมินและบันทึกผล 2) การนิเทศตามแบบแผนเพื่อการพัฒนา (formative clinical supervision) ผ่านการฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลอง (case scenario) เพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีจัดการความปวดที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยแต่ละราย และ 3) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision) ผ่านการเยี่ยมตรวจรายบุคคลและการติดตามทาง Line Group เพื่อเสริมความมั่นใจและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติการผสมผสานทั้งสื่อการเรียนรู้ดิจิทัลและกิจกรรมการนิเทศทั้งสามองค์ประกอบเข้าด้วยกันในลักษณะนี้ ช่วยให้พยาบาลได้รับทั้งความรู้ที่ถูกต้อง โอกาสฝึกตัดสินใจในสถานการณ์จำลองซ้ำจนชำนาญ และการติดตามให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ทำให้สมรรถนะการจัดการความปวดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ครบทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติ มากกว่าการให้ความรู้เพียงด้านเดียว

ตัวแปรตามคือสมรรถนะการจัดการความปวด ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวทางการจัดการความปวดเฉียบพลันของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552)[6] ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย 2) การประเมินระดับความปวด 3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการระงับปวด 4) การให้การระงับปวดเฉียบพลันโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา 5) การประเมินความปวดหลังให้การรักษา 6) การประเมินภาวะแทรกซ้อน 7) การรักษาอาการแทรกซ้อน และ 8) การประเมินซ้ำและบันทึกผลการประเมิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่อสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยประยุกต์ใช้กระบวนการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor [7] เป็นกรอบหลักในการออกแบบตัวแปรอิสระ อิสระ เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งมิติการควบคุมมาตรฐาน มิติการพัฒนาความรู้และทักษะ และมิติการสนับสนุนด้านจิตใจไว้พร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลใหม่ที่ยังขาดทั้งความรู้พื้นฐาน ทักษะการตัดสินใจ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานไปพร้อมกัน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) ผ่านการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การให้ความรู้ผ่าน Google Classroom และการทดสอบความรู้ด้วย Kahoot! เพื่อวางรากฐานความถูกต้องตามมาตรฐานการประเมินและบันทึกผล 2) การนิเทศตามแบบแผนเพื่อการพัฒนา (formative clinical supervision) ผ่านการฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลอง (case scenario) เพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกวิธีจัดการความปวดที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยแต่ละราย และ 3) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision) ผ่านการเยี่ยมตรวจรายบุคคลและการติดตามทาง Line Group เพื่อเสริมความมั่นใจและความสม่ำเสมอในการ

ปฏิบัติการผสมผสานทั้งสื่อการเรียนรู้ดิจิทัลและกิจกรรมการนิเทศทั้งสามองค์ประกอบเข้าด้วยกันในลักษณะนี้ ช่วยให้พยาบาลได้รับทั้งความรู้ที่ถูกต้อง โอกาสฝึกตัดสินใจในสถานการณ์จำลองซ้ำจนชำนาญ และการติดตามให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่ทำให้สมรรถนะการจัดการความปวดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ครบทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติ มากกว่าการให้ความรู้เพียงด้านเดียว

ตัวแปรตามคือสมรรถนะการจัดการความปวด ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวทางการจัดการความปวดเฉียบพลันของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย[6] ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย 2) การประเมินระดับความปวด 3) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการระงับปวด 4) การให้การระงับปวดเฉียบพลันโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา 5) การประเมินความปวดหลังให้การรักษา 6) การประเมินภาวะแทรกซ้อน 7) การรักษาอาการแทรกซ้อน และ 8) การประเมินซ้ำและบันทึกผลการประเมิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 6 หน่วยงาน รวม 74 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีระดับปฏิบัติการและได้รับใบประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาล 2) มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมไม่เกิน 3 ปี 3) ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเก็บข้อมูล (เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ) พยาบาลที่มีอายุงานเกิน 3 ปีหรือย้ายมาจากหน่วยงานอื่น และพยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ จากการคัดกรองพบพยาบาลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7[16] สำหรับสถิติ Paired t-test แบบ one-tailed กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size, dz) เท่ากับ 0.80[17] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 12 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการนิเทศทางคลินิกเป็นกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะพื้นฐานของบุคลากร ผู้วิจัยจึงศึกษาในประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ (census study) เพื่อให้พยาบาลทุกคนได้รับโอกาสพัฒนาสมรรถนะอย่างเท่าเทียม[18] รวมกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 40 คน โดยมีผู้ที่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบทั้งก่อนและหลังการทดลอง 30 คน คิดเป็นอัตราการเก็บข้อมูลสำเร็จร้อยละ 75.0

โปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor[1] ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) ดำเนินการผ่านสื่อวิดีโอความรู้ความยาว 30 นาทีทาง Google Classroom ร่วมกับแบบทดสอบความรู้ออนไลน์ Kahoot! จำนวน 20 ข้อที่เฉลยและอธิบายคำตอบทันที เนื้อหาอ้างอิงจากกรอบ 8 ขั้นตอนการจัดการความปวดของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2552)[3] 2) การนิเทศตามแบบแผนเพื่อการพัฒนา (formative clinical supervision) ดำเนินการผ่านการฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง (case scenario) จำนวน 2 สถานการณ์ ครอบคลุมผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ และผู้ป่วยที่รู้สึกตัวแต่ใส่เครื่องช่วยหายใจ พร้อมแบบสังเกตการณ์ขณะฝึกปฏิบัติจำนวน 10 ข้อ และการให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน และ 3)

การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision) ดำเนินการผ่านการเยี่ยมตรวจรายบุคคล (individual clinical rounds) ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย และช่องทาง Line Group เพื่อติดตาม ให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม โปรแกรมดำเนินการเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยสัปดาห์ที่ 1 ปฐมนิเทศและทำแบบประเมินก่อนการทดลอง (pre-test) สัปดาห์ที่ 2 ศึกษาสื่อวิดีโอและทำแบบทดสอบ Kahoot! สัปดาห์ที่ 3 ฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลอง สัปดาห์ที่ 4 เยี่ยมตรวจรายบุคคล และสัปดาห์ที่ 5 ประเมินผลหลังการทดลอง (post-test)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 2) แบบสอบถามสมรรถนะการจัดการความปวด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของพรทิพา พรรณา[2] โดยได้รับอนุญาตจากเจ้าของผลงาน และปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรม เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ ครอบคลุมสมรรถนะการจัดการความปวด 8 ด้าน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย (2 ข้อ) การประเมินระดับความปวด (7 ข้อ) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการระงับปวด (3 ข้อ) การให้การระงับปวดเฉียบพลันโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา (5 ข้อ) การประเมินความปวดหลังให้การรักษา (2 ข้อ) การประเมินภาวะแทรกซ้อน (2 ข้อ) การรักษาอาการแทรกซ้อน (4 ข้อ) และการประเมินซ้ำและบันทึกผลการประเมิน (7 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ได้ปฏิบัติ) ถึง 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ) แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของประคอง กรรณสูตร (2542) โดย 4.50–5.00 หมายถึงดีมาก 3.50–4.49 หมายถึงดี 2.50–3.49 หมายถึงปานกลาง 1.50–2.49 หมายถึงน้อย และ 1.00–1.49 หมายถึงน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกและแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการความปวดไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ตามเกณฑ์ยอมรับตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป[20] จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า CVI 0.8 คำนวณค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการความปวดด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .943

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาลัยวิทยาลัยขอนแก่น(รหัส HE692112)และของสถาบันต้นสังกัดและของโรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานพยาบาลวิจัยซึ่งเป็นบุคคลที่สามที่ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบังคับบัญชากับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อลดผลกระทบจากความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน แบบประเมินใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้า ร่วมวิจัยและส่งคืนผ่านกล่องรับแบบสอบถามที่ปิดมิดชิดเพื่อรักษาความลับของข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ครบทั้งก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.3) มีอายุระหว่าง 21–30 ปีทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 96.7) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานทั้งในวิชาชีพพยาบาลและในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 1–3 ปี เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.0) ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ

ระดับปฏิบัติการทั้งหมด และไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการจัดการความปวดมาก่อน

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดโดยรวมเฉลี่ย 142.00 คะแนน (S.D. = 10.86) หรือคิดเป็นคะแนนเฉลี่ยต่อข้อเท่ากับ 4.44 คะแนน (S.D. = 0.34) อยู่ในระดับดี ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือการให้การระงับปวดเฉียบพลันโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา (M = 4.12, S.D. = 0.53) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนสมรรถนะโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 156.47 คะแนน (S.D. = 2.75) หรือคิดเป็นคะแนนเฉลี่ยต่อข้อเท่ากับ 4.89 คะแนน (S.D. = 0.09) อยู่ในระดับดีมาก เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired-samples t-test พบว่าคะแนนสมรรถนะการจัดการความปวดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างเฉลี่ย 14.47 คะแนน, 95% CI = 10.80–18.13, $t(29) = 8.079$, $p < .001$) และมีขนาดอิทธิพล Cohen's dz เท่ากับ 1.48 ซึ่งจัดอยู่ในระดับ large ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) และจัดอยู่ในระดับ very large เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ขยายเพิ่มเติมของ Sawilowsky (2009)[22] เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนสมรรถนะทั้ง 8 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ดังตารางที่ 1 โดย ด้านที่มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือการให้การระงับปวดเฉียบพลันโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา (0.61 คะแนน) รองลงมาคือการประเมินระดับความปวด (0.55 คะแนน) ขณะที่ด้านที่มีผลต่างน้อยที่สุดคือการประเมินภาวะแทรกซ้อน (0.27 คะแนน) ซึ่งมีคะแนนพื้นฐานก่อนทดลองสูงอยู่แล้ว (M = 4.63)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการจัดการความปวดของพยาบาลวิกฤตศัลยกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม จำแนกตามภาพรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติ Paired-samples t-test (n = 30)

สมรรถนะการจัดการความปวด	ก่อนทดลอง M (SD)	หลังทดลอง M (SD)	ผลต่างเฉลี่ย	95% CI	t	p-value
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย	4.27 (0.65)	4.73 (0.45)	0.47	0.19–0.74	3.50	.002
2. การประเมินระดับความปวด	4.40 (0.51)	4.95 (0.07)	0.55	0.36–0.73	6.01	< .001
3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการระงับปวด	4.33 (0.55)	4.81 (0.27)	0.48	0.23–0.73	3.94	< .001
4.การให้การระงับปวดเฉียบพลันโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา	4.12 (0.53)	4.73 (0.28)	0.61	0.42–0.81	6.50	< .001
5. การประเมินความปวดหลังให้การรักษา	4.45 (0.55)	4.93 (0.22)	0.48	0.27–0.70	4.57	< .001
6. การประเมินภาวะแทรกซ้อน	4.63 (0.54)	4.90 (0.24)	0.27	0.04–0.49	2.44	.021
7. การรักษาอาการแทรกซ้อน	4.56 (0.52)	4.96 (0.12)	0.40	0.21–0.59	4.25	< .001
8. การประเมินซ้ำและบันทึกผลการประเมิน	4.66 (0.45)	4.96 (0.09)	0.30	0.14–0.46	3.85	< .001
ภาพรวม	**4.44 (0.34)**	**4.89 (0.09)**	**0.45**	**0.34–0.57**	**8.08**	**< .001**

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลตามแนวคิดของ Proctor[1] พยาบาลวิกฤตศัลยกรรมมีสมรรถนะการจัดการความปวดโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับ very large ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จาก

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและกลไกเฉพาะของแต่ละองค์ประกอบของโปรแกรม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีอายุน้อยและมีประสบการณ์ปฏิบัติงานเพียง 1–3 ปีเป็นส่วนใหญ่ โดยไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางมาก่อน อย่างไรก็ตาม คะแนนสมรรถนะพื้นฐานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมยังอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่สภาการพยาบาลกำหนดให้การประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ห้า และเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลใหม่มีพื้นฐานความตระหนักด้านนี้อยู่

การนิเทศตามมาตรฐานผ่าน Google Classroom และ Kahoot! สอดคล้องกับหน้าที่ด้าน normative ของ Proctor's Model ที่มุ่งควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานผ่านการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง กลไกการให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีของ Kahoot! การนิเทศตามแบบแผนเพื่อการพัฒนาผ่านสถานการณ์จำลองทั้งสองแบบ ซึ่งออกแบบให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่สื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้ น่าจะเป็นกลไกสำคัญที่อธิบายว่าเหตุใดด้านการให้การระงับปวดเฉียบพลันโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาจึงมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุด เนื่องจากเนื้อหาของด้านนี้ต้องอาศัยการฝึกตัดสินใจทางคลินิกในบริบทที่แตกต่างกันจริง มากกว่าความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์อภิมานของ Kim et al.[24] จากงานวิจัย 40 เรื่อง ที่พบว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองให้ผลลัพธ์ด้านทักษะปฏิบัติสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านความรู้และเจตคติ เช่นเดียวกัน ด้านการประเมินระดับความปวดซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็นอันดับสอง สอดคล้องกับการที่สถานการณ์จำลองทั้งสองแบบบังคับให้ผู้เข้าร่วมฝึกเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งเครื่องมือแบบ self-report สำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารได้ และเครื่องมือสังเกตพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารไม่ได้

บ้างก่อนได้รับโปรแกรมเฉพาะทาง ข้อค้นพบว่าสมรรถนะไม่สัมพันธ์กับประสบการณ์ปฏิบัติงานสอดคล้องกับจุฬารัตน์ แซ่พั่ง[23] ที่พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการจัดการความปวด ขณะที่ประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางกลับมีความสัมพันธ์ทางบวก แม้จะอยู่ในระดับต่ำ สนับสนุนแนวคิดว่าการพัฒนาสมรรถนะด้านนี้ต้องอาศัยการฝึกอบรมและการนิเทศที่มีโครงสร้างชัดเจนเป็นกลไกเร่งการพัฒนา มากกว่าการสั่งสมประสบการณ์ตามระยะเวลาเพียงลำพัง

การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ผ่านการเยี่ยมตรวจรายบุคคลและ Line Group ที่ให้คำปรึกษาต่อเนื่องตลอดโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของชุติมณฑน์ นวลศรี และคณะ[25] ที่พบว่าการให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านจิตใจผ่านสื่อดิจิทัลอย่างต่อเนื่องช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ กลไกนี้น่าจะอธิบายได้ว่าเหตุใดด้านการรักษาอาการแทรกซ้อนซึ่งเป็นความรู้เชิงเภสัชวิทยาที่จำเพาะเจาะจงตามชนิดของยาแก้ปวดจึงมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ด้านการประเมินภาวะแทรกซ้อนและด้านการประเมินซ้ำและบันทึกผลซึ่งมีคะแนนพื้นฐานสูงอยู่แล้ว มีผลต่างของคะแนนน้อยที่สุด สะท้อนปรากฏการณ์ ceiling effect ที่เครื่องมืออาจมีข้อจำกัดในการจำแนกความแตกต่างของสมรรถนะในกลุ่มที่มีคะแนนพื้นฐานสูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของศรีสุดา งามขำ และคณะ[5] ที่พบว่าบริบทของแต่ละหน่วยงานมีผลต่อระดับคะแนนพื้นฐานที่แตกต่างกันได้มาก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักควรนำองค์ประกอบของโปรแกรมไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลใหม่หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย โดยเฉพาะสถานการณ์จำลองทั้งสองแบบที่ครอบคลุมผู้ป่วยสื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้ ซึ่ง

ควรบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ทุกคน เนื่องจากเป็นกลไกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะด้านการให้การระงับปวดเฉียบพลันมากที่สุด ควรให้ข้อมูลย้อนกลับทันทีภายหลังการฝึก โดยอิงพฤติกรรมที่สังเกตได้และมาตรฐานการดูแลเป็นหลัก สำหรับด้านที่มีคะแนนพื้นฐานสูงอยู่แล้ว เช่น การประเมินภาวะแทรกซ้อนและการประเมินซ้ำและบันทึกผล ควรเปลี่ยนจากการสอนเนื้อหาใหม่เป็นการตรวจสอบความสม่ำเสมอของการปฏิบัติเป็นระยะแทน

2. ด้านระบบและนโยบาย

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีระบบการนิเทศทางคลินิกด้านการจัดการความปวดที่มีรูปแบบชัดเจนและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดของ Proctor ให้ครบทั้ง 3 องค์ประกอบและควรใช้ Line Group หรือช่องทางดิจิทัลอื่นเป็นรูปแบบ

ระบุจุดแข็งและจุดอ่อนที่จำเพาะเจาะจงกว่าระดับด้าน ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสมรรถนะของพยาบาลกับผลลัพธ์ทางคลินิกจริงของผู้ป่วย เช่น ระดับความปวดที่ลดลงหรือความพึงพอใจ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการได้รับโปรแกรมได้อย่างสมบูรณ์ เช่น ประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นตามเวลาหรือความคุ้นเคยกับแบบสอบถาม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่วางแผนไว้ 40 คนสามารถเก็บข้อมูลได้ครบทั้งก่อนและหลังเพียง 30 คน คิดเป็นอัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.0 ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการอ้างอิงผล กลุ่มตัวอย่างยังมาจากหน่วยงานเดียวและมีคุณลักษณะค่อนข้างใกล้เคียงกัน (อายุ 21–30 ปีทั้งหมด

มาตรฐานของการนิเทศต่อเนื่องไม่จำกัดเฉพาะช่วงเวลาที่มีโปรแกรมเท่านั้น ควรจัดทำสื่อดิจิทัลขนาดสั้นและแบบทดสอบออนไลน์สำหรับทบทวนความรู้ซ้ำที่เข้าถึงได้ตามตารางเวรของพยาบาล และกำหนดตัวชี้วัดระดับหน่วยงานเพื่อติดตามผลของการนำโปรแกรมไปใช้ในทางปฏิบัติจริง

3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้แบบแผนวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการทดลองแบบสุ่มเมื่อบริบทเอื้ออำนวย เพื่อเพิ่มความสามารถในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างโปรแกรมกับผลลัพธ์ ควรเพิ่มการติดตามผลระยะยาวภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น ระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของสมรรถนะ ควรวิเคราะห์และรายงานคะแนนเฉลี่ยรายข้อของเครื่องมือเพื่อของผู้ป่วย แทนการวัดเฉพาะการรายงานตนเองของพยาบาล และควรพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะให้สามารถจำแนกผู้ที่มีสมรรถนะระดับสูงได้ดีขึ้น เพื่อลดโอกาสเกิด ceiling effect ในการศึกษาครั้งต่อไป

ประสบการณ์ส่วนใหญ่ 1–3 ปี) การนำผลไปใช้อ้างอิงกับพยาบาลที่มีอายุหรือประสบการณ์แตกต่างออกไปจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง ผลลัพธ์หลักประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมรายงานตนเอง จึงอาจได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ของผู้ตอบและความต้องการตอบในทางที่เหมาะสม และคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่อยู่ใกล้คะแนนสูงสุดของเครื่องมือพร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำ อาจเกิดปรากฏการณ์ ceiling effect ซึ่งทำให้เครื่องมือแยกความแตกต่างของสมรรถนะระดับสูงได้ไม่เต็มที่ในบางด้าน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งกรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการดำเนินการวิจัย ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่าง

ต่อเนื่อง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า ตรวจสอบความตรงของโปรแกรมและเครื่องมือวิจัย ตลอดจนเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงให้งานวิจัยมีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้บริหารทางการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2023). Patient safety [Internet]. 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
2. พงศธร พอกเพิ่มดี, บรรณาธิการ.(2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. นิพาดา ลัทธิธนธรรม, อำภาพร นามวงศ์พรหม, มนพร ชาติชำนิ.(2566). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2566;5(3):1-16.
4. Warfield CA, Fausett HJ, editors.(2002). Manual of pain management. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.(2001). Pain management [Internet]. 2001. Available from: https://kku.world/z265t1
6. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.(2552). แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: รักษ์พิมพ์; 2552.
7. Proctor B.(2001). Training for the supervision alliance: attitude, skills and intention. In: Cutcliffe J, Butterworth T, Proctor B, editors. Fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001. p. 25-46.
8. พรทิพา พรรณนา.(2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
9. Fishman SM, Young HM, Lucas Arwood E, Chou R, Herr K, Murinson BB, et al.(2013). Core competencies for pain management: results of an interprofessional consensus summit. Pain Med. 2013;14(7):971-81.
10. ศรีสุดา งามขำ, นิสา ครุฑจันทร์, จุฑารัตน์ สว่างชัย, บุญเตือน วัฒนกุล, ศศิธร ชิดนายี, รุ่งนภา เขียวชะอำ.(2561). ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการจัดการความปวดของพยาบาลไทย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(1):81-89.
11. ศิริวรรณ วิชาสูง.(2568). ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลันชนิดเอสทียกสูง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลสกลนคร. 2568;28(1):16-49.
12. สันศนีย์ ดีภัย, วรรณชนก จันทชุม.(2567). การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในศตวรรษที่ 21 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2567;6(3):1-16.
13. Bernard JM, Goodyear RK.(2019). Fundamentals of clinical supervision. 6th ed. Pearson; 2019.
14. Johnson LM, Smith AR.(2020). Generational differences in digital learning preferences among nurses. Nurse Educ Today. 2020;95:104-112.

15. Zhao X, Wang Y, Chen L.(2021). Case-based digital learning and critical thinking development in ICU nurses: a quasi-experimental study. Nurse Educ Pract. 2021;52:103-112.
16. Thompson DL, Wilson RK.(2019). Just-in-time learning through mobile devices: enhancing clinical decision-making in critical care settings. Comput Inform Nurs. 2019;37(1):575.
17. Rodriguez C, Martinez A.(2021). Secondary trauma prevalence among critical care nurses: a multi-site study. Am J Crit Care. 2021;30(3):187-95.
18. Lee HJ, Park SY.(2020). Effectiveness of mobile-based peer support systems for reducing burnout in critical care nurses: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2020;108:103-115.
19. Kim SH, Liu C.(2021). Impact of digital supervision on patient safety outcomes in intensive care units: a systematic review. Crit Care Med. 2021;49(8):e785-e794.
20. Fakieh Mansy Ali H, Abd-El-Gawad Mousa M, Elsayed Rushdan E.(2022). Effect of using Kahoot! as a digital game-based formative assessment tool in enhancing nursing students' knowledge and learning motivation. Egypt J Health Care. 2022;13(4):1907-21.
21. 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.
22. รตนกมล ลาดซ้าย.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนงานต่อสมรรถนะพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ห้องตรวจรักษาพิเศษทางส่องกล้อง โรงพยาบาลขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2568.
23. Polit DF, Beck CT.(2020). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
24. ประคอง กรรณสูตร.(2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
25. ประกาย จีโรจน์กุล.(2556). การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
26. Cohen J.(1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
27. Sawilowsky SS.(2009). New effect size rules of thumb. J Mod Appl Stat Methods. 2009;8(2): 597-9.
28. จุฬารัตน์ แซ่พั่ง.(2560). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการจัดการความปวดผู้บาดเจ็บและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
29. Kim J, Park JH, Shin S.(2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. BMC Med Educ. 2016;16:152.
30. ชุติมณฑน์ นวลศรี, อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์.(2568). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านจิตใจผ่านสื่อดิจิทัลต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในภาวะวิกฤต. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(2):111-125.

การวิจัยและพัฒนากลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดสงขลา

Research and Development of a Health Personnel Management Mechanism to Support the Aging Society in Songkhla Province

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุเมธ อุ่นเสียม[1]
Sumet Ounsiem[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยและพัฒนากลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดสงขลา ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 5 อำเภอนำร่อง จำนวน 335 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก 35 คน และการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนา (ร่าง) กลไกและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 17 คน ระยะที่ 3 ทดลองใช้ในอำเภอระโนด 16 สัปดาห์ ด้วยแบบแผนกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ผู้เข้าร่วม 453 คน และระยะที่ 4 ประเมินผลตามกรอบของเคิร์กแพทริกร่วมกับแนวคิดการประเมินเชิงสัจนิยม เครื่องมือทุกชุดผ่านเกณฑ์ IOC ≥ 0.50 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .962 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ขนาดอิทธิพลของโคเฮน และการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันของการบริหารจัดการบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.99, SD = 0.47) โดยด้านปัจจัยนำเข้าต่ำที่สุด ปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก (M = 3.84) ความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.57) และสมรรถนะของบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.92) โดยด้านทักษะต่ำที่สุด บุคลากรต่างสังกัดมีสมรรถนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 17.502, p < .001) กลไกที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “กลไก SONGKHLA” มี 8 องค์ประกอบ ผู้เชี่ยวชาญประเมินอยู่ในระดับมาก (M = 4.44) หลังการใช้กลไก สมรรถนะของบุคลากรเพิ่มจาก 3.05 เป็น 4.11 (t = 18.613, p < .001, d = 1.91) สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแกนนำเพิ่มเป็น 3.96 (d = 1.76) คุณภาพบริการเพิ่มเป็น 4.18 (d = 2.06) และความพึงพอใจเพิ่มเป็น 4.24 (d = 1.52) ความครอบคลุมการคัดกรองตามกรอบ ICOPE เพิ่มจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 80.3 โดยอัตรากำลังไม่เพิ่มขึ้น กลไกฉบับสมบูรณ์มี 9 องค์ประกอบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเมินอยู่ในระดับมาก (M = 4.49)

คำสำคัญ: กลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข; สังคมสูงวัย; การวิจัยและพัฒนา; การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ; จังหวัดสงขลา

Abstract

This study aimed to develop a health personnel management mechanism to support the aging society in Songkhla Province. A four-phase action research with a mixed-methods approach was conducted from December 2024 to November 2025. Phase 1 surveyed 335 health personnel and village health volunteers across five pilot districts using stratified random sampling, with 35 in-depth interviews and four focus groups. Phase 2 developed a draft mechanism validated by 17 experts. Phase 3 implemented it in Ranot District for 16 weeks using a one-group pretest-posttest design with 453 participants. Phase 4 evaluated the mechanism using Kirkpatrick's Four Levels together with a realist evaluation approach. All instruments met the IOC ≥ 0.50 criterion, with an overall Cronbach's alpha of .962.

Results showed that the current state of personnel management was moderate (M = 2.99, SD = 0.47), lowest on the input dimension; problems were high (M = 3.84); development needs were highest (M = 4.57);

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

and competency was moderate (M = 2.92), lowest on skills. Competency differed significantly across service levels (F = 17.502, p < .001). The resulting SONGKHLA mechanism comprised eight components and was rated high by experts (M = 4.44). After implementation, personnel competency rose from 3.05 to 4.11 (t = 18.613, p < .001, d = 1.91); volunteer competency to 3.96 (d = 1.76); service quality to 4.18 (d = 2.06); and client satisfaction to 4.24 (d = 1.52). ICOPE screening coverage rose from 21.4% to 80.3% without additional staffing. The complete nine-component mechanism was rated high by stakeholders (M = 4.49).
Keywords: health personnel management mechanism; aging society; research and development; health workforce planning; Songkhla Province

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว และกำลังเคลื่อนเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรนี้ไม่ได้ส่งผลเพียงต่อจำนวนผู้รับบริการ แต่เปลี่ยนลักษณะของงานที่ระบบบริการสุขภาพต้องทำอย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุจำนวนมากมีโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน มีภาวะพึ่งพิงในระดับต่าง ๆ และต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชนมากกว่าการรักษาเป็นครั้งคราวในสถานพยาบาล ภาระงานลักษณะนี้ใช้เวลาของบุคลากรมากกว่างานบริการผู้ป่วยทั่วไปหลายเท่า และต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมข้ามวิชาชีพซึ่งไม่ใช่รูปแบบการทำงานที่ระบบบริการปฐมภูมิของไทยถูกออกแบบไว้แต่เดิม[1,2]

องค์การอนามัยโลกเสนอกรอบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People: ICOPE) ซึ่งเปลี่ยนจุดตั้งต้นของการดูแลจากการวินิจฉัยโรคมาเป็นการประเมินความสามารถภายในของผู้สูงอายุ แล้วออกแบบแผนการดูแลรายบุคคลจากผลการประเมินนั้น[3] กรอบดังกล่าวมีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยชะลอการเสื่อมถอยของความสามารถเชิงหน้าที่ได้[4] แต่การนำไปใช้จริงในระดับพื้นที่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีสมรรถนะเฉพาะทาง มีเวลาเพียงพอ และมีระบบสนับสนุนที่ทำให้การประเมินและการวางแผนการดูแลกลายเป็นงานประจำ ไม่ใช่กิจกรรมพิเศษที่ทำเป็นครั้งคราวตามโครงการ

ในด้านกำลังคนสุขภาพ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าโลกจะขาดแคลนบุคลากรสุขภาพราว 10 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030 โดยกระจุกตัวในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง[5] สำหรับประเทศไทย การกระจายกำลังคนที่ไม่สมดุลระหว่างเขตเมืองและชนบทยังคงเป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง และการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้เพิ่มความซับซ้อนของการบริหารกำลังคนในระดับพื้นที่อีกชั้นหนึ่ง[6]

เครื่องมือที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้ใช้วางแผนอัตรากำลังตามภาระงานจริงคือวิธีตัวชี้วัดภาระงานเพื่อความต้องการกำลังคน (Workload Indicators of Staffing Need: WISN) อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบอุปสรรคสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ลักษณะงานที่ผู้ปฏิบัติต้องทำหลายหน้าที่พร้อมกัน คุณภาพและความพร้อมของข้อมูลภาระงาน และความซับซ้อนเชิงเทคนิคของวิธีการเอง[7] ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้ทุกประเทศจะดำเนินการประเมินได้ แต่มีเพียงส่วนน้อยที่นำผลไปเปลี่ยนกรอบอัตรากำลังจริง[8] ปัญหาจึงไม่ได้อยู่ที่การขาดเครื่องมือ แต่อยู่ที่การขาดกลไกที่เชื่อมผลการวิเคราะห์เข้ากับการตัดสินใจเชิงบริหาร ในทำนองเดียวกัน ประสบการณ์ของญี่ปุ่นชี้ว่าความสำเร็จของการดูแลแบบบูรณาการระดับชุมชนขึ้นอยู่กับการมีผู้ทำหน้าที่จัดการการดูแลอย่างชัดเจน[9] ขณะที่เกาหลีใต้ชี้ว่าการขยายสิทธิประโยชน์โดยไม่เตรียมกำลังคนรองรับจะสร้างแรงกดดันต่อคุณภาพบริการในระยะยาว[10]

จังหวัดสงขลามีความหลากหลายของบริบทอยู่ในจังหวัดเดียว ทั้งเขตเมืองที่มีโรงพยาบาลศูนย์

อำเภอรอบนอกที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงและประชากรวัยแรงงานย้ายออก และพื้นที่ชายแดนที่มีบริบทเฉพาะ อำเภอในคาบสมุทรสทิงพระมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอย่างชัดเจน ขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เหล่านี้มีกำลังคนจำกัด[11] เงื่อนไขดังกล่าวทำให้สงขลาเหมาะกับการพัฒนากลไกที่ต้องทำงานได้จริงภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร มากกว่าการออกแบบกลไกในอุดมคติ

การทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งไปที่การพัฒนารูปแบบบริการหรือการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายโครงการ[12] ขณะที่งานที่ศึกษากลไกการบริหารจัดการบุคลากรอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนอัตรากำลังไปจนถึงการกำกับติดตามและผ่านการทดลองใช้จริงพร้อมวัดผลลัพธ์ ยังมีอยู่จำกัด ช่องว่างนี้เป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดสงขลา

2) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของ (ร่าง) กลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

3) เพื่อทดลองใช้กลไกในพื้นที่นำร่องและศึกษาประสิทธิผลของกลไก

4) เพื่อประเมินผลและปรับปรุงกลไกให้เป็นฉบับสมบูรณ์พร้อมข้อเสนอเชิงนโยบาย

สมมติฐานการวิจัย

1) ภายหลังการใช้กลไก บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการใช้กลไก

2) ภายหลังการใช้กลไก คุณภาพการให้บริการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการใช้กลไก

3) ภายหลังการใช้กลไก ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการสูงกว่าก่อนการใช้กลไก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Actio Research) ภายใต้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานชนิดเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Explanatory Sequential Design) ตามแนวคิดของ Creswell และ Plano Clark[13] ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรคือบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุใน 5 อำเภอนำร่องของจังหวัดสงขลา ได้แก่ ระโนด สทิงพระ สิงหนคร กระแสสินธุ์ และจะนะ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ ทาโร ยามาเน ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 และสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามระดับหน่วยบริการ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 35 คน เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้บริหารระดับนโยบาย 10 คน และผู้ปฏิบัติงานหลัก 25 คน ร่วมกับการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม รวมผู้เข้าร่วม 28 คน

ระยะที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญในการสนทนากลุ่มรอบที่ 1 จำนวน 9 คน และผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของร่างกลไกในรอบที่ 2 จำนวน 17 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติครอบคลุมด้านการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การพยาบาลชุมชน และการบริหารระบบบริการปฐมภูมิ ระยะที่ 3 พื้นที่ทดลองใช้คืออำเภอระโนดซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในจังหวัดและมีโครงสร้างหน่วยบริการครบทุกระดับ ผู้เข้าร่วมรวม 453 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข 95 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแกนนำ 100 คน ผู้สูงอายุและผู้ดูแล 250 คน และผู้บริหารระดับ

อำเภอ 8 คน ระยะที่ 4 ผู้ประเมินผลตามกรอบของเคิร์กแพทริกจำนวน 195 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ประเมินกลไกฉบับสมบูรณ์จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือประกอบด้วย 4 ชุดหลัก ได้แก่ (1) แบบสอบถามสภาพปัจจุบัน ปัญหา ความต้องการและสมรรถนะ จำนวน 120 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (3) แบบประเมินความเหมาะสมของร่างกลไกสำหรับผู้เชี่ยวชาญ ครอบคลุมความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความมีประโยชน์ และความถูกต้อง และ (4) ชุดเครื่องมือประเมินประสิทธิผล ได้แก่ แบบวัดสมรรถนะบุคลากร 60 ข้อ แบบวัดสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 30 ข้อ แบบประเมินคุณภาพบริการ 25 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจ 20 ข้อ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.68 ถึง 1.00 (ค่าเฉลี่ย 0.90) ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .962

จริยธรรมการวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการผ่านผู้ประสานงานระดับอำเภอ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บโดยผู้วิจัยด้วยตนเอง บันทึกเสียงเมื่อได้รับอนุญาต และถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีแบบสองกลุ่มอิสระและแบบจับคู่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และขนาดอิทธิพลของโคเฮน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงประเด็นตามขั้นตอนของ Braun และ Clarke[14] ร่วมกับการตรวจสอบสามมิติและการคืนข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องของการตีความ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่112/2567 และ เลขที่ 5/2568 ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิ์ในการถอนตัวได้ตลอดเวลา และลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (ระยะที่ 1)

กลุ่มตัวอย่าง 335 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 257 คน (ร้อยละ 76.7) มีอายุ 40-49 ปีมากที่สุด 112 คน (ร้อยละ 33.4) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 221 คน (ร้อยละ 66.0) และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี 181 คน (ร้อยละ 54.0) ที่น่าสังเกตคือมีเพียง 129 คน (ร้อยละ 38.5) ที่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ รายละเอียดแสดงใน

ผลการวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนา แสดงในตารางที่ 2 ภาพรวมของสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.99, SD = 0.47) ปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก (M = 3.84, SD = 0.27) และความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.57, SD = 0.16) จุดที่ควรพิจารณาเป็นพิเศษคือรูปแบบของคะแนนที่กลับด้านกับความคาดหมาย กล่าวคือ ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ได้คะแนนสูงกว่าด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการอย่างชัดเจน ขณะที่ปัญหากลับรุนแรงที่สุดในด้านปัจจัยนำเข้า (M = 4.07)

เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดของสภาพปัจจุบันคือการวางแผนอัตรากำลังโดยใช้ข้อมูลภาระงานจริงตามวิธี WISN (M = 2.41, SD = 0.83) ปัญหาที่รุนแรงที่สุดคืออัตรากำลังไม่

สอดคล้องกับภาระงานการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (M = 4.38, SD = 0.68) และความต้องการที่สูงที่สุดคือหลักสูตรอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง (M = 4.81, SD = 0.41)

ผลการประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุแสดงในตารางที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.92, SD = 0.51) โดยด้านเจตคติสูงที่สุด (M = 3.06) ขณะที่ด้านทักษะต่ำที่สุด (M = 2.77) ช่องว่างระหว่างเจตคติกับทักษะเท่ากับ 0.29 คะแนน สะท้อนว่าบุคลากรมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังขาดทักษะเชิงปฏิบัติ สมรรถนะรายข้อที่ต่ำที่สุดคือการคัดกรองความสามารถภายในตามกรอบ ICOPE (M = 2.29) และการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (M = 2.34) ซึ่งเป็นทักษะแกนกลางของการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

การเปรียบเทียบสมรรถนะจำแนกตามสังกัดหน่วยบริการด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 17.502, df = 3, 331, p < .001) ดังตารางที่ 4 การทดสอบรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 5 คู่ จาก 6 คู่ โดยบุคลากรในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มอื่นทุกกลุ่ม ขณะที่บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p = 0.526) ข้อค้นพบนี้ชี้ว่ายิ่งหน่วยบริการอยู่ใกล้ชุมชนและใกล้ตัวผู้สูงอายุมากเท่าใด สมรรถนะเฉพาะทางกลับยิ่งต่ำลงเท่านั้น นอกจากนี้ บุคลากรที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี มีสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ไม่เกิน 10 ปี อย่างมีนัยสำคัญ (t = 3.960, df = 333, p < .001) และการรับรู้ต่อคุณภาพการบริหารจัดการบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ (r = 0.548, p < .001)

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มให้ประเด็นหลัก 5 ประเด็น ได้แก่ อัตรากำลังที่ตั้งไว้ไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เปลี่ยนไป การอบรมที่ไม่ต่อเนื่องและไม่เชื่อมกับหน้างาน ระบบข้อมูลที่แยกส่วนและซ้ำซ้อน การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพที่ยังไม่เป็นรูปธรรม และการขาดเส้นทางความก้าวหน้าในสายงานผู้สูงอายุ ประเด็นแรกถูกกล่าวถึงมากที่สุด โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนตรงกันว่ากรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่งถูกกำหนดไว้ก่อนที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงระดับปัจจุบัน และไม่เคยได้รับการทบทวนอีกเลย ดังคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “กรอบที่เขาให้มาคิดจากจำนวนประชากรทั้งหมด แต่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงหนึ่งคนใช้เวลาของเรามากกว่าคนทั่วไปหลายเท่า พอเอาสองอย่างนี้มาหารเฉลี่ยกัน ตัวเลขมันเลยดูเหมือนพอ ทั้งที่หน้างานไม่พอเลย” (ผู้บริหารระดับนโยบาย รหัส A3)

2. การพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของ (ร่าง) กลไก (ระยะที่ 2)

ผู้วิจัยยกร่างกลไกโดยอาศัยข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ ผลการวิจัยในระยะที่ 1 การสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และบทเรียนจากต่างประเทศ โดยเฉพาะระบบการดูแลแบบบูรณาการในระดับชุมชนของญี่ปุ่นและระบบประกันการดูแลระยะยาวของเกาหลีใต้ กลไกที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “กลไก SONGKHLA” ประกอบด้วยกลไกย่อย 8 องค์ประกอบ ซึ่งจัดวางอยู่ในฝั่งปัจจัยนำเข้าและกระบวนการของแบบจำลองระบบ ส่วนผลผลิตและผลลัพธ์เป็นสิ่งที่กลไกมุ่งให้เกิดขึ้น และถูกวัดด้วยเครื่องมือประเมินในระยะที่ 3

การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 ให้ข้อเสนอแนะรวม 24 ประเด็น ซึ่งสังเคราะห์เป็นข้อปรับปรุงสำคัญ 6 ข้อที่มีนัยต่อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ได้แก่ การลดจำนวนตัวชี้วัดจาก 18 ตัวเหลือ 10 ตัวโดยเลือกเฉพาะตัวที่ดึงจากฐานข้อมูลเดิมได้ การกำหนดขอบเขตบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ชัดเจน การปรับรอบประชุมทีมสหวิชาชีพจากทุกสัปดาห์เป็นทุก 2 สัปดาห์ การผูกการทบทวนผลเข้ากับเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ที่มีอยู่แล้ว การเพิ่มเกณฑ์ผ่านที่วัดได้ในหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะ และการออกแบบระบบสารสนเทศให้ดึงข้อมูลจากฐานเดิมโดยไม่สร้างระบบบันทึกซ้ำ

ร่างกลไกฉบับปรับปรุงได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 17 คน ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.44, SD = 0.27) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกประเด็น (ค่าเฉลี่ย ≥ 4.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ≤ 0.75)

กลไกย่อยที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือด้านความก้าวหน้าในอาชีพและแรงจูงใจ (M = 4.18) ซึ่งยังผ่านเกณฑ์แต่ห่างจากกลุ่มอื่นพอสมควร ผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลตรงกันว่าเรื่องความก้าวหน้าในสายอาชีพเป็นอำนาจของส่วนกลาง ระดับอำเภอดำเนินการได้เพียงบางส่วน ผู้วิจัยจึงปรับคำอธิบายของกลไกย่อยนี้ให้แยกชัดเจนระหว่างสิ่งที่พื้นที่ทำได้เองกับสิ่งที่ต้องเสนอเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

3. ผลการทดลองใช้กลไกและประสิทธิผลของกลไก (ระยะที่ 3)

การทดลองใช้ดำเนินการในอำเภอระโนด ระหว่างเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวม 16 สัปดาห์ ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะก่อนและหลังการใช้กลไกแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้กลไก

กลุ่ม/ด้าน	ก่อน M (SD)	หลัง M (SD)	ผลต่าง	t	d
บุคลากรสาธารณสุข (n = 95)					
ด้านความรู้	3.06 (0.47)	4.14 (0.77)	1.08	15.672*	1.61
ด้านทักษะ	2.78 (0.55)	4.01 (0.78)	1.23	18.378*	1.89
ด้านเจตคติ	3.31 (0.40)	4.16 (0.68)	0.85	13.945*	1.43
ภาพรวม	3.05 (0.27)	4.11 (0.56)	1.06	18.613*	1.91
อสม. แกนนำ (n = 100)					
ด้านความรู้	2.77 (0.53)	3.96 (0.72)	1.19	18.630*	1.86
ด้านทักษะ	2.56 (0.56)	3.84 (0.84)	1.28	19.270*	1.93
ด้านเจตคติ	3.37 (0.47)	4.08 (0.74)	0.71	10.323*	1.03
ภาพรวม	2.90 (0.31)	3.96 (0.62)	1.06	17.605*	1.76

หมายเหตุ: * p < .001 (การทดสอบค่าทีแบบจับคู่); d = ขนาดอิทธิพลของโคเฮน

สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวมเพิ่มจาก 3.05 เป็น 4.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 18.613, df = 94, p < .001) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก (d = 1.91) ด้านที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านทักษะ ซึ่งเป็นด้านที่ต่ำที่สุดในระยะที่ 1 พอดี สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแกนนำเพิ่มจาก 2.90 เป็น 3.96 (t = 17.605, p < .001, d = 1.76) ผลการวิเคราะห์นี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการแสดงในตารางที่ 7 คุณภาพบริการในภาพรวมเพิ่มจาก 3.05 เป็น 4.18 (t = 20.040, p < .001, d = 2.06) และความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพิ่มจาก 3.42 เป็น 4.24 (t = 23.986, p < .001, d = 1.52) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 และ 3 ตามลำดับ นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการใช้กลไกยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 3.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 20.178, df = 249, p < .001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนและหลังการใช้กลไก

กลุ่ม/ด้าน	ก่อน M (SD)	หลัง M (SD)	ผลต่าง	t	d
คุณภาพการให้บริการ (n = 95)					
การประเมินสุขภาพแบบครอบคลุม	3.10 (0.49)	4.24 (0.70)	1.14	17.600*	1.81
การใช้แผนการดูแลรายบุคคล	2.93 (0.56)	4.15 (0.81)	1.22	17.531*	1.80
การประสานงานและการส่งต่อ	3.27 (0.44)	4.22 (0.74)	0.95	13.186*	1.35
ความต่อเนื่องของการดูแลในชุมชน	3.13 (0.61)	4.21 (0.76)	1.08	16.171*	1.66
การใช้ข้อมูลและระบบสารสนเทศ	2.80 (0.59)	4.09 (0.85)	1.29	19.159*	1.97
ภาพรวม	3.05 (0.24)	4.18 (0.59)	1.13	20.040*	2.06
ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (n = 250)					
การเข้าถึงบริการ	3.38 (0.58)	4.24 (0.72)	0.86	21.228*	1.34
คุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแล	3.30 (0.56)	4.24 (0.76)	0.94	23.618*	1.49
การสื่อสารและการให้ข้อมูล	3.50 (0.55)	4.25 (0.79)	0.75	17.868*	1.13
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	3.48 (0.52)	4.20 (0.73)	0.72	18.458*	1.17
ภาพรวม	3.42 (0.28)	4.24 (0.57)	0.82	23.986*	1.52

หมายเหตุ: * p < .001 (การทดสอบค่าทีแบบจับคู่)

ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมที่สุดปรากฏในตัวชี้วัดการให้บริการที่เก็บจากระบบข้อมูลของอำเภอ ดังตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้เกิดขึ้นโดยที่อัตรากำลังของอำเภอไม่ได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการวิจัยครั้งนี้

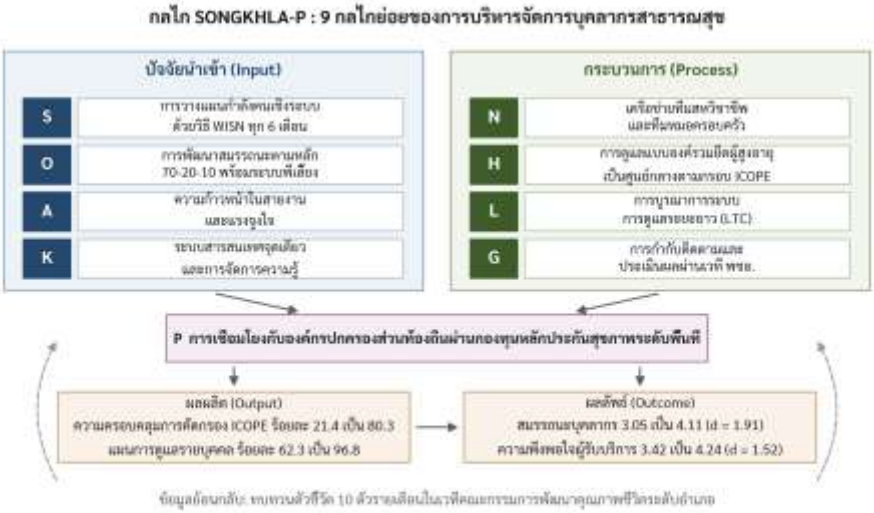
ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดการให้บริการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้กลไก อำเภอระโนด

ตัวชี้วัด	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง
ร้อยละของผู้สูงอายุเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง	21.4	80.3	+58.9
ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงที่มีแผนการดูแลรายบุคคล	62.3	96.8	+34.5
ร้อยละของการเยี่ยมบ้านตามแผนที่ดำเนินการได้จริง	58.1	93.4	+35.3
จำนวนรายที่ได้รับการจัดการรายกรณี (Case Management)	148	612	+464
ระยะเวลาเฉลี่ยรอคอยการส่งต่อเข้าสู่บริการเฉพาะทาง (วัน)	14.2	5.6	-8.6
ร้อยละการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน	12.8	7.9	-4.9
ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่คะแนน ADL ดีขึ้น	18.6	44.7	+26.1
อัตราส่วนภาระงานต่ออัตรากำลังตาม WISN (WISN ratio)	0.6	0.9	+0.2

4. การประเมินผลและกลไกฉบับสมบูรณ์ (ระยะที่ 4)

การประเมินผลตามกรอบของเคิร์กแพทริกกับผู้เข้าร่วม 195 คน พบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ระดับ (ภาพรวม M = 4.28, SD = 0.26) โดยระดับปฏิกิริยาสูงที่สุด (M = 4.48) และระดับผลลัพธ์ต่ำที่สุด (M = 4.16) สะท้อนว่าผลลัพธ์ระดับระบบต้องใช้เวลามากกว่า 16 สัปดาห์จึงจะปรากฏเต็มที่ การถอดบทเรียนตามแนวคิดการประเมินเชิงสัจนิยมชี้ว่ากลไกทำงานได้ดีในเงื่อนไข 3 ประการ

ได้แก่ การมีผู้จัดการการดูแลที่ระบุตัวบุคคลได้ชัดเจน การมีเวทีทบทวนผลที่ผูกกับโครงสร้างเดิมของพื้นที่ และการมีข้อมูลชุดเดียวที่ทุกฝ่ายใช้ร่วมกัน ขณะเดียวกันยังพบข้อจำกัดที่กลไกระดับอำเภอแก้ไขเองไม่ได้ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังขึ้นกับความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากกว่าระบบ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลไกย่อยที่ 9 ด้านการเชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ทำให้กลไกฉบับสมบูรณ์เรียกว่า “กลไก SONGKHLA-P” ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข SONGKHLA-P ฉบับสมบูรณ์

กลไกฉบับสมบูรณ์ได้รับการประเมินโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 120 คน ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.49, SD = 0.19) โดยด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือด้านความยั่งยืนและศักยภาพในการขยายผล (M = 4.25) ซึ่งสอดคล้องกับข้อกังวลของผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ระยะที่ 2 ว่ากลไกจะดำรงอยู่ได้เพียงใดเมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัญหาการบริหารกำลังคนอยู่ที่ต้นน้ำไม่ใช่ที่ปลายทาง

ข้อค้นพบที่ชัดที่สุดจากระยะที่ 1 คือรูปแบบคะแนนที่กลับด้านกับความคาดหมาย ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ได้คะแนนสูงกว่าด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการอย่างเห็นได้ชัด นั่นหมายความว่าระบบยังส่งมอบบริการได้ทั้งที่ฐานรากยังไม่พร้อม ซึ่งเป็นภาพของระบบที่ขับเคลื่อนด้วยความทุ่มเทของบุคคลมากกว่าด้วยระบบ และเป็นสภาพที่ไม่อาจดำรงอยู่ได้นานเมื่อภาระโรคของผู้สูงอายุยังเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Thongngun และ Tiraphat[15] ที่พบว่าแรงจูงใจและการบริหารจัดการเชิงบริหารเป็นตัวทำนายการดำเนินงานการดูแลระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ (aOR = 7.94 และ 5.19 ตามลำดับ) กล่าวคือความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุในระบบที่มีทรัพยากรจำกัดขึ้นอยู่กับสมรรถนะเชิงบริหารและสมรรถนะของคน มากกว่าการขยายทรัพยากรทางวัตถุเพียงอย่างเดียว ในประเด็นเครื่องมือวางแผนกำลังคน ข้อค้นพบว่าการวางแผนอัตรากำลังโดยใช้ภาระงานจริงได้คะแนนต่ำที่สุด (M = 2.41) สอดคล้องกับอุปสรรคของวิธี WISN ที่ Asres และ Gessesse[7] ระบุไว้ และกับ Mabunda และคณะ[8] ที่พบว่าการประเมินภาระงานมักไม่ถูกแปลงเป็นการเปลี่ยนกรอบอัตรากำลังจริง ผู้วิจัยจึงออกแบบ

กลไกย่อย S ให้มีรอบเวลาการทบทวนที่ชัดเจนทุก 6 เดือน และผูกเข้ากับเวทีตัดสินใจที่มีอำนาจจริงในพื้นที่

2. ช่องว่างระหว่างเจตคติกับทักษะ และความเหลื่อมล้ำของสมรรถนะตามระดับหน่วยบริการ

ผลการวิจัยพบว่าเจตคติของบุคลากรสูงกว่าทักษะอย่างชัดเจน โดยมีช่องว่างเท่ากับ 0.29 คะแนน ข้อค้นพบนี้มีนัยเชิงนโยบายสำคัญ เพราะเจตคติเป็นสิ่งที่สร้างได้ยากที่สุดแต่กลับมีอยู่แล้ว ขณะที่ทักษะเป็นสิ่งที่สร้างได้ด้วยการฝึกอบรมที่ออกแบบดีแต่กลับเป็นสิ่งที่ขาด การลงทุนพัฒนาสมรรถนะจึงมีโอกาสให้ผลตอบแทนสูง สอดคล้องกับ Dimitriadou และคณะ[16] ที่พบว่าหลักสูตรที่ผสมการเรียนรู้ในห้องเรียนกับการฝึกปฏิบัติหน้างานให้ผลดีกว่าการอบรมแบบบรรยายอย่างเดียว ส่วนความเหลื่อมล้ำของสมรรถนะตามระดับหน่วยบริการ ($F = 17.502$, $p < .001$) สะท้อนว่าหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนที่สุดกลับมีสมรรถนะเฉพาะทางต่ำที่สุด ทั้งที่เป็นด่านหน้าในการคัดกรองและติดตามผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Khanthavudh และคณะ[17] ที่พบว่าศักยภาพของอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถูกใช้ไม่เต็มที่เนื่องจากขาดระบบสนับสนุนและการนิเทศที่ต่อเนื่อง การพัฒนาสมรรถนะจึงควรทุ่มน้ำหนักลงที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นลำดับแรก

3. ประสิทธิผลของกลไกและเงื่อนไขที่ทำให้กลไกทำงาน

ขนาดอิทธิพลที่พบในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับสูงมากทุกตัวแปร ($d = 1.91$ ถึง 2.06) ซึ่งต้องตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ค่าที่วัดได้จึงรวมผลของกลไกเข้ากับผลของการได้รับความสนใจเป็นพิเศษระหว่างการวิจัยไว้ด้วยกัน อย่างไรก็ตาม การที่ตัวชี้วัดเชิงระบบซึ่งเก็บจากฐานข้อมูลของอำเภอเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันกับคะแนนจากแบบสอบถาม เช่น ความครอบคลุมการคัดกรองที่เพิ่มจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 80.3 และระยะเวลารอคอยการส่งต่อที่ลดจาก 14.2 เหลือ 5.6 วัน ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อสรุป เพราะตัวชี้วัดเหล่านี้ไม่ได้อาศัยการรายงานตนเองของผู้เข้าร่วม ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือ ผลลัพธ์ทั้งหมดเกิดขึ้นโดยที่อัตรากำลังของอำเภอไม่ได้เพิ่มขึ้นแม้แต่ตำแหน่งเดียว สิ่งที่เปลี่ยนไปคือวิธีจัดสรรเวลาของคนที่มีอยู่ การกระจายงานบางส่วนไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้ขอบเขตบทบาทที่ชัดเจนและการลดงานที่ซ้ำซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานระดับสากลว่าการกระจายภารกิจอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความครอบคลุมของบริการได้โดยไม่ลดคุณภาพ และสอดคล้องกับ Sano และคณะ[9] ที่ชี้ว่าความสำเร็จของระบบการดูแลแบบบูรณาการระดับชุมชนขึ้นอยู่กับการมีผู้ทำหน้าที่ประสานงานที่ชัดเจนมากกว่าการเพิ่มจำนวนบุคลากร

4. เพดานของกลไกระดับพื้นที่

แม้ผลการวิจัยจะเป็นบวกในภาพรวม แต่มีสองจุดที่ได้คะแนนต่ำกว่าจุดอื่นอย่างสม่ำเสมอ คือ กลไกย่อยด้านความก้าวหน้าในอาชีพและแรงจูงใจ ($M = 4.18$) และด้านความยั่งยืนและศักยภาพในการขยายผล ($M = 4.25$) ทั้งสองเรื่องมีลักษณะร่วมกันคือเป็นสิ่งที่อยู่นอกอำนาจตัดสินใจของระดับอำเภอ การกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในสายงานและตำแหน่งผู้จัดการการดูแลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาเป็นเรื่องของส่วนกลาง ขณะที่ความยั่งยืนขึ้นอยู่กับการมีงบประมาณประจำที่ไม่ผูกกับโครงการ สอดคล้องกับ Chon และคณะ[10] ที่ชี้ว่าการขยายสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวโดยไม่เตรียมโครงสร้างกำลังคนรองรับจะสร้างแรงกดดันต่อคุณภาพบริการในระยะยาว กลไกระดับพื้นที่จึงมีเพดานของตัวเองและการขยายผลจำเป็นต้องมีการตัดสินใจเชิงนโยบายจากส่วนกลางควบคู่ไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในสายงานการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน และกำหนดตำแหน่งผู้จัดการการดูแลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในระดับตำบล เพื่อไม่ให้การลงทุนพัฒนาสมรรถนะรั่วไหลไปพร้อมกับการย้ายงานของบุคลากร

2) ควรกำหนดให้การทบทวนกรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการปฐมภูมิใช้ข้อมูลภาระงานจริงตามวิธี WISN ร่วมกับสัดส่วนผู้สูงอายุรายตำบล และกำหนดรอบการทบทวนเป็นวาระประจำ

3) ควรสนับสนุนงบประมาณประจำสำหรับการพัฒนาสมรรถนะด้านผู้สูงอายุที่ไม่ผูกกับโครงการ และปรับปรุงระบบข้อมูลผู้สูงอายุให้เชื่อมโยงเป็นชุดเดียวกันในระดับอำเภอ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่

1) ควรนำกลไก SONGKHLA-P ไปใช้โดยเริ่มจากกลไกย่อยที่ใช้ทรัพยากรน้อยแต่ให้ผลเร็ว ได้แก่ การกำหนดรอบประชุมทีมสหวิชาชีพ การใช้แบบแผนการดูแลรายบุคคลชุดเดียวกัน และการทบทวนตัวชี้วัดในเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2) ควรออกแบบการพัฒนาสมรรถนะตามหลัก 70-20-10 โดยให้น้ำหนักกับการฝึกปฏิบัติหน้างานและระบบพี่เลี้ยงมากกว่าการอบรมภาคทฤษฎี พร้อมกำหนดเกณฑ์ผ่านที่วัดได้จากการสังเกตหน้างาน และกำหนดขอบเขตบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ชัดเจน

3) ควรประสานแผนและงบประมาณกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ไม่พึ่งพาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทดสอบกลไกด้วยแบบแผนที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การวิจัยแบบสุ่มระดับกลุ่ม เพื่อแยกผลของกลไกออกจากผลของการได้รับความสนใจเป็นพิเศษ ควรติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 12-24 เดือนเพื่อประเมินความยั่งยืนของกลไกภายหลังโครงการวิจัยสิ้นสุดลง และควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของกลไกเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในการขยายผลระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการทุกระดับในพื้นที่ศึกษา ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. https://thaitgri.org/?p=40208
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2568). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ความยั่งยืนทางการเงินการคลัง [เอกสารเชิงนโยบาย]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. https://www.hsri.or.th/policy_brief/711
3. World Health Organization. (2025). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726
4. Polidori, M. C., Religa, D., Gasowski, J., Jämsen, E., & Martin, F. C. (2026). Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework, 2nd edition: Getting closer to the medicine of the twenty-first century. European Geriatric Medicine, 17(2), 457–460. https://doi.org/10.1007/s41999-026-01420-2

5. Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J., & Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and 'universal' health coverage? BMJ Global Health, 7(6), Article e009316. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316
6. จุฑามาศ สินประจักษ์ผล และรุสนา จิตกาหลง. (2568). ประสิทธิผลการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 18(2), e274679. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/274679
7. Asres, G. D., & Gessesse, Y. K. (2024). Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method for health workforce planning at health facility: A scoping review. Human Factors in Healthcare, 6, Article 100078. https://doi.org/10.1016/j.hfh.2024.100078
8. Mabunda, S. A., Gupta, M., Sampath, R., & Joshi, R. (2025). The implementation of the Workforce Indicators of Staffing Needs (WISN) method to improve access to health workforce in selected South-East Asian countries. PLOS Global Public Health, 5(6), Article e0004727. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004727
9. Sano, J., Hirazawa, Y., Komamura, K., & Okamoto, S. (2023). An overview of systems for providing integrated and comprehensive care for older people in Japan. Archives of Public Health, 81, Article 81. https://doi.org/10.1186/s13690-023-01076-5
10. Chon, Y., Lee, S.-H., & Kim, Y.-Y. (2024). Long-term care insurance for older adults in terms of community care in South Korea: Using the framework method. Healthcare, 12(13), Article 1238. https://doi.org/10.3390/healthcare12131238
11. กรมการปกครอง. (2568). สถิติจำนวนประชากรแยกรายอายุ พ.ศ. 2567 จังหวัดสงขลา. ระบบสถิติทางการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน. สืบค้น 16 สิงหาคม 2568, จาก https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByProvince.php
12. ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน, และอรนุช ชูศรี. (2568). การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 8(1), 157–169. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/274996
13. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.). SAGE Publications.
14. Braun, V., & Clarke, V. (2021). Thematic analysis: A practical guide. SAGE Publications.
15. Thongngun, T., & Tiraphat, S. (2026). Provincial lessons on long-term care implementation in Thailand: Motivation and managerial capacities within a decentralized health system in a middle-income country. BMC Health Services Research, 26, Article 778. https://doi.org/10.1186/s12913-026-14571-6
16. Dimitriadou, I., Eloranta, S., Šteinmiller, J., Saridi, M., Lundberg, A., Häger, M., Hjaltadottir, I., Skuladottir, S. S., Korsström, N., Mört, S., Tuori, H., & Fradelos, E. C. (2025). Comprehensive geriatric health assessment core competencies and skills for primary care nurses: A scoping review. Geriatrics, 10(2), Article 48. https://doi.org/10.3390/geriatrics10020048
17. Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. PLOS ONE, 20(3), Article e0320559. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายต่อความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช

The Effects of a Brief Emotion Regulation Program before Discharge on Medication Knowledge and Medication Adherence among Psychiatric Patients

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พรพิมล พรมนัส[1] ธนะรัชต์ งอบโพธิ์[2] จิตราภรณ์ จิตรมาศ[3] ณภัคอร ช่วงสกุล[4] ขจรอรรถพณ พงศ์วิริทธิ์ธร[5]
Pornphimon Phrommanat[1] Thanarach Ngobphoe[2] Jittraporn Jitmas[3] Naphakaorn Chuangsakul[4] Kajornatthapol Pongwiritthon[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อต่อความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ณ หอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อร่วมกับผู้ดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินผล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เรื่องยา และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยาเพิ่มจาก 5.15±2.11 เป็น 9.75±1.21 และ 10.25±1.25 คะแนน ตามลำดับ และมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มจาก 30.75±8.81 เป็น 44.70±3.67 และ 46.45±3.05 คะแนน ตามลำดับ พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้เรื่องยา ($F=33.49$, $p<.001$, partial $\eta^2=.47$) และความร่วมมือในการใช้ยา ($F=63.27$, $p<.001$, partial $\eta^2=.63$)

คำสำคัญ: การกำกับอารมณ์แบบย่อ ความรู้เรื่องยา ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ป่วยจิตเวช

Abstracts

This study aimed to examine the effectiveness of a brief emotion regulation program on medication knowledge and medication adherence among patients with psychiatric disease. The sample consisted of 40 participants, equally assigned to an experimental group and a control group, with 20 participants in each group. The experimental group received the brief emotion regulation program with caregiver participation, whereas the control group received routine nursing interventions. Outcomes were assessed at three time points: before the intervention, immediately after the intervention, and at follow-up. The research instruments included a demographic data record form, a medication knowledge assessment form, and a medication adherence assessment form for Thai patients. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance.

The results revealed that the experimental group's medication knowledge scores increased from 5.15 ± 2.11 before the intervention to 9.75 ± 1.21 after the intervention and 10.25 ± 1.25 at follow-up. Medication adherence scores also increased from 30.75 ± 8.81 before the intervention to 44.70 ± 3.67 after the intervention and 46.45 ± 3.05 at follow-up. Significant interaction effects between time and group were

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
[2] ว่าที่ ร.อ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Author
[3] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ Corresponding Author
[4] กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ Corresponding Author
[5] คณะบริหารธุรกิจ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น Corresponding Author

found for both medication knowledge ($F = 33.49$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .47$) and medication adherence ($F = 63.27$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .63$).

Keywords: Mood regulation, Medication knowledge, Medication adherence, Psychiatric patients

บทนำ

โรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ การดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม ความสามารถในการประกอบอาชีพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นแนวทางสำคัญในการควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผลสำเร็จของการรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสิทธิผลของยาเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับความรู้เรื่องยา ความเข้าใจต่อแผนการรักษา และความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องของผู้ป่วย[1] ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช และมีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการรักษายาวนานมากขึ้น การทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่องและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีหลายด้าน ได้แก่ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับยา การตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากยา การใช้สารเสพติด ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ และที่สำคัญคือการสนับสนุนจากครอบครัว[1] ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถบริหารยาได้เมื่อกลับบ้าน

จากข้อมูลของหอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยเดิมที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอจำนวนร้อยละ 50 โดยปัญหาดังกล่าวสัมพันธ์กับการกำเริบของอาการและการกลับมารักษาซ้ำ สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลก่อนจำหน่ายที่ไม่เพียงให้ความรู้เรื่องยาเท่านั้น แต่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ ความคิด และปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน กระบวนการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบคลุมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งใช้ของยา ขนาดและวิธีใช้ ระยะเวลาในการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยจิตเวชมักมีปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่ายต่อการรักษา ความสิ้นหวัง ความคิดด้านลบ หรือการรับรู้อาการเจ็บป่วยไม่ชัดเจน ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดยาหรือปรับยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วย สามารถประเมินสภาพจิต อารมณ์ ความคิด ความเข้าใจเรื่องยา ความเสี่ยงต่อการหยุดยา และความพร้อมของผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง บทบาทของพยาบาลจึงครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การสื่อสารเชิงบำบัด การเสริมแรงจูงใจ การประเมินอุปสรรคต่อการรับประทานยา การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย โดยเฉพาะการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอารมณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา เช่น ความเศร้า ความกลัวผลข้างเคียง ความหงุดหงิด ความสิ้นหวัง และความรู้สึกเบื่อยา สอดคล้องกับแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross อธิบายว่าบุคคลสามารถจัดการอารมณ์ได้ตั้งแต่ระยะก่อน

เกิดอารมณ์จนถึงระยะตอบสนองต่ออารมณ์ ผ่านกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การเลือกสถานการณ์ การปรับเปลี่ยนสถานการณ์ การกำกับความสนใจ การปรับความคิด และการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ แนวคิดดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในการพยาบาลจิตเวชเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันอารมณ์ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการใช้ยา เช่น การหยุดยาเองเมื่อรู้สึกเบื่อหรือสิ้นหวัง การหลีกเลี่ยงยาเพราะกลัวผลข้างเคียง หรือการไม่มาตรวจตามนัดเมื่อรู้สึกท้อแท้ การฝึกให้ผู้ป่วยหยุดสังเกตอารมณ์ ประเมินความคิด และเลือกวิธีตอบสนองที่เหมาะสม จึงอาจช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2,3]

การกำกับอารมณ์เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการรับรู้อารมณ์ แยกแยะอารมณ์ด้านลบ และเลือกวิธีจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่ายต่อการรักษา กลัวผลข้างเคียง หรือรู้สึกถูกตีตรา อารมณ์เหล่านี้อาจทำให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยง เช่น ลืมยา หยุดยาเอง หรือไม่มาติดตามการรักษา ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่สามารถกำกับอารมณ์ได้ดีจะรู้เท่าทันความรู้สึกของตนเอง แยกแยะได้ว่าอารมณ์ใดเป็นตัวกระตุ้นให้ไม่อยากรับประทานยา สามารถหยุดคิดก่อนตัดสินใจ ปรับความคิด ใช้ทักษะเผชิญปัญหา และขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหรือทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง ลดโอกาสการกำเริบของอาการ และส่งเสริมการใช้ชีวิตในชุมชนได้มั่นคงมากขึ้น และนอกจากนี้ ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการใช้ยาหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่อาจมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ ความเข้าใจ การตระหนักต่อการเจ็บป่วย หรือการจัดการตนเอง ผู้ดูแลสามารถช่วยกำกับการใช้ยา สังเกตอาการเตือนและอาการไม่พึงประสงค์ พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามาตรการที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชควรมีลักษณะบูรณาการ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพหลายสาขา ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพ[4,5]

จากสถานการณ์ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบกับหลักฐานเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาด้านยา บทบาทของพยาบาลจิตเวช ความสำคัญของผู้ดูแล และแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลของ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยา สามารถรู้เท่าทันอารมณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา มีแผนรับมือเมื่อเกิดปัญหา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 150 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 36 คน คำนวณด้วยวิธี Two Independent Means โดย

ใช้ Application N4Studies แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน และเพื่อป้องกันการหลุดติดตามร้อยละ 15 จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดซ้ำหลายช่วงเวลา (quasi-experimental research with two-group repeated measures design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายต่อความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 40 คน โดยมีการประเมินผล 3 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลอง (T0) การติดตามครั้งที่ 1 ในวันที่แพทย์นัดครั้งแรก (T1) และการติดตามครั้งที่ 2 ในวันที่แพทย์นัดครั้งที่สอง (T2)

การจัดกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยการสุ่มระดับบุคคล (individual randomization) ในอัตราส่วน 1:1 โดยใช้การสุ่มแบบบล็อก (block randomization) ขนาดบล็อกเท่ากับ 4 ร่วมกับการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified randomization) ตามการวินิจฉัยทางคลินิก ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสมดุลตามกลุ่มการวินิจฉัย ภายหลังผู้เข้าร่วมผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการรายงานการทดลองที่กำหนดให้ระบุวิธีสร้างลำดับการสุ่ม วิธีจำกัดการสุ่ม เช่น blocking และ stratification ตลอดจนวิธีปกปิดการจัดสรรกลุ่มอย่างชัดเจน[6]

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยต้องมีอายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวล เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยกมลรักษ์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สามารถสื่อสารภาษาไทยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ดูแลหลักต้องเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วย อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย รับผิดชอบในการจัดยาให้ผู้ป่วย สามารถสื่อสารภาษาไทย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักนับรวมเป็นหนึ่งชุดข้อมูลในการศึกษา

เมื่อผู้เข้าร่วมผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจ ก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเอง ให้ผู้ปกครองหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายเป็นผู้ลงนามตามขั้นตอนที่กำหนด

หลังจากได้รับความยินยอม ผู้เข้าร่วมได้รับการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยใช้ block randomization ขนาดบล็อก 4 และ stratified randomization ตามการวินิจฉัยทางคลินิก ลำดับการสุ่มถูกเก็บรักษาไว้และใช้ซองทึบปิดผนึกเพื่อปกปิดการจัดสรรกลุ่ม โดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการประเมินผลเป็นผู้เปิดซองตามลำดับหลังจากผู้เข้าร่วมผ่านเกณฑ์และให้ความยินยอมแล้ว หลักการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการทราบกลุ่มที่จะได้รับล่วงหน้าก่อนการจัดสรร[6]

จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน (T0) โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก พร้อมประเมินความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ รายบุคคล ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ภายหลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามประเมินผลจำนวน 2 ครั้ง โดยการประเมินครั้งที่ 1 (T1) ดำเนินการในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งแรก ณ คลินิกจิตเวช และการประเมินครั้งที่ 2 (T2) ดำเนินการในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งที่สอง โดยประเมินตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาเช่นเดียวกับการประเมินก่อนการทดลอง นอกจากนี้ ใช้ข้อมูลจากระบบ HIM.Pro. ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบการตรวจสอบประวัติการรักษาและการรับยาของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ใช้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคร่วม และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย เพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องยา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีตัวเลือกคำตอบ 3 ระดับ ได้แก่ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่ทราบ” แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ใช้ประเมินในช่วงก่อนการทดลอง (T0) หลังได้รับการให้คำปรึกษาในวันนัดครั้งแรก (T1) และวันนัดครั้งที่สอง (T2)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale for Thais: MAST) พัฒนาโดย รสิกา อัครกรกุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิ[7] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาอย่างถูกต้อง และปัจจัยทางจิตสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 4 ถึง 1 คะแนนตามระดับคำตอบ และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในทิศทางกลับกัน คะแนนที่สูงแสดงถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีกว่า แบบประเมิน MAST ฉบับต้นฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha) เท่ากับ 0.85 และมีค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์เท่ากับ 0.737

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่าย เป็นกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชแบบรายบุคคล พัฒนาจากแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องยา ประกอบด้วยการประเมินปัญหาการรับประทานยา การสำรวจอารมณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา การให้ความรู้เรื่องยา การฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ และการวางแผนรับประทานยาหลังกลับบ้านจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 30–45 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือประกอบการดำเนินการวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และเภสัชกร ตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และตัวแปรที่ต้องการศึกษา รวมทั้งความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เรื่องยาใช้วิธีคูเดอร์–ริชาร์ดสัน (Kuder–Richardson: KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับ 0.61 ส่วนเครื่องมือที่ประเมินด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.60 ขณะที่แบบประเมิน MAST ฉบับต้นฉบับมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85 และมีค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์เท่ากับ 0.737 ทั้งนี้การรายงานคุณภาพของเครื่องมือวัดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยควรระบุหลักฐานเกี่ยวกับความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลและวิธีการเก็บข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพของการวัดผลลัพธ์ได้[8]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์แบ่งเป็นสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้ ข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามระดับการวัดของข้อมูล ส่วนการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสำหรับข้อมูลเชิงกลุ่มใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม

คะแนนความรู้เรื่องยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยานำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนการทดลอง (T0) การติดตามครั้งที่ 1 (T1) และการติดตามครั้งที่ 2 (T2) และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนนตามช่วงเวลาร่วมกับความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures analysis of variance: repeated measures ANOVA) เพื่อพิจารณาผลของเวลา (time effect) และปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม (time × group interaction) รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนในแต่ละช่วงเวลาตามแผนการวิเคราะห์ของการวิจัย การวิเคราะห์แบบ repeated measures จำเป็นต้องพิจารณาข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ sphericity และเมื่อข้อตกลงดังกล่าวไม่เป็นไปตามเกณฑ์สามารถใช้ค่าปรับแก้ เช่น Greenhouse–Geisser หรือ Huynh–Feldt ในการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ[9]

ผลการวิเคราะห์นำเสนอด้วยค่าสถิติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า F ค่า p และขนาดอิทธิพล (partial eta squared: partial η^2) ตามความเหมาะสมของการวิเคราะห์ โดยพิจารณาค่า $p < .05$ ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่รับรอง COA No. 004/2569 และรหัสโครงการ SSKHREC No. 065/2568

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยประเมินผล 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง (T0) หลังการทดลองหรือการติดตามครั้งที่ 1 (T1) และระยะติดตามผลหรือการติดตามครั้งที่ 2 (T2) ผลการศึกษานำเสนอเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนผลลัพธ์ในแต่ละช่วงเวลา ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และผลการเปรียบเทียบรายคู่ ดังนี้

1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 35.75 ปี (SD = 3.77) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 32.70 ปี (SD = 10.89) โดยอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = .67$, $p = .50$) รายได้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3,825.00 บาท (SD = 1,714.00) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3,000.00 บาท (SD = 6,911.85) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($t = .49$, $p = .63$) ส่วนระยะเวลาการ

เจ็บป่วยเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 5.20 ปี และไม่แตกต่างกัน (t = .00, p = 1.00)

สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม พบว่าเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยของแพทย์ โรคประจำตัว และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อย่างไรก็ตาม สถานภาพสมรสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.62$, $p = .04$) โดยกลุ่มทดลองเป็นโสดร้อยละ 55.0 สมรสร้อยละ 30.0 และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 15.0 ขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นโสดร้อยละ 50.0 สมรสร้อยละ 5.0 และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 45.0 ข้อมูลในต้นฉบับจึงไม่ได้สนับสนุนการกล่าวว่าลักษณะพื้นฐานทุกตัวแปรของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสถานภาพสมรสมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยาเฉลี่ย 5.15 คะแนน (SD = 2.11) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 5.80 คะแนน (SD = 2.14) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.92$, $p = .37$) ส่วนคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 30.75 คะแนน (SD = 8.81) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 35.21 คะแนน (SD = 7.41) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.64$, $p = .11$)

ผลดังกล่าวแสดงว่า ก่อนเริ่มการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปรผลลัพธ์หลักทั้งสองด้าน

3. การเปลี่ยนแปลงของความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เรื่องยาตลอด 3 ช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 5.15 คะแนน (SD = 2.11) ก่อนการทดลอง เป็น 9.75 คะแนน (SD = 1.21) หลังการทดลอง และ 10.25 คะแนน (SD = 1.25) ในระยะติดตามผล ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างคงที่ คือ 5.80 คะแนน (SD = 2.14), 6.15 คะแนน (SD = 2.21) และ 6.20 คะแนน (SD = 2.21) ตามลำดับ

สำหรับความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 30.75 คะแนน (SD = 8.81) ก่อนการทดลอง เป็น 44.70 คะแนน (SD = 3.67) หลังการทดลอง และเพิ่มเป็น 46.45 คะแนน (SD = 3.05) ในระยะติดตามผล ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 35.21 คะแนน (SD = 7.41) ก่อนการทดลอง 35.10 คะแนน (SD = 7.15) หลังการทดลอง และลดลงเป็น 32.55 คะแนน (SD = 6.71) ในระยะติดตามผล

4. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำภายในแต่ละกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ repeated measures ANOVA โดยใช้ค่า Greenhouse–Geisser correction ตามที่รายงานในต้นฉบับ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยาแตกต่างกันตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.16$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .82$) และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 81.50$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .81$)

ในกลุ่มควบคุม คะแนนความรู้เรื่องยาไม่แตกต่างกันตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .44$, $p = .58$, partial $\eta^2 = .02$) ขณะที่คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.64$, $p = .02$, partial $\eta^2 = .21$)

5. ผลของเวลาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์ทั้งสองกลุ่มร่วมกัน พบว่าคะแนนความรู้เรื่องยามีความแตกต่างตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 45.69$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .55$) และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่ม (time × group interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 33.49$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .47$) แสดงว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้เรื่อง

ยาในช่วงเวลาต่าง ๆ แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในทำนองเดียวกัน คะแนนความร่วมมือในการใช้ยามีความแตกต่างตามระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 37.14$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .50$) และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 63.27$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .63$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาตลอดระยะเวลาการศึกษาของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

6. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องยารายคู่ ผลการเปรียบเทียบรายคู่ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนความรู้เรื่องยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 4.60 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 5.10 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = .50, p = .21) สะท้อนว่าคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นหลังได้รับการแทรกแซงยังคงอยู่ในระยะติดตามผล กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของคะแนนความรู้เรื่องยาระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (MD = .35, p = 1.00) ระหว่างก่อนทดลองและระยะติดตามผล (MD = .40, p = 1.00) หรือระหว่างหลังทดลองและระยะติดตามผล (MD = .05, p = 1.00)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้เรื่องยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = .65, p = .34) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม 3.60 คะแนน (95% CI 2.46–4.74, $p < .001$) และในระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม 4.05 คะแนน (95% CI 2.90–5.20, $p < .001$)

7. การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยารายคู่ ในกลุ่มทดลอง คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 13.95 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองเฉลี่ย 15.70 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 1.75, p = .08)

ในกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (MD = .47, p = 1.00) หรือระหว่างก่อนทดลองกับระยะติดตามผล (MD = 3.11, p = .13) แต่พบความแตกต่างระหว่างหลังการทดลองกับระยะติดตามผล (MD = 2.63, p = .005) ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยที่ลดลงในระยะติดตามผล

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลองไม่พบความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = 4.46, p = .10) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 9.96 คะแนน (95% CI 6.30–13.63, $p < .001$) และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 14.35 คะแนน (95% CI 11.04–17.65, $p < .001$)

ผลการศึกษาตามข้อมูลในต้นฉบับแสดงให้เห็นว่า ภายหลังได้รับการให้โปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยาและคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนที่เพิ่มขึ้นยังคงอยู่ในระยะติดตามผล นอกจากนี้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง เวลา × กลุ่ม มีนัยสำคัญทั้งด้านความรู้เรื่องยา ($F = 33.49$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .47$) และความร่วมมือในการใช้ยา ($F = 63.27$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .63$) ซึ่งแสดงว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ตลอดระยะเวลาการศึกษาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 5.15 คะแนน ก่อนการทดลอง เป็น 9.75 คะแนน หลังการทดลอง และ 10.25 คะแนน โดยการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลามีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 85.16$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .82$) และเมื่อวิเคราะห์ทั้งสองกลุ่มร่วมกันพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 33.49$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .47$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เรื่องยาเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 5.80 เป็น 6.15 และ 6.20 คะแนนตามลำดับ และไม่แตกต่างกันตามระยะเวลา ($p = .58$) ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า การให้ความรู้เรื่องยาแบบรายบุคคลก่อนจำหน่าย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองหลังกลับบ้าน ได้แก่ วัตถุประสงค์ของยา วิธีรับประทานยา ความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง อาการไม่พึงประสงค์ และแนวทางการจัดการเมื่อเกิดปัญหาจากยา การมีผู้ดูแลร่วมรับข้อมูลยังช่วยให้เกิดการทบทวน สนับสนุน และกำกับการใช้ยาภายหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่อาจมีข้อจำกัดด้านความจำ การตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย หรือความสามารถในการจัดการตนเอง

ในด้านความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 30.75 คะแนน ก่อนการทดลอง เป็น 44.70 คะแนน หลังการทดลอง และ 46.45 คะแนน ในระยะติดตามผล การเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 81.50$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .81$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 35.21, 35.10 และ 32.55 คะแนนตามลำดับ เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 63.27$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .63$) นอกจากนี้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 9.96 คะแนน ($p < .001$) และในระยะติดตามผลสูงกว่าเฉลี่ย 14.35 คะแนน ($p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมไม่ได้มุ่งให้ความรู้เรื่องยาเพียงอย่างเดียว แต่ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์และความคิดที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ยา เช่น ความเบื่อยา ความกลัวผลข้างเคียง ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง หรือความรู้สึกว่าอาการดีขึ้นแล้วจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยา

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross[10] ซึ่งอธิบายว่าบุคคลสามารถจัดการอารมณ์ได้ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดอารมณ์จนถึงระยะตอบสนองต่ออารมณ์ ผ่านกระบวนการสำคัญ เช่น การกำกับความสนใจ การปรับความคิด และการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ ในบริบทของผู้ป่วยจิตเวช อารมณ์ด้านลบและความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสมอาจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เช่น หยุดยาเอง ลืมยา หรือลดขนาดยาเอง โปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายจึงช่วยให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตอารมณ์ ประเมินระดับความรุนแรงของอารมณ์ ก่อนการตอบสนองต่อสถานการณ์ และเลือกวิธีจัดการที่ปลอดภัยก่อนตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา กระบวนการดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมการรับประทานยาได้ดีขึ้นภายหลังกลับบ้าน พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการประเมินอาการทางจิต อารมณ์ ความคิด ความเข้าใจเรื่องยา ความพร้อมก่อนจำหน่าย และความสามารถของผู้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้สุขศึกษา การสื่อสารแบบไม่ตัดสิน การเสริมแรงจูงใจ การฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ และการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้อารมณ์ด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง ความเบื่อหน่ายต่อการรักษา ความกลัวผลข้างเคียง หรือความรู้สึกถูกตีตรา การขาด insight ความเชื่อด้านสุขภาพเชิงลบ การรับรู้ตราบาป

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมาก

เนื่องจากผู้ดูแลสามารถช่วยจัดยา เตือนการรับประทานยา สังเกตอาการกำเริบหรืออาการไม่พึงประสงค์ สนับสนุนการมาตรวจตามนัด และช่วยให้ผู้ป่วยใช้ทักษะการกำกับอารมณ์ในสถานการณ์จริงหลังจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังกลับบ้านจึงควรเป็นกระบวนการที่ผสานบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยพยาบาล เภสัชกร และทีมสหวิชาชีพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอด้านการพยาบาล

นำรูปแบบการให้โปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบย่อก่อนจำหน่ายร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช และกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีโอกาสหยุดยาได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังผู้ป่วยจิตเวชในบริบทที่หลากหลาย

2. เพิ่มระยะเวลาติดตามผลให้ยาวขึ้น เพื่อประเมินว่าความรู้เรื่องยาและความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นสามารถคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่

3. ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมด้วย เช่น การกำเริบของอาการ การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การมารับยาต่อเนื่อง อาการไม่พึงประสงค์จากยา และคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 3(4), 200–218. https://doi.org/10.1177/2045125312474019
2. Bonetti, A. F., Reis, W. C., Lombardi, N. F., Mendes, A. M., Netto, H. P., Rotta, I., Fernandez-Llimos, F., & Pontarolo, R. (2018). Pharmacist-led discharge medication counselling: A scoping review. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 24(3), 570–579. https://doi.org/10.1111/jep.12933
3. Kelly, W. N., Ho, M.-J., Smith, T., Bullers, K., & Kumar, A. (2023). Association of pharmacist intervention counseling with medication adherence and quality of life: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. Journal of the American Pharmacists Association, 63(4), 1095–1105. https://doi.org/10.1016/j.japh.2023.04.024
4. Syrnyk, M., & Glass, B. (2023). Pharmacist interventions in medication adherence in patients with mental health disorders: A scoping review. International Journal of Pharmacy Practice, 31(5), 449–458. https://doi.org/10.1093/ijpp/riad037
5. Cahaya, N., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., & Green, J. (2022). Interventions to improve medication adherence in people with schizophrenia: A systematic review. Patient Preference and Adherence, 16, 2431–2449. https://doi.org/10.2147/PPA.S378951
6. Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ, 340, c332. https://doi.org/10.1136/bmj.c332
7. รสิกา อัครกรกุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2560). [ชื่อบทความ/รายละเอียดบรรณานุกรมของแบบประเมิน Medication Adherence Scale for Thais (MAST) ตามเอกสารต้นฉบับ].

8. Calvert, M., Blazeby, J., Altman, D. G., Revicki, D. A., Moher, D., & Brundage, M. D. (2013). Reporting of patient-reported outcomes in randomized trials: The CONSORT PRO extension. JAMA, 309(8), 814–822. https://doi.org/10.1001/jama.2013.879
9. IBM. (n.d.). GLM repeated measures. IBM Documentation.
10. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. J Pers Soc Psychol. 1998;74(1):224-237. doi:10.1037//0022-3514.74.1.224.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

The Effect of a Motivation Enhancement Program Combined with Family Support on Motivation to Quit Amphetamine in Patients with Amphetamine-Induced Psychosis During the Rehabilitation Phase

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ผกามาศ มณีอินทร์[1] วัชรี มีศิลป์[1] รัชนีพร จันทร์มณี[1] สุดารัตน์ อรัญญา[1] ศศิภรณ์ วิงวอน[2]
Phakamat Manee-In[1] Watcharee Meesil[1] Ratchaneeporn Chunmanee[1] Sudarat Aranya[1] Sasiporn Wingworn[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน โดยมีญาติของผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว 2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) และ 3) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน แบบบันทึกการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และแบบบันทึกการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทุกฉบับและแบบสอบถามแรงจูงใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) การทดสอบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way repeated measures ANOVA) และสถิติแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์และติดตามครบ 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .070$) และมีการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) ดังนั้น โปรแกรมนี้จึงเป็นแนวทางการพยาบาลที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพและลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว, แรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน, ผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต, ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

Abstract

This quasi-experimental study used a two-group pretest-posttest design to examine the effects of a motivational enhancement program combined with family support on motivation to quit amphetamine use, continuity of treatment, and non-readmission within 3 months. The sample comprised 52 male inpatients with amphetamine use disorder and psychotic symptoms who were undergoing rehabilitation at the Princess

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). Participants were allocated to an experimental group (n = 26), whose 26 family members also took part in the program, and a control group (n = 26). The experimental group received an eight-activity motivational enhancement program combined with family support, delivered in group sessions over 4 weeks, whereas the control group received usual nursing care. The research instruments comprised 1) the motivational enhancement program combined with family support, 2) the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), and 3) data collection instruments, namely a demographic questionnaire, a questionnaire on motivation to quit amphetamine use, a 3-month treatment continuity record, and a 3-month non-readmission record. The content validity of all instruments was verified by three experts (CVI = 1.00), and the reliability of the motivation questionnaire was .85. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, the t-test, two-way repeated measures ANOVA, and the Mann-Whitney U test.

The results showed that the mean motivation scores of the experimental group at 2 weeks post-program and at the 3-month follow-up were significantly higher than those of the control group ($p < .001$). Treatment continuity within 3 months was higher in the experimental group than in the control group (92.3% vs. 73.1%), although the difference was not statistically significant ($p = .070$). The 3-month non-readmission rate was significantly higher in the experimental group (100.0% vs. 76.9%, $p = .010$). These findings suggest that the program can serve as a nursing intervention to enhance motivation to quit and reduce readmission in this patient group.

Keywords: motivational enhancement program combined with family support, motivation to quit amphetamine use, amphetamine-Induced Psychosis, rehabilitation phase

บทนำ

ปัญหาการใช้สารเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ.2023 มีผู้ใช้สารเสพติดประมาณ 316 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 1 ใน 12 คนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงระบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสม[1] สารกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamines) นับเป็นหนึ่งในสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาด และความรุนแรงสูง โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้เสพติด ระบบประสาทส่วนกลาง ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวชรุนแรง เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และโรคจิตจากสารเสพติด[2] สำหรับประเทศไทยข้อมูลสำรวจครัวเรือนปี พ.ศ. 2567 พบผู้ใช้ยาบ้าสูงถึง 1.5 ล้านคน โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงาน[3] สอดคล้องกับสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ปีงบประมาณ 2568 พบว่า มีผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มที่เข้ารับการบำบัดมากที่สุด โดยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.99 ของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด และกลุ่มผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีโรคร่วมทางจิตเวช (Co-occurring psychiatric disorders) ร้อยละ5.85 กระบวนการบำบัดรักษาจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนสูงและต้องใช้เวลานาน[4] ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเผชิญปัญหาการปรับตัวต่อกฎระเบียบและสิ่งแวดล้อมใหม่ จนเกิดความเครียดในระยะแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบอาการทางร่างกายและทางจิตมีอาการดีขึ้นจากการบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยา ผู้ป่วยจึงไม่ให้ความสำคัญในย้ายเข้าสู่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพต่อ มักปฏิเสธการบำบัดรักษาในระยะนี้ หรือขอยุติการบำบัดรักษาก่อนกำหนด ซึ่งสถิติปี 2568 ของสบยช. พบว่ามีผู้ป่วยจำหน่ายก่อนกำหนดในช่วง 1 เดือนแรกสูงถึงร้อยละ 44.02 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) และกลับมารักษาซ้ำ (Re-admission) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ[5,6] การบำบัด

เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET)[7] มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการบำบัดรักษามุ่นเน้นปรับเปลี่ยนเฉพาะตัวผู้ป่วยไม่เพียงพอ ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ใกล้ชิดและมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาจึงมีความจำเป็น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[8] ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เป็นแหล่งสนับสนุนปฐมภูมิที่ช่วยลดความเครียด เพิ่มการปรับตัว และเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างดีและช่วยลดระยะเวลาความรุนแรงของโรค[9] จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ ความร่วมมือในการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention rate) และการลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Re-admission rate) ภายใน 3 เดือน เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางการพยาบาลในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1.เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ดังนี้

1.1 เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวก่อนและหลังการทดลอง

1.2 เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองหลังที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การวิจัยนี้นำแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy)[7] โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหาปัญหาและจัดการความรู้สึกลังเลใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการบำบัดแบ่งเป็น 3

ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง และนำครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้ เข้าใจ และร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในบรรยากาศที่อบอุ่นและเห็นอกเห็นใจ จึงนำการสนับสนุนของครอบครัวของ House[8] ทั้ง 4 ด้านเพื่อให้มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนได้พัฒนาขึ้น เพื่อให้ในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมอันไปสู่การเลิกยาเสพติด ให้ความร่วมมือในการคงอยู่ในระบบการรักษาและไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยใช้รูปแบบกลุ่มบำบัด ซึ่งยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย ภายใต้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและผู้บำบัด อาศัยปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะการให้คำชี้แนะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ระหว่างกลุ่มเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1.ผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต ตามเกณฑ์ ICD-10 ซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เป็นผู้ป่วยที่เคยมีอาการทางจิตเวชในช่วงรับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดด้วยยาแต่มีอาการคงที่ สงบ สื่อสารได้ปกติและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 – เดือนสิงหาคม 2569

2. ครอบครัวของประชากรผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต ตามเกณฑ์ ICD-10 เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ในช่วงเวลาดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิต ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โดยการคัดเลือกด้วยวิธีการเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตสงบ ประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) มีคะแนน < 36 และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ รหัส F15.5 “ Mental and behavioral disorders due to use of other stimulants with psychotic disorder”

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และอ่านออกเขียนได้

4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรงต้องส่งเพื่อรับการรักษาทางกาย

2.มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.10 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 อำนาจการทดสอบ = .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.80 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 คน รวม 44 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็น 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน[10]

2. ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 ครอบครัว ที่เป็นกลุ่มทดลอง 26 ครอบครัวและกลุ่มควบคุม 26 ครอบครัว ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ 2 แห่ง กลุ่มละ 26 คน โดยสุ่มเลือกหอผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และพิจารณาตามลำดับการเข้ารับบริการเพื่อให้การดำเนินการวิจัยเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ และให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว พัฒนาจากแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ[7] ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมบำบัด 3 ระยะ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) การนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญา และ 3) กลยุทธ์การติดตามต่อเนื่อง ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[8] 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมิน ผู้วิจัยประยุกต์กิจกรรมจากโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา[11] และโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกของเยาวชนที่ใช้สารเอมเฟตามีน[12] โปรแกรมประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดำเนินแบบกลุ่มบำบัด ครั้งละ 45-60 นาที เริ่มทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดในสัปดาห์ที่ 2 จนถึงสัปดาห์ที่ 4 (รวม 3 สัปดาห์) โดยสัปดาห์ที่ 2 ทำกิจกรรม1-3 สัปดาห์ที่3 ทำกิจกรรมที่ 4-6 และสัปดาห์ที่4 ทำกิจกรรมที่ 7 กิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เราคือมิตรแท้ กิจกรรมที่ 2 แสงและเงา กิจกรรมที่ 3 แรงจูงใจที่สร้างได้ กิจกรรมที่ 4 เส้นทางที่เลือกเอง เป้าหมายในใจ กิจกรรมที่ 5 ก้าวไปด้วยกัน กิจกรรมที่ 6 ตอกย้ำความมั่นคง กิจกรรมที่ 7 ร่วมด้วยช่วยกัน และกิจกรรมที่ 8 มั่นคงในสัญญา หลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ทุก 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามภาวะสุขภาพและปัญหาอุปสรรค ร่วมหาแนวทางแก้ไข และติดตามการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบ 3 เดือนหลังจำหน่าย

โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 1 และได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลา รูปแบบการทำกิจกรรม และได้นำผลที่ได้ไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)[13] มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้สัมภาษณ์เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ โดยผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมโครงการต้องมีคะแนนน้อยกว่า 36 คะแนน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย บุคคลใกล้ชิดที่ใช้สารเสพติด อาชีพ รายได้ ระยะเวลาและปริมาณการใช้แอมเฟตามีน สารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม สาเหตุการใช้แอมเฟตามีน จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา อาการทางจิตเวช และระยะเวลาที่มีอาการทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน[12] ปรับจากแบบวัดขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเน้นด้านการลงมือ

กระทำ ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน การที่ผู้ป่วยยังคงมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยเข้ารับบริการตามแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด และไม่ขาดนัดหมาย (ตามแพทย์นัดซึ่งโดยปกติในระยะ 3 เดือน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และไม่กลับเข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค แบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน= .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 – เดือนสิงหาคม 2569 ที่โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนด ที่หอผู้ป่วยใน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 2 แห่ง จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียด และตอบคำถาม ถ้ามีประเด็นซักถามจนกลุ่มตัวอย่างได้รับความชัดเจน และให้ลงนามในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ส่วนที่ 1 ขั้นการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 2 จนถึงสัปดาห์ที่ 4 (รวม 3 สัปดาห์) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติตามรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังบำบัดฯสัปดาห์ที่ 4 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านและนัดติดตามในระยะสัปดาห์ที่ 2 เพื่อเก็บข้อมูลแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ขั้นติดตามผล ตั้งแต่จำหน่ายจากการฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบ 3 เดือน ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุก 2 สัปดาห์ เพื่อสอบถามอาการ การรับประทานยา และปัญหาที่พบเพื่อร่วมวางแผนแก้ไข พร้อมทั้งเตือนให้มาพบแพทย์ตามนัด บันทึกการมารับการรักษาในแต่ละครั้ง เก็บข้อมูลการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน และให้ทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนอีกครั้งเมื่อครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแคว์ (Chi-Square test) และสถิติฟิสเชอร์เอ็กแซก(Fisher's Exact test) สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal) และมาตราวัดจัดอันดับ (Ordinal scale)

3.วิเคราะห์เปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตาม 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way repeated measures ANOVA)

4. การเปรียบเทียบการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี รหัสโครงการวิจัยที่ 68026 เอกสารใบรับรองเลขที่ 002/2569 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 30.08 ปี (*SD* = 8.63) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 88.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.3) ว่างงานหรือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 50.0) และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 46.2) ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่รักใคร่กลมเกลียวกันดี (ร้อยละ 73.1) มีระยะเวลาใช้สารเสพติดเฉลี่ย 9.27 ปี (*SD* = 6.80) และเคยรับการรักษาทั้งที่ สบยช. และโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 46.2 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 30.42 ปี (*SD* = 7.72) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 84.6) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 38.5) ว่างงานหรือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 46.2) และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 46.2) ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกันดี (ร้อยละ 57.7) มีระยะเวลาใช้สารเสพติดเฉลี่ย 8.35 ปี (*SD* = 6.79) และเคยรับการรักษาทั้งที่ สบยช. และโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 42.3

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกัน

2. เปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในระยะติดตาม สัปดาห์ที่ 2 และในระยะ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.75$, $p = .086$) หลังการทดลองในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ($M = 75.50$, $SD = 4.02$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 70.77$, $SD = 1.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.50$, $p < .001$) และในระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลอง ($M = 81.69$, $SD = 3.03$) ยังคงมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 73.04$, $SD = 1.99$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.17$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ติดตามสัปดาห์ที่ 2 และการติดตามระยะ 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 52)

ช่วงเวลาของการประเมิน	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		*df*	*t*	p-value
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ก่อนการทดลอง	64.23	5.14	60.08	10.93	50	1.75	.086
หลังการทดลองติดตามสัปดาห์ที่ 2	75.50	4.02	70.77	1.75	34.15	5.50	< .001
หลังการทดลองติดตามระยะ 3 เดือน	81.69	3.03	73.04	1.99	43.18	12.17	< .001

3. เปรียบเทียบการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการ

มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัดภายใน 3 เดือน จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 92.3) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 73.1) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 273.00, Z = −1.82, p = .070) อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้ชี้ให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการคงอยู่ในระบบการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนอัตราการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 260.00, Z = −2.58, p = .010) โดยกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเลย จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 100.0) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 23.1) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 52)

ผลลัพธ์การรักษาในระยะ 3 เดือน	กลุ่มทดลอง (*n* = 26)		กลุ่มควบคุม (*n* = 26)		*U*	*Z*	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง					273.00	−1.82	.070
มารับการรักษาต่อเนื่องตามนัด	24	92.3	19	73.1			
ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง	2	7.7	7	26.9			
การไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ					260.00	−2.58	.010
ไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ	26	100.0	20	76.9			
กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ	0	0.0	6	23.1			

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ[7] ผสมผสานกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม[8] มาใช้ในผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ การพัฒนาโปรแกรม การทดลองใช้ ไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research

ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านแรงจูงใจ คือ คะแนนแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีน 2) ด้านการมารับการรักษาต่อเนื่อง คือ อัตราการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือน และ 3) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพบริการ คือ การไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน ผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้าน สอดคล้องกับหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลเชิงพฤติกรรมและจิตสังคมที่มุ่งให้ผู้ติดสารเสพติดลด ละ เลิกการใช้สาร และป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย นวลสุทธิ์ และคณะ[15] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติด และการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย[11,16]

ในด้านสภาพปัญหาและความต้องการ พบว่าผู้ป่วยเสพติดแอมเฟตามีนที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ อาการทางจิตกำเริบ การทำผิดกฎระเบียบ การขาดความร่วมมือ การหลบหนี หรือการขอกลับบ้านก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีความซับซ้อนในการดูแลและมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง[4,17] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่คงอยู่ในระบบการรักษาและการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ความเข้าใจผิดว่าตนเองหายแล้วเมื่ออาการทางจิตทุเลาในระยะบำบัดด้วยยา ความเครียดจากการปรับตัวเข้ากับระเบียบขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการที่ครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าความเครียดและภาระของครอบครัวส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว[6]

ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการเลิกเสพแอมเฟตามีนในระยะติดตามสัปดาห์ที่ 2 และระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดและการกระตุ้นแรงจูงใจภายในผ่านกระบวนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[15,18] ซึ่งพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยติดสารเสพติดมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเอง มีความต้องการการรักษา และเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrowclough และคณะ[19] ซึ่งพบว่าการบำบัดแบบบูรณาการระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีอาการทางจิตร่วมกับการใช้สารเสพติด ส่งผลเชิงบวกต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยลดปริมาณการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ กระบวนการบำบัดยังช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) สอดคล้องกับการศึกษาของจิณห์จุฑา ชัยเสนา และคณะ[12] ที่พบว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ผู้ใช้แอมเฟตามีนรับรู้ศักยภาพของตนเอง เกิดความหวัง และมองโลกในแง่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุม

ยิ่งไปกว่านั้น การบูรณาการแรงสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า เข้าไว้ในโปรแกรม เป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเกราะป้องกันทางจิตใจแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณกร พลพิชัย และจันทรา อุ้ยเอ้ง[16] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติด และการศึกษาของฉวีวรรณ สาระบุตร และสุขุมาภรณ์ บุญญาสุ[20] ที่พบว่าการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 3 เดือนมากกว่ากลุ่มควบคุม แม้ความแตกต่างยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก และมีการไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจควบคู่กับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการรักษาและการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ธรรมปัต[21] ซึ่งพบว่าการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทให้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ที่สำคัญ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลยังช่วยลดความเครียดและลดบรรยากาศการใช้อารมณ์ต่อกันในครอบครัว ซึ่งช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาของนุจรินทร์ บัวละคร[11] ที่สรุปว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคร่วมจิตเภทและสุราได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของนิมิต แก้วอาจ และคณะ[22] ที่พบว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการช่วยลดทั้งพฤติกรรมการใช้สารและอาการทางจิตของผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเลิกเสพ ส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการรักษา และลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งอาจช่วยลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Carey และคณะ[23] และจิณห์จุฑา ชัยเสนา และคณะ[12] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำ "โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว" ระยะเวลา 1 เดือน ไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมาตรฐาน (Clinical Nursing Practice Guideline) ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิตในแผนกฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โรงพยาบาลธัญญารักษ์ส่วนภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลการรักษาในระยะยาว เช่น 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของแรงจูงใจและอัตราการเสพซ้ำ (Relapse rate)

2. ควรศึกษาและขยายผลในกลุ่มผู้ป่วยหญิง หรือในบริบทโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติด โดยเฉพาะเครือข่ายโรงพยาบาลธัญญารักษ์ 6+1 เพื่อเพิ่มความครอบคลุมในการนำไปประยุกต์ใช้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัย พานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้ให้โอกาสและสนับสนุนในการดำเนินการศึกษาวิจัย ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยเสพติดทุกท่านที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการอันประโยชน์ และขอขอบคุณบุคลากรและผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง จนทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2025 [Internet]. Vienna: UNODC; 2025 [cited 2025 Jun 28]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html
2. Darke S, Kaye S, McKetin R, Duflou J. Major physical and psychological harms of methamphetamine use. Drug Alcohol Rev. 2008;27(3):253-62.

3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กองทุนป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.; 2567.
4. Rognli EB, Bramness JG. Understanding the relationship between amphetamines and psychosis. Curr Addict Rep. 2015;2(4):285-92.
5. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. 3rd ed. Bethesda (MD): National Institute on Drug Abuse; 2018.
6. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res. 2010;176(2-3):109-13.
7. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
8. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
9. เมธี สุทธศิลป์ และสุดา ภู่น้อย. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลวังเจ้า. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2566;4(2):102-19.
10. Grove SK, Burns N, Gray JR. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis (MO): Elsevier Saunders; 2013.
11. นุจรินทร์ บัวละคร. ผลของโปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยในโรคร่วมจิตเภทและสุรา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
12. จิณห์จุฑา ชัยเสนา, นุชนาถ แก้วมาตร, ภาคิณี เดชชัยยศ, หทัยชนก เผ่าวิริยะ, ศรวิษฐ์ บุญประชุม และสุรชาติ นันตา. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเอมเฟตามีน [รายงานการวิจัย]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
13.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.
14. จุไรพร สัมพุทธานนท์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นชาย สถานบำบัดยาเสพติดของรัฐ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
15. ศุภชัย นวลสุทธิ์, จุฬา ศรีรักษา, ทัปปณ สัมปทณรักษ์ และสมหมาย คชนาม. ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(2):163-77.
16. วรรณกร พลพิชัย และจันทรา อุ้ยเอ้ง. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทักษะทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของวัยรุ่นในตำบลไม้ฝาด อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง [รายงานการวิจัย]. ตรัง: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย; 2561.
17. วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดสารเสพติด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(2):57-67.
18. โยธิน ศิรินานันท์, ชนะพล ศรีฤาชา และวีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา. ประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีน อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(2):93-106.
19. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. BMJ. 2010;341:c6325.
20. ฉวีวรรณ สาระบุตร และสุขุมาภรณ์ บุญญาสุ. ผลของการให้คุณค่าและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดหลังครบโปรแกรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):1038-47.

21. จุฬาลักษณ์ ธรรมปัต. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
22. นิมิต แก้วอาจ, สุริยา ศิริสุข, นุจรินทร์ บัวละคร และภาณุรัตน์ ศรีมุงคุล. ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท [รายงานการวิจัย]. ขอนแก่น: กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2563.
23. Carey KB, Leontieva L, Dimmock J, Maisto SA, Batki SL. Adapting motivational interventions for comorbid schizophrenia and alcohol use disorders. Clin Psychol (New York). 2007;14(1):39-57.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเฉพาะทางเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น

Prevalence and Factors Associated with Reduced Kidney Function among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Attending the Specialized Diabetes Clinic at Khon Kaen Hospital.

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วีระยุทธ หุมอาจ[1] เตชสิทธิ์ สิทธิกานต์[1], ธนากร สำเภาทอง[2]
Weerayuth Hoom-ard[1], Techasit Sitthikan[1], Tanakorn Sampaothong[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 340 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกเฉพาะทางเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากร 1,603 ราย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ การทำงานของไตลดลงนิยามโดยค่า eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการวิจัยพบความชุกของการทำงานของไตลดลง (eGFR < 60) ร้อยละ 35.00 (119 ราย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ (Albuminuria) (aOR = 5.53, 95% CI: 3.12-9.82), อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (aOR = 4.23, 95% CI: 2.15-8.31), ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป (aOR = 3.43, 95% CI: 1.84-6.39) และความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มม.ปรอทขึ้นไป (aOR = 2.05, 95% CI: 1.12-3.75)

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, การทำงานของไตลดลง, ความชุก, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไตลดลง

Abstract

This survey research by cross-sectional analytical study among 340 patients with type 2 diabetes mellitus aimed to determine the prevalence of and identify factors associated with reduced kidney function among patients receiving care at the Specialized Diabetes Clinic, Khon Kaen Hospital. Participants were recruited through simple random sampling from a total population of 1,603 patients, and data were retrieved from electronic medical records. Reduced kidney function was defined as an estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 60 mL/min/1.73 m². Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression analysis.

The results demonstrated that the prevalence of reduced kidney function (eGFR < 60 mL/min/1.73 m²) was 35.00% (119 patients). Factors significantly associated with reduced kidney function were the presence of albuminuria (aOR = 5.53, 95% CI: 3.12–9.82), age ≥ 60 years (aOR = 4.23, 95% CI: 2.15–8.31), duration of diabetes ≥ 10 years (aOR = 3.43, 95% CI: 1.84–6.39), and systolic blood pressure ≥ 140 mmHg (aOR = 2.05, 95% CI: 1.12–3.75).

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Reduced kidney function, Prevalence, Factors associated with reduced kidney function

[1] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1] โดยภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือโรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Kidney Disease: DKD) เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต[2] สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากมีการทำงานของไตที่ลดลง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อย่างมหาศาล[3,4]

การทำงานของไตที่ลดลงในผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น อายุ และระยะเวลาที่เป็นโรค และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต[5,6] การตรวจพบความเสื่อมของไตในระยะแรกเริ่มผ่านการคัดกรองค่า eGFR และ Albuminuria จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต[7]

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยเบาหวานซับซ้อนเข้ารับการรักษาจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลปัจจุบันเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของไตในกลุ่มประชากรนี้ยังต้องการการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด[8]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการทำงานของไตลดลง (eGFR < 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม.) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเฉพาะทางเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงในกลุ่มประชากรดังกล่าว

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่คลินิกเฉพาะทางเบาหวาน โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 1,603 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran และปรับแก้ด้วยสูตร Finite Population Correction ได้ขนาดตัวอย่าง 307 ราย และเผื่อกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน (Data loss) ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 340 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

2. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (eGFR, HbA_1c, Urine albumin) ครบถ้วนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้เลขทะเบียนผู้ป่วยเป็นหน่วยสุ่ม

เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (i-hos) ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน (เพศ, อายุ), ข้อมูลทางคลินิก (ระยะเวลาโรค, ดัชนีมวลกาย, ความดันโลหิต) และผลทางห้องปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test และ Independent t-test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้น

การวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อิสระโดยควบคุมตัวแปรควบคุม โดยรายงานค่า Adjusted Odds Ratio (aOR) และ 95% Confidence Interval

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่โครงการ KEXP69054 โดยมีการเก็บรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 340 ราย พบข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยทางคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n=340)

ปัจจัยลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	217	63.82
หญิง	123	36.18
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย = 50.06, SD = 8.42)		
< 60 ปี	208	61.18
≥ 60 ปี	132	38.82
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
< 23 kg/m²	98	28.82
≥ 23 kg/m²	242	71.18
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA_1c)		
< 7%	90	26.47
≥ 7%	250	73.53

ความชุกของการทำงานของไตลดลง (Reduced kidney function) ซึ่งนิยามโดยค่า eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. พบจำนวน 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของการทำงานของไตลดลงจำแนกตามระดับ eGFR (n=340)

ระดับการทำงานของไต (eGFR)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปกติหรือลดลงเล็กน้อย (≥ 60)	221	65.00
การทำงานของไตลดลง (< 60)	**119**	**35.00**
- ระดับ 3 (30-59)	84	24.71
- ระดับ 4 (15-29)	25	7.35
- ระดับ 5 (< 15)	10	2.94

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย Pearson Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า อายุ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับความดันโลหิตตัวบน ภาวะ Albuminuria โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยา Metformin และการใช้ยา Statins มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ขณะที่เพศ BMI ระดับ FBS HbA_1c LDL DBP ประวัติสูบบุหรี่ การใช้ยา Glipizide Insulin และ ACEIs/ARBs ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงกลุ่มกับการทำงานของไตลดลงในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	กลุ่ม	eGFR ≥60 n (%)	eGFR <60 n (%)	χ^2	p-value
อายุ	<60 ปี	175 (79.19)	53 (44.54)	42.035	<0.001
	≥60 ปี	46 (20.81)	66 (55.46)		
เพศ	หญิง	74 (33.48)	49 (41.18)	1.982	0.159
	ชาย	147 (66.52)	70 (58.82)		
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน	<10 ปี	143 (64.71)	28 (23.53)	52.461	<0.001
	≥10 ปี	78 (35.29)	91 (76.47)		
BMI	<23 kg/m²	57 (25.79)	41 (34.45)	2.829	0.093
	≥23 kg/m²	164 (74.21)	78 (65.55)		
FBS	<126 mg/dL	89 (40.27)	53 (44.54)	0.579	0.447
	≥126 mg/dL	132 (59.73)	66 (55.46)		
HbA_1c	<7%	62 (28.05)	28 (23.53)	0.814	0.367
	≥7%	159 (71.95)	91 (76.47)		
LDL	<130 mg/dL	191 (86.43)	105 (88.24)	0.225	0.635
	≥130 mg/dL	30 (13.57)	14 (11.76)		
SBP	<140 mmHg	175 (79.19)	75 (63.03)	10.379	0.001
	≥140 mmHg	46 (20.81)	44 (36.97)		
DBP	<90 mmHg	202 (91.40)	112 (94.12)	0.807	0.369
	≥90 mmHg	19 (8.60)	7 (5.88)		
Albuminuria	ไม่พบโปรตีนรั่ว	161 (72.85)	45 (37.82)	39.762	<0.001
	พบโปรตีนรั่ว	60 (27.15)	74 (62.18)		
โรคความดันโลหิตสูง	ไม่มี	129 (58.37)	38 (31.93)	21.633	<0.001
	มี	92 (41.63)	81 (68.07)		
ประวัติสูบบุหรี่	ไม่สูบ	218 (98.64)	118 (99.16)	-	1.000[a]
	มีประวัติสูบ	3 (1.36)	1 (0.84)		
Metformin	ไม่ใช้	46 (20.81)	78 (65.55)	66.800	<0.001
	ใช้	175 (79.19)	41 (34.45)		
Glipizide	ใช้	157 (71.04)	90 (75.63)	0.820	0.365
	ไม่ใช้	64 (28.96)	29 (24.37)		
Insulin	ไม่ใช้	129 (58.37)	73 (61.34)	0.284	0.594
	ใช้	92 (41.63)	46 (38.66)		
Statins	ไม่ใช้	61 (27.60)	17 (14.29)	7.758	0.005
	ใช้	160 (72.40)	102 (85.71)		
ACEIs/ARBs	ไม่ใช้	131 (59.28)	63 (52.94)	1.267	0.260
	ใช้	90 (40.72)	56 (47.06)		

* วิเคราะห์ด้วย Pearson Chi-square test ยกเว้น [a] วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test; กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test พบว่า ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงมีอายุเฉลี่ย ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย ระดับ SBP เฉลี่ย และระดับ serum creatinine เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการทำงานของไตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ระดับ FBS, HbA_1c และ LDL ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีการทำงานของไตลดลง

ตัวแปร	eGFR ≥60 Mean ± SD	eGFR <60 Mean ± SD	t	p-value
อายุ (ปี)	45.23 ± 15.16	59.02 ± 15.56	-7.922	<0.001
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี)	9.08 ± 11.40	17.23 ± 10.28	-6.501	<0.001
น้ำหนัก (กก.)	71.96 ± 20.74	67.29 ± 13.30	2.517	0.012
ส่วนสูง (ซม.)	160.97 ± 8.37	160.98 ± 9.63	-0.012	0.991
BMI (kg/m²)	27.71 ± 7.30	26.04 ± 5.10	2.461	0.014
FBS (mg/dL)	159.59 ± 78.18	160.17 ± 97.86	-0.059	0.953
HbA_1c (%)	8.75 ± 2.63	8.79 ± 2.53	-0.144	0.886
LDL (mg/dL)	81.21 ± 47.09	88.44 ± 38.19	-1.530	0.127
SBP (mmHg)	124.59 ± 18.86	132.69 ± 21.26	-3.611	<0.001
DBP (mmHg)	73.24 ± 11.79	68.33 ± 12.61	3.578	<0.001
Serum creatinine (mg/dL)	0.81 ± 0.74	2.39 ± 2.29	-7.341	<0.001
eGFR (mL/min/1.73 m²)	102.42 ± 23.85	32.86 ± 16.56	31.496	<0.001

* ใช้ Student t-test เมื่อความแปรปรวนของสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และใช้ Welch t-test เมื่อความแปรปรวนแตกต่างกัน; กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงด้วย Multiple Logistic Regression พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ ผลการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression พบว่า Albuminuria เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงมากที่สุด รองลงมาคือ อายุ ≥60 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ≥10 ปี และ SBP ≥140 mmHg ขณะที่ความสัมพันธ์ของการใช้ Metformin ควรพิจารณาถึงผลของ confounding by indication ทั้งนี้แบบจำลองมีความเหมาะสมและสามารถจำแนกผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงได้ดี (AUC=0.802) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลง (Multiple Logistic Regression)

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
มีภาวะ Albuminuria	5.53	3.12 - 9.82	< 0.001
อายุ ≥ 60 ปี	4.23	2.15 - 8.31	< 0.001
ระยะเวลาเบาหวาน ≥ 10 ปี	3.43	1.84 - 6.39	< 0.001
SBP ≥ 140 mmHg	2.05	1.12 - 3.75	0.021

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของการทำงานของไตลดลงร้อยละ 35.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอื่น ๆ ที่พบในช่วงร้อยละ 30-40[9] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือการมีโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะ (aOR=5.53) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดสำคัญของพยาธิสภาพที่หลอดเลือดฝอยในไตที่ถูกทำลายจากน้ำตาลในเลือดสูง[10]

อายุที่มากขึ้น (≥ 60 ปี) มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการทำงานของไตที่ลดลง ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการเสื่อมตามธรรมชาติของหน่วยไต (Nephron senescence) ร่วมกับความเสียหาย

จากโรคเบาหวาน[11] ในขณะที่ระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนานส่งผลต่อการสะสมของ Advanced Glycation End-products (AGEs) ซึ่งทำลายโครงสร้างไต[12]

ประเด็นที่น่าสนใจคือความสัมพันธ์ของความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP ≥ 140) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ การมี SBP สูงส่งผลให้เกิด Intra-glomerular hypertension และเร่งการเกิดพังผืดในไต[13] สำหรับการใช้ยา Metformin ในกลุ่มที่มี eGFR ต่ำนั้น จากการทบทวนเวชระเบียนพบประเด็น Confounding by indication กล่าวคือแพทย์มักหลีกเลี่ยงการใช้ยา Metformin ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงอยู่ก่อนแล้วตามแนวทางเวชปฏิบัติ[14,15]

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเชิงรุกแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective cohort) เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาในกลุ่ม SGLT2 inhibitors ต่อการชะลอการเสื่อมของไตในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels, Belgium; 2021.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
3. Kitiyakara C, et al. The epidemiology of chronic kidney disease in Thailand. Nephrology. 2020;25(10):735-42.
4. Thai Renal Outcomes Network. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy. Bangkok; 2022.
5. Heerspink HJL, et al. Kidney outcomes associated with use of SGLT2 inhibitors in real-world clinical practice. Kidney Int. 2018;94(1):167-76.
6. American Diabetes Association. 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Supp 1):S191-202.
7. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2022;102(4S):S1-127.
8. Khon Kaen Hospital. Annual Statistics Report 2023. Khon Kaen: Medical Informatics Department; 2023.
9. Rawdaree P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in Thai patients with type 2 diabetes mellitus. J Med Assoc Thai. 2012;95(9):1141-9.
10. Mogensen CE. Microalbuminuria and hypertension in determining the evolution of diabetic nephropathy. Diabet Med. 2017;34(11):1498-505.
11. Denic A, et al. The Substantial Loss of Nephrons in Healthy Human Kidneys with Aging. J Am Soc Nephrol. 2017;28(1):313-20.
12. Yamagishi S, Matsui T. Advanced glycation end products, oxidative stress and diabetic nephropathy. Oxid Med Cell Longev. 2010;3(2):101-8.
13. Bakris GL. Management of hypertension in patients with diabetes and chronic kidney disease. Diabetes Care. 2011;34(Supp 2):S210-4.
14. Inzucchi SE, et al. Metformin in patients with type 2 diabetes and kidney disease: a systematic review. JAMA. 2014;312(24):2668-75.
15. Lipska KJ, et al. Use of metformin in the setting of mild-to-moderate renal insufficiency. Diabetes Care. 2011;34(6):1431-7.

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Seamless Care and Referral Model for Psychiatric Emergency Patients in the Yang Sisurat District Health Service Network, Maha Sarakham Province

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ลภณพร วงษ์อินตา[1] กัลยาณี ประทุมทอง[1] วิยดา ดุลยเกียรติ[1] ประครอง ประกิระนะ[1] กาญจนา จันทะนุย[1]
Lapanaporn Wonginta[1] Kullayanee Pratumtong[1] Wiyada Dulayakiat[1] Prakrong Prakirana[1] Kanjana Chanthanui[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อ 2) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2566–กันยายน 2567 โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อร่วมกับการจัดการรายกรณี แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ และการประเมินผล ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบจำนวน 45 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประเมินผลในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินหลังพัฒนาจำนวน 69 ราย โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนพัฒนาจำนวน 67 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระบบเดิมมีช่องว่างด้านการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยง การเตรียมและส่งต่อข้อมูล การประสานระหว่างหน่วยบริการ และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินและจำแนกความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 2) การดูแลและส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับบริการ 3) การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน 4) การเชื่อมโยงข้อมูลและติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา และ 5) การพัฒนาศักยภาพทีมและระบบกำกับคุณภาพ ภายหลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงครบถ้วนเพิ่มจากร้อยละ 71.64 เป็นร้อยละ 97.10 การติดตามต่อเนื่องหลังการรักษาเพิ่มจากร้อยละ 58.21 เป็นร้อยละ 94.20 และสัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อลดจากร้อยละ 26.87 เป็นร้อยละ 17.39 ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยและข้อมูลส่งต่อครบถ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 100 การส่งต่อภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 91.67 และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อหลังพัฒนา ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การจัดการรายกรณี 28 ราย ได้รับการประเมินแบบองค์รวมร้อยละ 96.43 มีแผนการดูแลรายบุคคลร้อยละ 92.86 และไม่เกิดความรุนแรงซ้ำในช่วงติดตามร้อยละ 92.86 ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.54, SD = 0.39)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน, การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ, การจัดการรายกรณี

Abstract

This action research aimed to: (1) examine the situation and problems related to the management and referral of psychiatric emergency patients; (2) develop a seamless management and referral model for psychiatric emergency patients; and (3) evaluate the developed model within the Yang Sisurat District Health Service Network, Maha Sarakham Province. The study was conducted from September 2023 to September 2024 by

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

integrating the concepts of Seamless Care and Case Management. The research process comprised three phases: situation analysis, model development through two action research cycles, and model evaluation. Participants included 45 multidisciplinary team members and community network partners involved in the development process. Outcomes were evaluated among 69 psychiatric emergency patients after implementation and compared with data from 67 patients before implementation. Data were collected using interviews and focus group discussions, patient care records, the Overt Aggression Scale, and a satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings showed that the previous service system had gaps in risk and severity assessment, preparation and transfer of referral information, inter-facility coordination, and continuity of follow-up care in the community. The developed model consisted of five components: (1) systematic risk assessment and classification; (2) seamless care and referral across all levels of health services; (3) case management for high-risk and complex patients; (4) information linkage and continuity of care after treatment; and (5) workforce capacity building and quality monitoring. After implementation, complete assessment of severity and risk increased from 71.64% to 97.10%, and continuous follow-up after treatment increased from 58.21% to 94.20%. The proportion of patients requiring referral decreased from 26.87% to 17.39%. Among referred patients, complete patient preparation and referral information increased to 100%, and referrals completed within two hours increased from 50.00% to 91.67%. No adverse events during waiting or transfer were reported after implementation. Among 28 patients meeting the criteria for case management, 96.43% received comprehensive assessment, 92.86% had individualized care plans, and 92.86% experienced no recurrent violence during follow-up. Overall satisfaction among the multidisciplinary team and network partners was at the highest level (Mean = 4.54, SD = 0.39).

Keywords : psychiatric emergency patients, seamless referral, case management

บทนำ

ภาวะจิตเวชฉุกเฉินเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมอย่างรุนแรง จนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และจำเป็นต้องได้รับการประเมินช่วยเหลือ และจัดการอย่างเร่งด่วน เพื่อควบคุมอาการ ลดความรุนแรง และป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจึงต้องครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองและประเมินภาวะฉุกเฉิน การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือการก่อความรุนแรง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลความปลอดภัย การรักษาเบื้องต้น ตลอดจนการประสานและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงและศักยภาพของหน่วยบริการ[1,2]

ผู้ป่วยจิตเวชบางรายมีปัจจัยเสี่ยงจากการขาดการรักษาต่อเนื่อง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การใช้สุราหรือสารเสพติด รวมถึงปัญหาครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว พฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และนำไปสู่ภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินเฝ้าระวัง บำบัดรักษา และติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบและการเกิดความรุนแรงซ้ำ[3]

การจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีความซับซ้อนแตกต่างจากผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป เนื่องจากนอกจากต้องประเมินและแก้ไขภาวะฉุกเฉินทางกายแล้ว ยังต้องประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง การใช้สุราและสารเสพติด รวมถึงโรคร่วมทางกายที่อาจส่งผลให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น บุคลากรจึงต้องมีความรู้และทักษะในการคัดกรองและจำแนกระดับความรุนแรง การสื่อสารเพื่อลดความตึงเครียด การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การใช้ยาและการผูกยึดตามข้อบ่งชี้ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการประสานทีมสหวิชาชีพและหน่วยบริการปลายทางอย่างรวดเร็วและปลอดภัย[4] การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่ได้สิ้นสุดเฉพาะการควบคุมอาการภายในโรงพยาบาล แต่ต้องเชื่อมโยงตั้งแต่การค้นพบผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชน การแจ้งเหตุและเข้าช่วยเหลือ การนำส่งจากชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การคัดกรองและประเมินความรุนแรง การรักษาเบื้องต้น การปรึกษาแพทย์หรือจิตแพทย์ การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ การประสานหน่วยบริการปลายทาง ตลอดจนการรับข้อมูลกลับและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช[1,3]

โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง รับผิดชอบพื้นที่ 7 ตำบล 91 หมู่บ้าน และเชื่อมโยงการให้บริการกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เมื่อเกิดผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ผู้ป่วยอาจได้รับการนำส่งจากครอบครัว ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจมายังโรงพยาบาลยางสีสุราช เพื่อรับการประเมินและรักษาเบื้องต้น หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีความเสี่ยงสูง หรือมีความซับซ้อนเกินศักยภาพของโรงพยาบาล จำเป็นต้องประสานและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากการทบทวนข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ 2563–2565[4] พบผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 48, 56 และ 67 ราย ตามลำดับ เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.58 โดยมีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อจำนวน 17, 22 และ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.42, 39.29 และ 43.28 ตามลำดับ ผู้ป่วย SMI-V มีจำนวน 15, 19 และ 25 ราย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จำนวน 11, 14 และ 20 ราย และผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม จำนวน 18, 23 และ 31 ราย ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้นและความซับซ้อนของการดูแล (โรงพยาบาลยางสีสุราช, 2565) เมื่อวิเคราะห์กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 29 ราย พบว่า ผู้ป่วย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.28 ใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีคำสั่งส่งต่อจนออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 2 ชั่วโมง ข้อมูลประกอบการส่งต่อไม่ครบถ้วน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.59 และต้องประสานหน่วยบริการปลายทางมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.93 นอกจากนี้พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อ เช่น อาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย หรือพยายามหลบหนี จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.79 สะท้อนถึงช่องว่างด้านความรวดเร็ว ความครบถ้วนของข้อมูล และความปลอดภัยของระบบส่งต่อ

จากการทบทวนกระบวนการดูแลยังพบว่า การประเมินความรุนแรงและความเสี่ยง การประสานข้อมูล การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และการติดตามข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางยังมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการและไม่มี

แนวทางปฏิบัติร่วมที่ชัดเจน ปัญหาดังกล่าวไม่ได้เกิดเฉพาะในขั้นตอนการส่งต่อ แต่ครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวังและนำส่งจากชุมชน การจัดการภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล การเตรียมและประสานการส่งต่อ จนถึงการส่งข้อมูลกลับเพื่อดูแลต่อเนื่องภายหลังการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าการจัดระบบการประเมิน การดูแล การส่งต่อ และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบช่วยให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร[2] ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care)[5] ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management)[6] มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ โดยการดูแลแบบไร้รอยต่อมุ่งเชื่อมโยงบริการตั้งแต่ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลยางสีสุราช จนถึงโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และการติดตามภายหลังกลับสู่ชุมชน ทั้งนี้ หลักฐานพบว่าความต่อเนื่องของผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กับการมาติดตามหลังจำหน่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช[7] ขณะเดียวกัน แนวคิดการจัดการรายกรณีมุ่งให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาซับซ้อนได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม มีการวางแผนการดูแลรายบุคคล การประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย และการติดตามต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแล หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบว่า Care Management ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน การวางแผน และการประสานการดูแล มีความสัมพันธ์กับการลดอาการทางจิต การเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง[6]

ดังนั้น การบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อร่วมกับการจัดการรายกรณีจึงมีความเหมาะสมในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้เชื่อมโยงทั้งระดับระบบบริการและระดับบุคคล ตั้งแต่ต้นทางในชุมชน การดูแลในโรงพยาบาล การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง จนถึงการรับข้อมูลกลับและติดตามต่อเนื่องในชุมชน โดยมุ่งให้เกิดความรวดเร็ว ความปลอดภัย ความครบถ้วนของข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนและช่องว่างของการดูแลตลอดจนลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อร่วมกับการจัดการรายกรณี เพื่อพัฒนาระบบที่เชื่อมโยงตั้งแต่ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน จนถึงโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้มีความต่อเนื่อง รวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการ
สุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart [8] และประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care)[5] ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management)[6] เป็นกรอบในการพัฒนา เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จนถึงการส่งข้อมูลกลับและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการวิจัยและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วงรอบ และ 3) ระยะประเมินผลรูปแบบ

พื้นที่ศึกษา ดำเนินการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลผู้ป่วยใน บุคลากรระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยตรง รวม 45 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราชและได้รับการดูแลหรือส่งต่อในช่วงเวลาที่ศึกษาที่สมัครใจทั้งหมดในช่วงเวลาวิจัย รวม 69 ราย เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยและวิเคราะห์สถานการณ์ เดือน กันยายน 2566 โดยดำเนินการดังนี้ 1) ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินย้อนหลัง ทั้งจำนวนผู้รับบริการ ลักษณะผู้ป่วย จำนวนและสัดส่วนการส่งต่อ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์ ระยะเวลารอส่งต่อ ความครบถ้วนของข้อมูลส่งต่อ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อ 2) ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับครอบครัวและชุมชน การนำส่งโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ตำรวจ การประเมินและรักษาที่โรงพยาบาลยางสีสุราช การประสานและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง ตลอดจนการส่งข้อมูลกลับและติดตามผู้ป่วยในชุมชน 3) สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์บุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ความต้องการและช่องว่างของระบบ เช่น การประเมินความรุนแรงและความเสี่ยง การประสานงาน การเตรียมผู้ป่วย การส่งข้อมูล การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ความปลอดภัยในการส่งต่อและการติดตามต่อเนื่องภายหลังการรักษา 4) วิเคราะห์กระบวนการและช่องว่างของระบบเดิม (Gap Analysis) และนำข้อมูลคืนแก่ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาและเป้าหมายของรูปแบบ ผลจากระยะที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566–กรกฎาคม พ.ศ. 2567 **วงรอบที่ 1** เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาสถานการณ์และ

วิเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1 มาคืนข้อมูลและประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบ และได้พัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ โดยบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ร่วมกับการจัดการรายกรณี (Case Management) สรุปเป็น 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตั้งแต่ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล ครอบคลุมการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ภาวะทางกาย การใช้สุราหรือสารเสพติด และพฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการและส่งต่ออย่างเหมาะสมตามระดับความเสี่ยง 2) พัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อแบบไร้รอยต่อ โดยกำหนดแนวทางการดูแลตั้งแต่การเฝ้าระวังและแจ้งเหตุในชุมชน การนำส่ง การจัดการภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ การประสานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รวมถึงพัฒนาแบบตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งต่อ (Referral Checklist) และแนวทางการสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ 3) พัฒนาระบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน โดยกำหนดบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ประสานทีมสหวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครอบครัวและเครือข่าย ตลอดจนติดตามและเชื่อมโยงการดูแลสำหรับผู้ป่วย SMI-V ผู้ป่วยก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และผู้ที่มีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม 4) พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลและติดตามต่อเนื่องกลับสู่ชุมชน โดยกำหนดข้อมูลสำคัญที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการประเมินความเสี่ยง การรักษาและยาที่ได้รับ พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งพัฒนาระบบรับข้อมูลกลับภายหลังการรักษา เพื่อใช้ติดตามการรับประทานยา การมาตามนัด อาการเตือนก่อนกำเริบ การใช้สุราหรือสารเสพติด และความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงซ้ำในชุมชน 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบกำกับติดตามผล โดยพัฒนาความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลความปลอดภัย การเตรียมและส่งต่อผู้ป่วย และการสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยบริการ พร้อมติดตามความครบถ้วนของการประเมินและข้อมูลส่งต่อ ระยะเวลาการส่งต่อ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความต่อเนื่องของการติดตาม เมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่ายังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยงของผู้ป่วยยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันในทุกหน่วยบริการ การใช้แบบตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งต่อและการบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วนบางราย การประสานหน่วยบริการปลายทางยังใช้เวลานานและมีการติดต่อซ้ำ บทบาทของผู้เกี่ยวข้องและเกณฑ์การเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณียังไม่ชัดเจนในบางสถานการณ์ การส่งข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางและการติดตามต่อเนื่องในชุมชนยังไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งบุคลากรบางส่วนยังขาดความมั่นใจในการประเมินและจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีความเสี่ยงสูง จึงนำสู่การพัฒนาในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 เดือนเมษายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำผลและข้อค้นพบจากวงรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้พัฒนาแนวทางต่างๆให้มีความชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย ประกอบด้วย 1) ปรับปรุงเกณฑ์การคัดกรองและจำแนกระดับความ

รุนแรงและความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน 2) ปรับแบบตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งต่อและแบบบันทึกข้อมูลให้กระชับ ครบถ้วน และสะดวกต่อการใช้งาน 3) พัฒนาระบบการสื่อสารและประสานหน่วยบริการปลายทาง โดยกำหนดช่องทาง ผู้รับผิดชอบ และข้อมูลสำคัญที่ต้องส่งต่อให้ชัดเจน เพื่อลดระยะเวลาและการประสานซ้ำ 4) กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและเกณฑ์การเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณีให้ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วย SMI-V ผู้ป่วยก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง หรือมีความเสี่ยงสูง 5) พัฒนาระบบส่งข้อมูลกลับและการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา โดยเชื่อมโยงโรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน และ 6) พัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการทบทวนความรู้ การฝึกทักษะ การทบทวนกรณีศึกษา และการนิเทศติดตาม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูง จากนั้นนำรูปแบบฉบับปรับปรุงไปใช้ติดตามผล และสะท้อนผลร่วมกัน เพื่อจัดทำเป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ โดยเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ ประเมินความครบถ้วนของการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การเตรียมและส่งต่อข้อมูล รวมถึงการติดตามต่อเนื่อง ด้านผลลัพธ์ผู้ป่วยและระบบบริการ ประเมินระยะเวลาการส่งต่อการประสานโรงพยาบาลปลายทางซ้ำ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การกลับมารับบริการซ้ำและความต่อเนื่องของการดูแลในชุมชน ความพึงพอใจต่อรูปแบบของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ การสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรคในการดูแล จำนวน 5 ข้อคำถาม รวมถึงแบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 2.2) แบบบันทึกข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช อาการและระดับความรุนแรงของภาวะฉุกเฉิน การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น การใช้สุราหรือสารเสพติด การดูแลและรักษาเบื้องต้น ข้อมูลการส่งต่อและระยะเวลาการส่งต่อ การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสี่ยงสูง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และผลการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา 2.3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) ของกรมสุขภาพจิตประกอบด้วย ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 3 ข้อ คือ ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อทรัพย์สิน ระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้ กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรม

ก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นหรือทรัพย์สิน 2.4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC= 0. 6- 1 ค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Conefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุ เป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยางสีสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 10/2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ 2563–2565 พบผู้ป่วยจำนวน 48, 56 และ 67 ราย ตามลำดับ เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.58 โดยมีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 17, 22 และ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.42, 39.29 และ 43.28 ตามลำดับ ผู้ป่วย SMI-V มีจำนวน 15, 19 และ 25 ราย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จำนวน 11, 14 และ 20 ราย และผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม จำนวน 18, 23 และ 31 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์กระบวนการส่งต่อในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 29 ราย พบว่า ผู้ป่วย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.28 ใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีคำสั่งส่งต่อจนออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 2 ชั่วโมง ข้อมูลประกอบการส่งต่อไม่ครบถ้วน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.59 และต้องประสานหน่วยบริการปลายทางมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.93 นอกจากนี้ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.79 ได้แก่ อาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย หรือพยายามหลบหนี ผลการทบทวนกระบวนการดูแลและการสะท้อนปัญหาร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พบช่องว่างสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองและประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยงยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การเตรียมและบันทึกข้อมูลก่อนส่งต่อยังไม่ครบถ้วน การสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยบริการยังมีความล่าช้าและซ้ำซ้อน การส่งข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางและการติดตามต่อเนื่องในชุมชนยังไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งบทบาทของผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและซับซ้อนยังไม่ชัดเจน โดยสรุป สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าระบบเดิมยังมีช่องว่างทั้งด้านการประเมินและจัดการความเสี่ยง การดูแลและส่งต่อ การสื่อสารข้อมูล การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการติดตามต่อเนื่องหลังกลับสู่ชุมชน จึงนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการ

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ โดยประยุกต์แนวคิด Seamless Care ร่วมกับ Case Management ในระยะต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ผลการพัฒนารูปแบบจากการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ทำให้ได้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ร่วมกับการจัดการรายกรณี (Case Management) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. การประเมินและจำแนกความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดแนวทางประเมินผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย ครอบคลุมอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ภาวะทางกาย และการใช้สุราหรือสารเสพติด เพื่อจำแนกระดับความเร่งด่วนและกำหนดแนวทางการดูแล การเฝ้าระวังหรือการส่งต่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

2. แนวทางการดูแลและส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับบริการจัดระบบการดูแลให้มีความต่อเนื่องตั้งแต่การเฝ้าระวังและนำส่งจากชุมชน การรับและจัดการภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลยางสีสุราช การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ จนถึงการรับรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ จุดประสานงาน และข้อมูลที่จำเป็นในแต่ละช่วง พร้อมใช้แบบตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งต่อ เพื่อเพิ่มความรวดเร็ว ความครบถ้วน และความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วย SMI-V ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและผู้ที่มีปัญหาสุราหรือสารเสพติดร่วม พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม วางแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย ตลอดจนติดตามความต่อเนื่องของการรักษาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือความรุนแรงซ้ำ

4. การเชื่อมโยงข้อมูลและการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา พัฒนาระบบสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต้นทางและปลายทางให้มีความครบถ้วน โดยเน้นประวัติการเจ็บป่วย ผลการประเมินความเสี่ยง การรักษา ยาที่ได้รับ พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ รวมทั้งจัดระบบรับข้อมูลกลับภายหลังการรักษา เพื่อเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน สำหรับติดตามการรับประทานยา การมาตามนัด อาการเตือน การใช้สุราหรือสารเสพติดและความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงซ้ำ

5. การพัฒนาศักยภาพทีมและระบบกำกับคุณภาพการดูแล กำหนดระบบสนับสนุนให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้อย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาความรู้และทักษะด้านการประเมินความเสี่ยง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลความปลอดภัย การเตรียมและส่งต่อผู้ป่วย และการสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ควบคู่กับการทบทวนกรณีศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตาม พร้อมกำกับตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ความครบถ้วนของการประเมินและข้อมูลส่งต่อ ระยะเวลาการส่งต่อ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย

โดยสามารถสรุปรายละเอียดองค์ประดอบของรูปแบบได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

สรุป รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการดูแลตั้งแต่การเฝ้าระวังและนำส่งผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินและจัดการภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลยางสีสุราช การประสานและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตลอดจนการรับข้อมูลกลับและติดตามดูแลต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นกลไกสำคัญในการประเมินปัญหา วางแผน ประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย รวมทั้งติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และเหมาะสมกับความต้องการแต่ละราย

3. ประเมินผลรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 69 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.10 มีอายุเฉลี่ย 36.8 ± 10.9 ปี พบโรคจิตเภทมากที่สุด

ร้อยละ 42.03 และมีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม ร้อยละ 44.93 ด้านความรุนแรงของพฤติกรรม พบ OAS ระดับ 2 มากที่สุด ร้อยละ 42.03 รองลงมา OAS ระดับ 3 ร้อยละ 31.88 โดยส่วนใหญ่ได้รับการนำส่งจากครอบครัวหรือชุมชน ร้อยละ 34.78

3.2 ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงครบถ้วนเพิ่มจากร้อยละ 71.64 เป็นร้อยละ 97.10 และได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษาเพิ่มจากร้อยละ 58.21 เป็นร้อยละ 94.20 ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อลดลงจากร้อยละ 26.87 เป็นร้อยละ 17.39 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ พบว่าการเตรียมผู้ป่วยและข้อมูลส่งต่อครบถ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 100 การส่งต่อภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 91.67 การประสานหน่วยบริการปลายทางซ้ำลดลง และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อในกลุ่มหลังพัฒนา สะท้อนถึงความต่อเนื่อง ความรวดเร็ว และความปลอดภัยของระบบบริการที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยทั้งหมด	n=67	n=69
ร้อยละได้รับการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงครบถ้วน	48 (71.64)	67 (97.10)
ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ	18 (26.87)	12 (17.39)
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา/กลับสู่ชุมชน	39 (58.21)	65 (94.20)
ผลลัพธ์เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ	n=18	n=12
ร้อยละการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อครบถ้วน	13 (72.22)	12 (100.00)
ร้อยละข้อมูลประกอบการส่งต่อครบถ้วน	13 (72.22)	12 (100.00)
ร้อยละการส่งต่อได้ภายใน 2 ชั่วโมง	9 (50.00)	11 (91.67)
ร้อยละการไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอ/ส่งต่อ	15 (83.33)	12 (100.00)
ร้อยละการได้รับข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทาง	10 (55.56)	11 (91.67)

3.3 ผลการจัดการรายกรณีและการติดตามผู้ป่วยเสี่ยงสูง (ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Case Management จำนวน 28 ราย) ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาซับซ้อนได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี มีการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย การประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย ตลอดจนติดตามหลังกลับสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรับประทานยา การมาตามนัด อาการเตือนก่อนกำเริบ การใช้สุราหรือสารเสพติด และความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงซ้ำอย่างต่อเนื่อง

3.4 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายจำนวน 45 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.54 ± 0.39 โดยด้านความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงการดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านความปลอดภัยและคุณภาพการดูแล และด้านการสื่อสารและประสานงานตามลำดับ

โดยสรุป การประเมินผลหลังใช้รูปแบบพบแนวโน้มที่ดีขึ้นทั้งด้านกระบวนการดูแลและการส่งต่อ ความต่อเนื่องของข้อมูล การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสี่ยงสูง และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ชุมชน โรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และการติดตามกลับสู่ชุมชนได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้น ทั้งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง ผู้ป่วย SMI-V และผู้ป่วยที่มีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม ขณะที่ระบบบริการเดิมยังมีช่องว่างด้านการคัดกรองและประเมินระดับความรุนแรง การเตรียมผู้ป่วยและข้อมูลก่อนส่งต่อ การประสานระหว่างหน่วยบริการ ตลอดจนการรับข้อมูลกลับและการติดตามต่อเนื่องในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำเป็นต้องดำเนินการเป็นระบบและเชื่อมโยงหลายหน่วยบริการ ไม่เฉพาะการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย[9] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและการประสานการทำงานร่วมกันของเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ผลการพัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ทำให้ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินและจำแนกความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การดูแลและส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับบริการ การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน การเชื่อมโยงข้อมูลและติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา และการพัฒนาศักยภาพทีมร่วมกับระบบกำกับคุณภาพ การที่รูปแบบมีองค์ประกอบครอบคลุมตั้งแต่ชุมชนจนถึงโรงพยาบาลเฉพาะทาง ทำให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติและบทบาทที่ชัดเจน ลดความแตกต่างของการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยบริการ และช่วยให้สามารถจัดการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงได้เหมาะสม สอดคล้องกับ นิตยา สินธุ์ภูมิ วาสนา สุระภักดิ์ และสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี[10] ซึ่งพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ครอบคลุมการประเมิน การรักษาและพยาบาล การส่งต่อ การให้ความรู้ และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว ลดการส่งต่อและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือการนำแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) มาร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) โดยกำหนดให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาซับซ้อน ตั้งแต่การประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม การวางแผนการดูแลเฉพาะราย การประสานทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่าย ตลอดจนการติดตามต่อเนื่องหลังกลับสู่ชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Case Management จำนวน 28 ราย ส่วนใหญ่ได้รับการประเมิน แบบองค์รวมมีแผนการดูแลรายบุคคล ได้รับการประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย และได้รับการติดตามหลังกลับสู่ชุมชนมากกว่าร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์[11] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงควรมีการกำหนดระบบสนับสนุน การคัดกรองและจัดระดับความรุนแรง การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนอย่าง

ชัดเจน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระดับความเร่งด่วนและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแล

ผลการประเมินหลังใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงครบถ้วนเพิ่มจากร้อยละ 71.64 เป็นร้อยละ 97.10 และได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษาเพิ่มจากร้อยละ 58.21 เป็นร้อยละ 94.20 ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อลดลงจากร้อยละ 26.87 เป็นร้อยละ 17.39 ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่รูปแบบกำหนดเกณฑ์การประเมินและจำแนกความเสี่ยงที่ชัดเจน ทำให้ทีมสามารถจัดการผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนได้เหมาะสมตามศักยภาพ และสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อได้ตรงตามข้อบ่งชี้มากขึ้น ประกอบกับการมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีช่วยติดตามผู้ป่วยความเสี่ยงสูง ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น สอดคล้องกับ Maremmani et al.[12] ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม ควรได้รับการเชื่อมโยงกับบริการที่เหมาะสมและมีแผนการดูแลเฉพาะราย เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษาภายหลังออกจากโรงพยาบาล สำหรับผลลัพธ์เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ พบว่าหลังพัฒนารูปแบบ การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อและข้อมูลประกอบการส่งต่อครบถ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 100 การส่งต่อภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 91.67 และการได้รับข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางเพิ่มจากร้อยละ 55.56 เป็นร้อยละ 91.67 รวมทั้งไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อในกลุ่มหลังพัฒนา ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการกำหนด Referral Checklist ข้อมูลที่จำเป็นต้องส่งต่อ ผู้รับผิดชอบและช่องทางการประสานงานที่ชัดเจน ช่วยลดความซ้ำซ้อนและความล่าช้าในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันการรับข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางช่วยให้หน่วยบริการต้นทางสามารถวางแผนติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Seamless Care ที่ให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องทั้งด้านบริการและข้อมูล

นอกจากนี้ การติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่กลับสู่ชุมชนยังมีความเสี่ยงต่อการขาดยา ขาดนัด อาการกำเริบ การใช้สุราหรือสารเสพติด และการเกิดความรุนแรงซ้ำ การมีระบบรับข้อมูลกลับและมีผู้รับผิดชอบติดตามจึงช่วยลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน สอดคล้องกับ Wong et al.[13] ซึ่งพบว่าความต่อเนื่องของการดูแลภายหลังการเข้ารับบริการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการมาติดตามหลังจำหน่าย โดยเฉพาะเมื่อมีความต่อเนื่องของผู้ให้บริการ การที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามจากทีมที่มีความเชื่อมโยงกับการดูแลในระยะฉุกเฉินช่วยเพิ่มโอกาสในการคงอยู่ในระบบบริการ ด้านบุคลากรและภาคีเครือข่าย พบว่าความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.54 ± 0.39 โดยด้านความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงการดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อาจเป็นผลจากกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทาง ทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงรูปแบบร่วมกัน รวมถึงมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การทบทวนกรณีศึกษาและการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจบทบาทของตนเองและสามารถดำเนินงานในแนวทางเดียวกัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ สมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย (2565)[9] และปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์[11] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการ Seamless Care ร่วมกับ Case Management ช่วยให้การจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินครอบคลุมทั้งระดับระบบบริการและระดับบุคคล โดยเชื่อมโยงตั้งแต่การเฝ้าระวังในชุมชน การคัดกรองและจัดการภาวะฉุกเฉิน การเตรียมและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง จนถึงการรับข้อมูลกลับและติดตามต่อเนื่องในชุมชน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน ส่งผลให้กระบวนการประเมินและส่งต่อมีความครบถ้วน รวดเร็ว และปลอดภัยมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนความต่อเนื่องของการรักษาและการทำงานร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ ศิริสมุด, พรทิพย์ วชิรดิลก, และอนุรัตน์ สมตน. (2562). การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(ฉบับเพิ่มเติม 2), S157–S171.
2. นิตยา สินธุ์ภูมิ, วาสนา สุระภักดิ์, และสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 10(2), 35–50.
3. ปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์. (2567). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 185–198.
4. โรงพยาบาลยางสีสุราช. (2565). ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อ ปีงบประมาณ 2563–2565. เอกสารภายในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม.
5. Boora, N., Surood, S., Coulombe, J., Poudel, S., & Agyapong, V. I. O. (2021). Improving community care for patients discharged from hospital through zone-wide implementation of a seamless care transition policy. International Journal for Quality in Health Care, 33(2), mzab079.
6. Lim, C. T., Caan, M. P., Kim, C. H., Chow, C. M., Leff, H. S., & Tepper, M. C. (2022). Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. Psychiatric Services, 73(2), 180–187.
7. Wong, B. H. C., Chu, P., Calaminus, P., Lavelle, C., Refaat, R., & Ougrin, D. (2024). Association between continuity of care and attendance of post-discharge follow-up after psychiatric emergency presentation. npj Mental Health Research, 3.
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University
Press; 1988.
9. สมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 25(1), 34–42.
10. นิตยา สินธุ์ภูมิ, วาสนา สุระภักดิ์ และสุจิตตา ฤทธิ์มนตรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 10(2), 35–50.
11. ปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์. (2567). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 185–198.
12. Maremmani, A. G. I., Aglietti, M., Intaschi, G., & Bacciardi, S. (2022). Substance Use/Dependence in Psychiatric Emergency Setting Leading to Hospitalization: Predictors of Continuity of Care. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(2), 760.
13. Wong, B. H. C., Chu, P., Calaminus, P., Lavelle, C., Refaat, R., & Ougrin, D. (2024). Association between continuity of care and attendance of post-discharge follow-up after psychiatric emergency presentation. npj Mental Health Research, 3, Article 5.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

Development of an Islamic Integrated Nursing Model (MAYO Care Model) to Enhance Medication Adherence and Reduce Self-Stigma among People Living with HIV at Mayo Hospital, Pattani Province

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

อุสนีย์ แวลี[1]
Ausnee Waelee[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ร่วมกับแบบแผนกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest–posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาปฏิบัติการพยาบาล และความต้องการการพัฒนา พัฒนาและนำรูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) ไปใช้ ศึกษาผลของรูปแบบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบ โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 – กรกฎาคม 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเอชไอวีมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนและรับยาต้านไวรัสตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลมายอ จำนวน 23 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรม MAYO Care Model แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา และกลุ่มผู้ป่วย) แบบสัมภาษณ์การรับประทานยาของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แบบสัมภาษณ์การตีตราตนเองของผู้มีเชื้อเอชไอวีของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอชไอวีส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.26 อายุส่วนมาก 40–49 ปี ร้อยละ 47.83 (Mean±SD = 46.22±10.23, Min = 13, Max = 62) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.17 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.91 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 65.22 การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ประเมินและให้คำปรึกษาตามหลักศาสนาอิสลาม เพื่อปรับความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยา 2) ให้ความรู้และปรับตารางการรับประทานยาให้สอดคล้องกับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิตในช่วงถือศีลอด 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว คู่บัดดี้ และผู้นำศาสนา ในการให้กำลังใจ และ 4) สร้างพื้นที่ปลอดภัยในคลินิก รักษาความลับ และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ระดับการตีตราตนเองลดลงจากร้อยละ 37.64 เป็นร้อยละ 27.17 ($t = 3.87$, $p = .001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นจาก 82.35 เป็น 94.78 ($t = 5.42$, $p < .001$) และผู้ป่วยที่มี adherence ตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.91 เป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยทุกรายมีระดับ HIV viral load ไม่เกิน 1,000 copies/ml และไม่พบการใช้สูตรยาดื้อยาในปี 2568–2569

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม, ความร่วมมือในการรับประทานยา, การตีตราตนเอง, ผู้ป่วยเอชไอวี

Abstract

This study employed an action research design combined with a one-group pretest–posttest quasi-experimental design. The objectives were to examine the situation, nursing practice problems, and development needs; to develop and implement an Islamic Integrated Nursing Model (MAYO Care Model);

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

to evaluate the effects of the model on medication adherence and self-stigma among people living with HIV; and to identify factors contributing to the success of the model at Mayo Hospital, Pattani Province. Data were collected from October 2025 to July 2026, a total of 8 months. The participants were 23 Muslim patients living with HIV who had been registered and receiving antiretroviral therapy for at least two weeks at the antiretroviral clinic of Mayo Hospital, selected by purposive sampling. The research instruments were the MAYO Care Model program; a personal information questionnaire (sex, age, marital status, education, occupation, income, health coverage scheme, and patient group); the medication adherence interview form of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health; the self-stigma interview form for people living with HIV of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health; and a focus group discussion guide. Qualitative data were analyzed using content analysis, and quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that most patients were female (78.26%), and most were aged 40–49 years (47.83%) (Mean ± SD = 46.22 ± 10.23, Min = 13, Max = 62). Married patients accounted for 52.17%, 73.91% had primary education, and 65.22% were engaged in general labor. The model development comprised four approaches: 1) spiritual assessment and counseling based on Islamic principles to correct misconceptions about the disease and medication use; 2) education and adjustment of medication schedules to align with Islamic practices and daily routines, such as during the fasting period; 3) promotion of family Buddy and religious leader participation in providing encouragement; and 4) creation of a safe space in the clinic, maintenance of confidentiality, and continuous patient follow-up. After implementation, self-stigma decreased from 37.64% to 27.17% ($t = 3.87$, $p = .001$). The mean medication adherence score increased from 82.35 to 94.78 ($t = 5.42$, $p < .001$), and the proportion of patients with adherence of 95% or higher increased from 73.91% to 100%. All patients had HIV viral load levels not exceeding 1,000 copies/ml, and no drug-resistant regimens were used in 2025–2026.

Keywords: Islamic integrated nursing model, medication adherence, self-stigma, people living with HIV

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวียังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปี 2025 มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 41.00 ล้านคน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.20 ล้านคน และผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ 570,000 คน ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีร้อยละ 88 ทราบสถานะ ร้อยละ 78 เข้าถึงการรักษา และร้อยละ 74 กดปริมาณไวรัสได้ ประมาณ 9 ล้านคนยังไม่ได้รับการรักษา และโลกไม่บรรลุเป้าหมายปี 2025 ความกลัวการเลือกปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงบริการเอชไอวี เป้าหมายปี 2030 จึงกำหนดให้ผู้อยู่ร่วมกับหรือเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวีเผชิญการตีตราและการเลือกปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 10[1]

ประเทศไทย ปี 2567 มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 565,598 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 8,124 คน และผู้เสียชีวิต 9,067 คน (เดลินิวส์, 2568) ผู้ติดเชื้อรายใหม่ตามการคาดประมาณ ปี 2565–2567 เท่ากับ 9,230, 9,083 และ 8,124 คน ผู้ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเข้าสู่การรักษา ปี 2566–2568 เท่ากับ 24,886, 24,074 และ 23,478 คน ตามลำดับ (เดลินิวส์, 2569) ช่องว่างสำคัญคือผู้ที่ทราบสถานะแต่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสผู้ติดเชื้อวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งร้อยละ 62.43 เคยลืมรับประทานยา[2]

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จของการรักษามี 3 ประการ ได้แก่ ความร่วมมือในการรับประทานยา การตีตราตนเอง และความเชื่อทางศาสนา ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นตัวกำหนดสำคัญของการกดปริมาณไวรัสและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ[3] การรับประทานยาเร็วต่อเนื่อง ตรงเวลา ช่วยกดปริมาณไวรัสจนตรวจไม่พบ ลดการถ่ายทอดเชื้อ และลดการเสียชีวิต[4] การ

รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุหลักของความล้มเหลวในการรักษา[5] แนวคิดการตีตราอธิบายว่าคุณลักษณะที่สังคมมองว่าเสื่อมเสียทำให้ผู้ถูกตีตราจัดการข้อมูลเกี่ยวกับตนเองด้วยการปกปิด[6] การตีตราประกอบด้วยการติดฉลาก การเหมารวม การแบ่งแยก การสูญเสียสถานะ และการเลือกปฏิบัติภายใต้ความไม่เท่าเทียมของอำนาจ เมื่อผู้ป่วยรับความคิดเชิงลบเข้าสู่ตนเอง เกิดการตีตราตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง การใช้บริการสุขภาพที่น้อยลง และความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต่ำลง[7] การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า 24 จาก 33 การศึกษาแบบตัดขวางรายงานความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการตีตราและการไม่รับประทานยาตามกำหนด[3] แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระบุว่าพฤติกรรมการรักษาขึ้นกับการรับรู้ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค[8] ความเชื่อที่คลาดเคลื่อน เช่น รักษาแล้วไม่หาย หรือรับประทานยากลางคืนในช่วงถือศีลอดทำให้ศีลอดเสีย ลดการรับรู้ประโยชน์และเพิ่มอุปสรรคของการรับประทานยา การรับรู้ความสามารถของตนเองกำหนดว่าบุคคลจะเริ่มและคงพฤติกรรมเผชิญปัญหาได้นานเพียงใดเมื่อพบอุปสรรค[9] การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตของตนได้[10] ในภาคใต้ที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นมุสลิม ข้อบังคับทางศาสนา ความเข้าใจคลาดเคลื่อน ความเบื่อหน่ายจากการรับประทานยาระยะยาว และการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพราะไม่เปิดเผยผลเลือด สัมพันธ์กับการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ให้บริการเห็นว่าควรบูรณาการความเชื่ออิสลามในการดูแล เช่น ใช้การละหมาดเป็นสิ่งเตือนการรับประทานยา[5] หากไม่จัดการปัจจัยเหล่านี้ ผู้ป่วยจะปกปิดสถานะ หลีกเลี่ยงบริการ ขาดยา ปริมาณไวรัสสูงขึ้น เกิดการรักษาล้มเหลวและเชื้อดื้อยา เพิ่มความเสี่ยงการแพร่เชื้อสู่คู่สมรสและบุคคลในชุมชน[11]

จังหวัดปัตตานีมีประชากรนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 88.80[12] เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้ติดเชื้อสะสมที่มีชีวิตอยู่ 23,095 ราย ได้รับยาต้านไวรัส 19,699 ราย (ร้อยละ 85) โดยปัตตานี 1,413 ราย ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี 2566 ปัตตานีมีผู้ติดเชื้อวินิจฉัยรายใหม่ 55 ราย และเสียชีวิต 48 ราย ปี 2567 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 53 ราย และเสียชีวิต 45 ราย ปี 2568 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 52 ราย และเสียชีวิต 43 ราย ผู้ติดเชื้อสะสมที่มีชีวิตอยู่เพิ่มจาก 1,413 ราย เป็น 1,421 ราย และ 1,430 ราย ตามลำดับ[11]

โรงพยาบาลมายอดูแลผู้ป่วยมุสลิมในคลินิกยาต้านไวรัส 23 ราย สถิติย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปี 2566–2568 มีผู้ป่วยขาดยา 6, 5 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.09, 21.74 และ 13.04 ตามลำดับ ปี 2566 มีผู้ป่วยใช้สูตรยาดื้อยา 3 ราย (ร้อยละ 13.04) ปี 2567 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.35) และปี 2568 ไม่พบรายงานผู้ป่วย [12]

การวิเคราะห์สาเหตุด้วยหลัก 4M พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80 มีการตีตราตนเอง โดยรู้สึกผิดและอับอายเพราะคิดว่าโรคเกิดจากตนเอง และกลัวพบคนรู้จักขณะรับยา ผู้ป่วยมีความเชื่อคลาดเคลื่อนเรื่องการรักษาและการรับประทานยาช่วงถือศีลอด บุคลากรขาดทักษะสื่อสารเชิงวัฒนธรรมที่เชื่อมข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กับหลักศาสนา การให้คำปรึกษาเน้นผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ การสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวทางอิสลามยังไม่ถูกนำมาใช้ และผู้ป่วยเผชิญความยุ่งยากจากจำนวนเม็ดยา เวลารับประทาน และผลข้างเคียง ข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 69.57 เปิดเผยผลเลือดเฉพาะคนใกล้ชิดหรือไม่เปิดเผยเลย โดยร้อยละ 8.70 ไม่เปิดเผยกับใคร ขณะที่ผู้ป่วยทุกรายรายงานว่าครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจ ซึ่งชี้ว่าการปกปิดเกิดจากการตีตราที่ผู้ป่วยรับรู้และคาดการณ์เองมากกว่าการถูกปฏิบัติจริง ปัญหาทางการพยาบาลคือรูปแบบการดูแลเดิมเน้นการให้ความรู้เชิงวิชาการและการรักษาทางการแพทย์ ขาดการบูรณาการมิติจิตวิญญาณและศาสนบัญญัติซึ่งเป็นศูนย์กลางของผู้ป่วยกลุ่มนี้

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลามจึงมีความสำคัญ เพื่อให้พยาบาลแก้ไขความเชื่อคลาดเคลื่อน ลดการตีตราตนเอง และเสริมพลังผู้ป่วยให้รับประทานยาสม่ำเสมอ การทบทวนพบข้อจำกัดของรูปแบบเดิม 2 ประการ ประการแรก เครื่องมือวัดการตีตราตนเองในประเทศไทยพัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 94.80 และอิสลามเพียงร้อยละ 1 โดยมีข้อคำถามอิงความเชื่อเรื่องกรรม[7] ประการที่สอง การศึกษาปัจจัยการรับประทานยาในไทยเน้นข้อมูลการรักษา อาการข้างเคียง ความเชื่อเรื่องยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประโยชน์จากการทบทวนคือ การลดการตีตราควรดำเนินการหลายระดับทั้งภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และเชิงโครงสร้าง[3] การมีส่วนร่วมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนไทยใช้ลดการตีตราตนเองได้ และหลักอิสลามสนับสนุนการรับประทานยาต่อเนื่องได้ โดยเสริมความรู้ กระตุ้นแรงจูงใจ และฝึกปฏิบัติ[13]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า โรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักอิสลามที่ประเมินผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเองควบคู่กัน ในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปัตตานี การวิจัยครั้งนี้จึงพัฒนา MAYO Care Model จากปัญหาจริงของพื้นที่ที่ผู้ป่วยขาดยาและใช้สูตรยาดื้อยา โดยประยุกต์แนวคิดการตีตรา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อเป็นต้นแบบบริการที่เคารพ อัตลักษณ์ทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาปฏิบัติการพยาบาล ความต้องการการพัฒนา และแนวทางพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและลดการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

3. เพื่อประเมินผลการใช้ MAYO Care Model ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเองของผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart[14] ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับแบบแผนกึ่งทดลองแบบกลุ่มตัวอย่างเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest–posttest design) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกัน ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือนกรกฎาคม 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (ตุลาคม–พฤศจิกายน 2568) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (ธันวาคม–มกราคม 2569) ระยะที่ 3 ใช้รูปแบบและประเมินผล (กุมภาพันธ์–พฤษภาคม 2569) และระยะที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล (มิถุนายน–กรกฎาคม 2569) โดยประเมินผลก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการสิ้นสุด 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือผู้ป่วยเอชไอวีมุสลิมที่ขึ้นทะเบียนและรับยาต้านไวรัสที่คลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี จำนวน 23 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยเอชไอวี 23 คน ซึ่งเป็นประชากรทั้งหมด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ขึ้นทะเบียนและรับยา

ต้านไวรัสตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป 2) ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด และสื่อสารเข้าใจได้ และ 4) ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยต่อ และ 3) เสียชีวิตระหว่างการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลหลักเชิงคุณภาพ 12 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ทีมสุขภาพคลินิกยาต้านไวรัส 5 คน ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) 2 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย 5 คน ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนา และสะท้อนผลรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย คือ โปรแกรม MAYO Care Model ดำเนินการตามวงจร PAOR ประกอบด้วย การคืนข้อมูลสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ การใช้รูปแบบ 4 เดือน และการประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบ โดยรูปแบบมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินและให้คำปรึกษาตามหลักอิสลาม 2) การให้ความรู้และปรับตารางการรับประทานยาให้สอดคล้องกับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิต ในช่วงถือศีลอด 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำศาสนาในการให้กำลังใจ และ 4) การสร้างพื้นที่ปลอดภัย การรักษาความลับ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และแบบสังเกต (Observation) ประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค การพัฒนารูปแบบ ความคิดเห็น และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มี 3 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 15 ข้อ ได้แก่ เพศกำเนิด อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา กลุ่มผู้ป่วย ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส การเปิดเผยผลเลือด การถูกครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ การถูกปฏิเสธการเรียน และการถูกปฏิเสธการทำงาน ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับประทานยาต้านไวรัสของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การตีตราตนเองของผู้มีเชื้อเอชไอวีของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 22 ข้อ นอกจากนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ระดับ HIV viral load (เกณฑ์ไม่เกิน 1,000 copies/ml) และสูตรยาที่ใช้ เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์นำมาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ข้อมูลส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรับประทานยา การตีตราตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดค่า p-value น้อยกว่า .05 ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk ก่อนวิเคราะห์ หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ตรวจสอบความถูกต้อง และสรุปสาระสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เลขที่ RECPTN No.063/69 โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม 3 ข้อของ Belmont Report ได้แก่ การเคารพในบุคคล ความเมตตาและไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการวิจัย พร้อมพิทักษ์สิทธิเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบบันทึกข้อมูล ผู้เข้าร่วมตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม และถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิในการรับบริการ สำหรับผู้เข้าร่วมที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ขอความยินยอมจากผู้ปกครองและความเห็นชอบจากผู้เข้าร่วม (assent) ข้อมูลดิบเป็นความลับ วิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล และทำลายเอกสารทั้งหมดหลังสิ้นสุดการศึกษา กิจกรรมจัดในช่วงเวลาที่ไม่ขัดกับเวลาละหมาด เพื่อเคารพวิถีปฏิบัติทางศาสนา

ผลการวิจัย

1. บริบท สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมของการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

ผลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์ SWOT พบว่า จุดแข็งของพื้นที่ คือ ทีมสุขภาพคลินิกยาต้านไวรัสดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับยามานานและคุ้นเคยกับระบบบริการผู้นำศาสนาให้ความร่วมมือ และผู้ป่วยส่วนมากมีสิทธิการรักษาครอบคลุม จุดอ่อน คือ รูปแบบเดิมเน้นการให้ความรู้เชิงวิชาการและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยังขาดการบูรณาการมิติจิตวิญญาณและศาสนบัญญัติ บุคลากรขาดทักษะการสื่อสารเชิงวัฒนธรรมที่เชื่อมข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กับหลักศาสนา การสนับสนุนจากครอบครัวตามแนวทางอิสลามยังไม่ถูกนำมาใช้ และผู้ป่วยเผชิญความยุ่งยากจากจำนวนเม็ดยา เวลารับประทานและผลข้างเคียง โอกาส คือ นโยบายยุติปัญหาเอดส์ปี 2573 ที่กำหนดเป้าหมายลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ อุปสรรค คือ การตีตราตนเองที่พบร้อยละ 80 ผู้ป่วยรู้สึกผิดและอับอายเพราะคิดว่าโรคเกิดจากตนเอง กลัวพบคนรู้จักขณะรับยา และมีความเชื่อคลาดเคลื่อน เช่น รักษาแล้วไม่หาย และรับประทานยากลางคืนช่วง ถือศีลอดทำให้ศีลอดเสีย ข้อมูลผลการดูแลย้อนหลัง พบว่าปี 2566–2568 มีผู้ป่วยขาดยา ร้อยละ 26.09, 21.74 และ 13.04 ตามลำดับ (6, 5 และ 3 คน จาก 23 คน) ปี 2566 มีผู้ป่วยใช้สูตรยาดื้อยา 3 คน (ร้อยละ 13.04) ปี 2567 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 4.35) และปี 2568 ไม่พบ

ในเชิงปริมาณ ผู้ป่วยเอชไอวีจำนวน 23 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน ร้อยละ 78.26 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน ร้อยละ 21.74 อายุส่วนมาก 40–49 ปี จำนวน 11 คน ร้อยละ 47.83 รองลงมา 50–59 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 21.74 และ 30–39 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 17.39 ตามลำดับ (Mean±SD = 46.22±10.23 ปี, Min = 13 ปี, Max = 62 ปี) สถานภาพส่วนมากคู่ จำนวน 12 คน ร้อยละ 52.17 รองลงมาหย่า/แยกและหม้าย อย่างละ 5 คน ร้อยละ 21.74 ระดับการศึกษาส่วนมากประถมศึกษา จำนวน 17 คน ร้อยละ 73.91 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น และ ปวส. อย่างละ 2 คน ร้อยละ 8.70 อาชีพส่วนมากรับจ้างทั่วไป จำนวน 15 คน ร้อยละ 65.22 รองลงมาเกษตรกร จำนวน 4 คน ร้อยละ 17.39 และเจ้าของกิจการ กับลูกจ้างแรงงาน อย่างละ 2 คน ร้อยละ 8.70 รายได้เฉลี่ย 9,173.91 บาทต่อเดือน (S.D.=10,183.11) รายได้ส่วนมากไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 12 คน ร้อยละ 52.17 สิทธิการรักษาส่วนมากเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 19 คน ร้อยละ 82.61 รองลงมาสิทธิอสม. จำนวน 3 คน ร้อยละ 13.04 และประกันสังคม จำนวน 1 คน ร้อยละ 4.35 กลุ่มผู้ป่วยส่วนมากไม่อยู่ในกลุ่มประชากรหลัก จำนวน 20 คน ร้อยละ 86.96 รองลงมาเป็นผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด จำนวน 2 คน ร้อยละ 8.70 และ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวน 1 คน ร้อยละ 4.35

ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเฉลี่ย 13.78 ปี (S.D.=2.66) และระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเฉลี่ย 13.74 ปี (S.D.=2.68) การเปิดเผยผลเลือดส่วนมากเปิดเผยเฉพาะคนรัก สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท จำนวน 14 คน ร้อยละ 60.87 รองลงมาเปิดเผยกับคนทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 7 คน ร้อยละ 30.43 และไม่เปิดเผยกับใครเลย จำนวน 2 คน ร้อยละ 8.70 ผู้ป่วยทุกราย ร้อยละ 100 ไม่เคยถูกครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ และไม่เคยถูกปฏิเสธการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลหลักเชิงคุณภาพ จำนวน 12 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน ร้อยละ 58.33 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน ร้อยละ 41.67 อายุ Mean±SD = 44.17±8.65 ปี, Min = 29 ปี, Max = 58 ปี ประกอบด้วย ทีมสุขภาพคลินิกยาต้านไวรัส 5 คน ผู้นำศาสนา 2 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย 5 คน

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

ขั้นวางแผน (Planning) คืนข้อมูลสถานการณ์แก่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขร่วมกัน ร่างรูปแบบและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบเป็นเวลา 4 เดือน ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ประเมินและให้คำปรึกษาตามหลักอิสลาม เพื่อปรับความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยา 2) ให้ความรู้และปรับตารางการรับประทานยาให้สอดคล้องกับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิตในช่วงถือศีลอด 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว คู่บัดดี้ และผู้นำศาสนาในการให้กำลังใจ และ 4) สร้างพื้นที่ปลอดภัยในคลินิก รักษาความลับ และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขั้นสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมสรุปผล เปรียบเทียบผลก่อนและหลัง และถอดบทเรียนร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบท

3. ผลของการใช้ MAYO Care Model ในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

3.1) ผลการพัฒนาการตีตราตนเอง ก่อนพัฒนาค่าเฉลี่ยร้อยละ 37.64 (S.D.=14.62) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้สึกผิดและอับอายต่อตนเอง ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 40.12 รองลงมาด้านความกังวลต่อการถูกรังเกียจ 38.35 และด้านการปกปิดสถานะและกลัวพบคนรู้จักขณะรับยา 34.45 ตามลำดับ หลังพัฒนาค่าเฉลี่ยร้อยละ 27.17 (S.D.=12.85) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความรู้สึกผิดและอับอายต่อตนเอง ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 29.06 รองลงมาด้านความกังวลต่อการถูกรังเกียจ 27.83 และด้านการปกปิดสถานะและกลัวพบคนรู้จักขณะรับยา 24.62 ตามลำดับ

3.2) ผลการพัฒนาความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนพัฒนาคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 82.35 (S.D.=10.36) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการรับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาด ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 84.40 รองลงมาด้านการรับประทานยาครบตามจำนวน 82.61 และด้านการรับประทานยาตรงเวลา 80.04 ตามลำดับ หลังพัฒนาคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 94.78 (S.D.=6.08) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาต่อเนื่องไม่ขาด ค่าเฉลี่ยมากที่สุด 96.21 รองลงมาด้านการรับประทานยาครบตามจำนวน 94.87 และด้านการรับประทานยาตรงเวลา 93.26 ตามลำดับ

3.3) ผลลัพธ์ทางคลินิก หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยที่มี adherence ตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 17 คน ร้อยละ 73.91 เป็น 23 คน ร้อยละ 100 ผู้ป่วยขาดยาลดลงจาก 3 คน ร้อยละ 13.04 เป็น 0 คน ผู้ป่วยทุกราย ร้อยละ 100 มีระดับ HIV viral load ไม่เกิน 1,000 copies/ml ทั้งก่อนและหลังพัฒนา ไม่พบผู้ป่วยใช้สูตรยาดื้อยา และผู้ป่วยคงอยู่ในระบบบริการ (Retention) จำนวน 23 คน ร้อยละ 100

3.4) การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบก่อนพัฒนาการตีตราตนเองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ

37.64 (S.D.=14.62) ภายหลังพัฒนาลดลงเป็นร้อยละ 27.17 (S.D.=12.85) จากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .001, t=3.87) ความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 82.35 (S.D.=10.36) ภายหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.78 (S.D.=6.08) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <.001, t=5.42)

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของ MAYO Care Model ในผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี

จากการถอดบทเรียนและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4 ประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำศาสนาในการให้กำลังใจและเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักศาสนา 2) บุคลากรมีทักษะการสื่อสารเชิงวัฒนธรรมที่เชื่อมข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กับหลักอิสลามอย่างแนบเนียน 3) คลินิกเป็นพื้นที่ปลอดภัยที่รักษาความลับและไม่ตัดสินผู้ป่วย 4) การปรับตารางการรับประทานยาให้สอดคล้องกับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิตในช่วงถือศีลอด ส่วนปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้ป่วยบางรายกังวลพบคนรู้จักขณะรับยา ผู้ป่วยบางรายยังไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว และผลข้างเคียงของยาที่กระทบการทำงาน แก้ไขโดยจัดช่วงเวลารับยาที่มีผู้ใช้บริการน้อย จัดห้องให้คำปรึกษาเป็นส่วนตัว และปรึกษาผู้ป่วยรายบุคคลก่อนชวนครอบครัวเข้าร่วม

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบท สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมของการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลมายอ จังหวัดปัตตานี ปัญหาสำคัญของพื้นที่ไม่ใช่การเข้าถึงยา แต่คือความรู้สึกภายในของผู้ป่วยและความเชื่อที่คลาดเคลื่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาครอบคลุมและรับยามานาน แต่ยังปกปิดสถานะและกังวลการพบคนรู้จักขณะรับยา ผู้ถูกตีตราจัดการข้อมูลเกี่ยวกับตนเองด้วยการปกปิด[6] และการตีตราเกิดจากการติดฉลากการแบ่งแยก และการเลือกปฏิบัติภายใต้ความไม่เท่าเทียมของอำนาจ ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยทุกรายไม่เคยถูกครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ แต่ยังปกปิดผลเลือด สะท้อนว่าการตีตราในพื้นที่เป็นการตีตราที่ผู้ป่วยรับรู้และคาดการณ์เอง การตีตราตนเองสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง การใช้บริการน้อยลง และความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต่ำลง[3,7] ผู้ป่วยไทยมุสลิมในภาคใต้รายงานเหตุผลลักษณะเดียวกัน ได้แก่ ข้อบังคับทางศาสนา ความเข้าใจคลาดเคลื่อน ความเบื่อหน่ายจากการรับยาระยะยาว และการขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวเพราะไม่เปิดเผยผลเลือด[5] ความเชื่อว่ารักษาแล้วไม่หาย และรับประทานยากลางคืนในช่วงถือศีลอดทำให้ศีลอดเสีย ลดการรับรู้ประโยชน์และเพิ่มอุปสรรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[8] ด้านระบบบริการ รูปแบบเดิมเน้นความรู้และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขาดมิติศาสนา และบุคลากรขาดทักษะสื่อสารเชิงวัฒนธรรม ซึ่งต่างจากข้อเสนอให้ปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตร รักษาความลับ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมอภาค และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว[15] การลืมรับประทานยาพบได้บ่อยแม้ในโรงพยาบาลชุมชนทั่วไป[16] จำนวนผู้ขาดยาที่ลดลงตามปีแสดงว่าบริการปกติได้ผลบางส่วน แต่ผู้ป่วยที่ตีตราตนเองยังคงตกค้าง เพราะบริการเดิมไม่ได้แก้สาเหตุด้านความเชื่อและจิตวิญญาณ ปัญหานี้จึงสำคัญ เนื่องจากความร่วมมือในการรับประทานยาสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อฉวยโอกาส[17]

2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลาม (MAYO Care Model) การพัฒนาด้วยวงจรวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้รูปแบบเกิดจากปัญหาจริงของพื้นที่และผู้เกี่ยวข้องร่วมกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการใช้การมีส่วนร่วมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเพื่อลดการตีตราตนเองในโรงพยาบาลชุมชน[18] ทั้ง 4 องค์ประกอบตอบสาเหตุที่พบตามลำดับ การประเมินและให้คำปรึกษาเชิงจิตวิญญาณช่วยปรับ

ความเชื่อคลาดเคลื่อน สอดคล้องกับการเผชิญปัญหาทางศาสนาที่ช่วยแก้ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และศาสนาของผู้ป่วยมุสลิม[18] การให้ความรู้และปรับตารางรับประทานยาให้เข้ากับศาสนบัญญัติและวิถีชีวิต ลดอุปสรรคและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคงพฤติกรรมเมื่อพบอุปสรรค[9] การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำศาสนาสร้างแรงสนับสนุนที่ผู้ป่วยขาดมาก่อน[5] การสร้างพื้นที่ปลอดภัยและรักษาความลับลดความกลัวถูกเปิดเผย สอดคล้องกับแนวทางที่ยึดความเสมอภาคและความลับ[15] การเปิดให้ผู้ป่วยมีบทบาทตัดสินใจเรื่องตารางยาเป็นการเสริมพลังอำนาจ ซึ่งช่วยให้บุคคลควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตตนเองได้[10] การพัฒนาทักษะสื่อสารเชิงวัฒนธรรมของบุคลากรตอบข้อเสนอของผู้ให้บริการที่ต้องการบูรณาการความเชื่ออิสลามในการดูแล[5] และสอดคล้องกับข้อเสนอให้ใช้มาตรการหลายระดับรวมถึงมาตรการกลุ่มบุคลากร[3,20] รูปแบบนี้ใช้แนวทางคล้ายโปรแกรมที่บูรณาการหลักอิสลามซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การกระตุ้นแรงจูงใจ และการฝึกปฏิบัติ[13] แต่ขยายไปสู่การลดการตีตราตนเองควบคู่กัน และทำให้เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลประจำในโรงพยาบาลชุมชน

3. ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลบูรณาการหลักศาสนาอิสลามต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตีตราตนเอง หลังใช้รูปแบบการตีตราตนเองลดลง และความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น เหตุผลคือรูปแบบแก้สาเหตุที่ผู้ป่วยรับรู้จริง ความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักศาสนาช่วยลดความรู้สึกผิดและอาย เมื่อผู้ป่วยเปิดเผยผลเลือดกับครอบครัวและผู้นำศาสนา แรงสนับสนุนเพิ่มขึ้น จึงลดความจำเป็นต้องปกปิดยา การปรับเวลารับประทานยาให้สอดคล้องกับช่วงถือศีลอดและใช้เวลาละหมาดเป็นสิ่งเตือน ลดปัญหาการลืม[5] เมื่อการตีตราลด ความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น ตามความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราและการไม่รับประทานยาตามกำหนดที่พบในงานทบทวนอย่างเป็นระบบ[3] โปรแกรมลดการตีตราตนเองทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนอื่นพบการลดลงเฉพาะบางด้าน เช่น ความท้อแท้และความอาย โดยภาพรวมไม่ต่างจากก่อนเข้าร่วม[21] ผลของการวิจัยครั้งนี้ชัดเจนกว่า อาจเป็นเพราะรูปแบบสอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้ป่วย มีครอบครัวและผู้นำศาสนาร่วมสนับสนุน และมีการติดตามต่อเนื่อง ผลลัพธ์ทางคลินิกคงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ผู้ป่วยยังอยู่ในระบบบริการ และไม่พบสูตรยาดื้อยา ซึ่งสอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยา กับภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อฉวยโอกาส[17] ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำศาสนา ทักษะสื่อสารเชิงวัฒนธรรมของบุคลากร พื้นที่ปลอดภัยที่รักษาความลับ และตารางยาที่เข้ากับศาสนบัญญัติ การวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดียวและกลุ่มตัวอย่างน้อย จึงยังยืนยันความเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้เต็มที่ ควรมีกลุ่มเปรียบเทียบในการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้นำศาสนา โดยมุ่งเน้นเรื่องการตีตราตนเอง ความเชื่อที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยา ผู้ป่วยที่ขาดยาหรือมีความเสี่ยงต่อเชื้อดื้อยา และช่วงถือศีลอดที่กระทบเวลารับประทานยา ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมตามวงจรวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล จะช่วยให้ทุกฝ่ายเข้าใจปัญหาตรงกัน กำหนดบทบาทชัดเจน และปรับรูปแบบให้เหมาะกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. การขับเคลื่อนผ่านผู้บริหารโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ และผู้นำศาสนา ร่วมกับทีมสุขภาพคลินิกยาต้านไวรัสและครอบครัวผู้ป่วย โดยกำหนดบทบาทและผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแต่ละราย จัดอบรมทักษะการสื่อสารเชิงวัฒนธรรมและการบูรณาการหลักศาสนากับข้อบ่งชี้ทางการแพทย์แก่บุคลากร จัดพื้นที่ปลอดภัยที่รักษาความลับ จัดช่วงเวลารับยาและให้คำปรึกษาที่ไม่ขัดกับเวลา

ละหมาด รวมทั้งรณรงค์ให้ชุมชนเข้าใจโรคอย่างถูกต้อง เพื่อลดการตีตราและส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3. การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น การให้คำปรึกษาทางไกล และระบบแจ้งเตือนการรับประทานยา ร่วมกับ MAYO Care Model และควรส่งเสริมการอบรมด้านเทคโนโลยีสุขภาพให้บุคลากร ผู้ป่วย และครอบครัว จะช่วยให้ติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดโอกาสพบคนรู้จักขณะรับยา ซึ่งเป็นความกังวลสำคัญของผู้ป่วย และลดภาระของครอบครัวลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยเอชไอวีและครอบครัว ผู้นำศาสนา ทีมสุขภาพคลินิกยาต้านไวรัส และบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมายอ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลมายอ สาธารณสุขอำเภอมายอ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2026b). Global HIV statistics: Fact sheet 2026.
2. เดลินิวส์. (2569). กรมควบคุมโรคชี้ "เอชไอวี ตรวจเร็ว รู้ทัน ป้องกันได้" ย้ำใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งลดเสี่ยงติดเชื้อ. https://www.dailynews.co.th/news/5638125/
3. Katz, Ingrid T., Ryu, Annemarie E., Onuegbu, Afiachukwu G., Psaros, Christina, Weiser, Sheri D., Bangsberg, David R., & Tsai, Alexander C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: Systematic review and meta-synthesis. Journal of the International AIDS Society, 16(3 Suppl 2), 18640.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา. (2566). สคร.12 สงขลา ร่วมรณรงค์ วันเอดส์โลก 1 ธันวาคม 2566 เน้นย้ำ Let Communities Lead: ทุกภาคส่วน ร่วมกัน ยุติเอดส์. กรมควบคุมโรค.
5. Perngmark, Pajongsil, Sahawiriyasin, Oatcharaphon, & Holroyd, Eleanor. (2023). Experiences of Thai-Muslim patients regarding inconsistent antiretroviral therapy adherence: An exploratory descriptive qualitative study. Belitung Nursing Journal, 9(3), 253–261.
6. Goffman, Erving. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Prentice-Hall.
7. Uthis, Penpaktr, Suktrakul, Sunisa, Wiwatwongwana, Rangsima, Tangmunkongvorakul, Arunrat, Sripan, Patumrat, & Srithanaviboonchai, Kriengkrai. (2023). The Thai Internalized HIV-related Stigma Scale. Frontiers in Psychology, 14, Article 1134648.
8. Rosenstock, Irwin M. (1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 2(4), 328–335.
9. Bandura, Albert. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215.
10. Gibson, Cheryl H. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 16(3), 354–361.
11. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา. (2567). สคร.12 สงขลา ร่วมรณรงค์ตรวจเอชไอวี 1 กรกฎาคม 2567"เอชไอวี ตรวจฟรีตรวจง่าย ตรวจได้ด้วยตัวเอง".ThaiPR.net. https://www.ryt9.com/s/prg/3527820
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2568). ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จังหวัดปัตตานี. https://ptn.moph.go.th/eoc/wp-content/.pdf

13. Perngmark, Pajongsil, Sahawiriyasin, Oatcharaphon, & Holroyd, Eleanor. (2025). Integrated Islamic doctrine to promote antiretroviral therapy adherence among southern Thai-Muslim patients: Action research study. Journal of Transcultural Nursing.
14. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.
15. ฉัตรชัย ไตรยราช. (2567). แนวทางลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คลินิกพิเศษ ARV โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารศิลปศาสตร์ราชมงคลสุวรรณภูมิ, 6(2), 316–329.
16. กฤษณา หวังมุขกลาง, วิมลรัตน์ บุญเสถียร และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารโรคเอดส์, 36(3), 121–134.
17. พนมสินธุ์ ศรีชาดา และภัทราวดี สุวรรณศรี. (2567). ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 8(16), 135–150.
18. จิรัฐติกาล สุตวณิชย์, นิอร อริโยทัย และนาวา ผานะวงศ์. (2566). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในการลดการตีตราตนเองในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร. วารสารโรคเอดส์, 35(3), 127–139.
19. Bukhori, Baidi, Hidayanti, Ema, & Situmorang, Dominikus David Biondi. (2022). Religious coping strategies for people with HIV/AIDS (PLWHA) Muslims in Indonesia: A qualitative study with a telling-the-stories. Heliyon, 8(12), Article e12208.
20. Dhir, Amit "Mickey", Singh, Amteshwar, Solomon, Sunil, & Farley, Jason E. (2025). Interventions for stigma reduction in HIV treatment and prevention designed to enhance antiretroviral uptake and adherence: A systematic review. PLOS Global Public Health, 5(5), Article e0004604.
21. นงนุช มนตรีกุล ณ อยุธยา. (2568). ผลของโปรแกรมลดการตีตราตนเองของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง (ยุวสมาคมแห่งประเทศไทย) อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. วารสารโรคเอดส์, 37(1), 36–45.

การพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด โดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

Development of a Community-Based Treatment (CBTx) System to Reduce Drug-Related Harms among Substance Use Disorder Patients in Phra Yuen District, Khon Kaen Province

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นุชนาฏ หินวิเศษ[1]
Nuchanach hinwiset[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสถานการณ์ พัฒนาและใช้รูปแบบ ศึกษาผลของรูปแบบ และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) โดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม–ตุลาคม 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 468 คน ประกอบด้วย ภาคีเครือข่าย 122 คน ได้แก่ นายอำเภอหรือผู้แทน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพระยืนหรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืนหรือผู้แทน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด 173 คน และญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย 173 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วยและญาติ (ข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน SMI-V Scan แบบสังเกต Mind7 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS แบบติดตามผู้ป่วยยาเสพติด และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติ) แบบสอบถามภาคีเครือข่าย (ความรู้ ทักษะ เจตคติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน) และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 91.33 อายุส่วนมาก 30–39 ปี ร้อยละ 41.62 (Mean±SD = 34.82±8.46, Min = 18, Max = 62) การพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม และจำแนกกลุ่มสีเขียว เหลือง ส้ม แดง 2) ติดตามผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่องด้วย Telemedicine และ Health Rider 3) แต่งตั้งคณะทำงานและทำ MOU ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ 4) ฟื้นฟูสภาพทางสังคมและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ผลของการใช้รูปแบบพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของญาติ/ครอบครัวผู้ป่วย เพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์ความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ลดลง ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($t = 12.45, 10.87, 9.63, 8.21$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การลดอันตรายจากยาเสพติด, การบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx), ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This participatory action research aimed to study the context and situation, develop and implement a model, examine the effects of the model, and identify the success factors in developing a harm reduction care system through community-based treatment and rehabilitation (CBTx) for people with substance use problems in Phra Yuen District, Khon Kaen Province. The study followed the PAOR cycle of Kemmis and McTaggart together with the Appreciation-Influence-Control (AIC) process, and applied the PCT2H Model (Participation, CBTx, Telemedicine, Health Rider, and Harm Reduction). Data were collected from March to October 2026, a total of 8 months. The target group comprised 468 participants: 122 network partners, including the District Chief Officer or representative,

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น

the Superintendent of Phra Yuen Police Station or representative, the Director of Phra Yuen Hospital or representative, local administrative organizations, community leaders, hospital and sub-district health promoting hospital staff, and village health volunteers; 173 patients with substance use problems; and 173 patients' relatives or family members. Participants were selected by purposive sampling. The research instruments were questionnaires for patients and relatives (general information, the SMI-V Scan, the Mind7 observation form, the Overt Aggression Scale (OAS), a patient follow-up form, and a relatives' satisfaction questionnaire), a questionnaire for network partners (knowledge, skills, attitudes, and community participation), and focus group discussion guidelines. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that most patients with substance use problems were male (91.33%), and most were aged 30–39 years (41.62%) (Mean±SD = 34.82±8.46, Min = 18, Max = 62). The model development comprised 4 approaches: 1) community-based case finding and screening with participation of network partners, and classification of patients into green, yellow, orange, and red groups; 2) continuous follow-up of red-group patients and patients at risk of violence using Telemedicine and Health Rider; 3) establishing a working committee and signing memoranda of understanding (MOUs) with district-level network partners; and 4) social rehabilitation and patient referral among village, sub-district, and district levels. After implementation of the model, network partners' participation, knowledge, skills, and attitudes, and relatives' satisfaction increased, while the incidence of violence among patients with substance use problems who had psychiatric symptoms and were at risk of violence decreased, with statistical significance ($p < .05$; $t = 12.45, 10.87, 9.63, 8.21$, respectively).

Keywords: harm reduction, community-based treatment and rehabilitation (CBTx), people with substance use problems, action research

บทนำ

ยาและสารเสพติดก่อความเสียหายร้ายแรงต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศ ใน ค.ศ. 2024 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติด 331 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.20 ของประชากรอายุ 15–64 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.20 เมื่อสิบปีก่อน ผู้ใช้แอมเฟตามีนมี 32 ล้านคน ตลาดยาสังเคราะห์ขยายตัว พบสารเสพติดชนิดใหม่ 755 ชนิดในปีเดียว ผู้มีความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติดได้รับการบำบัดเพียง 1 ใน 12 คน เพศหญิงเข้าถึงการบำบัด 1 ใน 23 คน เทียบกับเพศชาย 1 ใน 9 คน ความเสียหายจากยาเสพติดสัมพันธ์กับความยากจน ปัญหาสุขภาพจิตและการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ การสำรวจครัวเรือนระดับประเทศ พ.ศ. 2567 พบว่าประชากรไทยอายุ 12–65 ปีใช้กระท่อมประมาณ 1.90 ล้านคน กัญชา 1.50 ล้านคน และยาบ้า 1.50 ล้านคน มีผู้ที่ควรเข้ารับการบำบัดประมาณ 330,000 คน และมีปัญหาสุขภาพจิตประมาณ 220,000 คน ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่ใช้มากที่สุดและเป็นปัญหาหลักของประเทศ ปีงบประมาณ 2567 ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศคัดกรองผู้ป่วยได้ 196,895 ราย ระหว่าง 1 ตุลาคม 2568–27 มีนาคม 2569 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 85,857 คน เป็นกลุ่มสีเขียว 68,563 คน สีเหลือง 1,690 คน สีส้ม 9,219 คน และสีแดง 6,385 คน เป็นผู้ใช้ 4,127 คน ผู้เสพ 58,286 คน ผู้ติด 23,241 คน เข้ารับการบำบัดตามมาตรา 113 ร้อยละ 53.64 มาตรา 114 ร้อยละ 28.60 และมาตรา 56 ร้อยละ 12.85 เป็นเพศชายร้อยละ 90.13 อายุ 30–39 ปีมากที่สุด บำบัดแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 52.63 แบบ CBTx ร้อยละ 27.16 และแบบผู้ป่วยในร้อยละ 0.45 แผนยุทธศาสตร์การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2566–2570 กำหนดให้สร้างระบบดูแลที่เชื่อมโยงกับชุมชนและภาคีเครือข่าย และลดอันตรายตามมาตรฐานสากล[1]

ปัจจัยสำคัญมี 3 ประการ คือ การลดอันตรายจากยาเสพติด การมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบ CBTx และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย การลดอันตรายเป็นปรัชญาการดูแลที่ยอมรับว่าผู้ป่วยบาง

รายยังไม่พร้อมหรือไม่สามารถหยุดเสพได้ จึงเข้าหาผู้ป่วยในที่ที่เขาอยู่ สร้างความไว้วางใจ และเปิดทางเข้าสู่บริการสุขภาพ ขณะที่การตีตราทำให้ผู้ใช้ยาเผชิญปฏิสัมพันธ์และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี[2] CBTx ดำเนินการ 6 ขั้นตอน คือ ค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู ส่งต่อ และติดตามผล โดยขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ[3] กลไกนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 มิติ ได้แก่ การตัดสินใจ การปฏิบัติการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล[4] การขาดการดูแลโดยชุมชนและขาดแนวทางลดอันตราย ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาและกินยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาเสพติดร่วมกับยาจิตเวช อาการทางจิตกำเริบ ก้าวร้าวและก่อความรุนแรงซ้ำในชุมชน ครอบครัวรับภาระการดูแลโดยลำพัง ผู้ป่วยถูกตีตราและหลุดจากระบบบริการ เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และค่าใช้จ่ายด้านเรือนจำและกระบวนการยุติธรรม การดูแลต่อเนื่องแบบมีส่วนร่วมของชุมชนลดความรุนแรงของพฤติกรรมและความจำเป็นในการได้รับการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด[1] และทำให้ไม่เกิดเหตุรุนแรงซ้ำในชุมชน[5]

อำเภอพระยืนมี 5 ตำบล 53 หมู่บ้าน มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา 176 ราย 231 ราย และ 143 ราย ในปีงบประมาณ 2567 2568 และ 2569 (1 ตุลาคม 2568–27 มีนาคม 2569) ตามลำดับ ข้อมูลปีงบประมาณ 2569 เป็นกลุ่มสีเขียว 78 ราย (ร้อยละ 54.55) สีเหลือง 53 ราย (ร้อยละ 37.06) สีส้ม 9 ราย (ร้อยละ 6.29) และสีแดง 3 ราย (ร้อยละ 2.10) เป็นผู้ใช้ 10 ราย ผู้เสพ 34 ราย ผู้ติด 99 ราย (ร้อยละ 69.23) เข้ารับการบำบัดตามมาตรา 113 ร้อยละ 93.01 และมาตรา 56 ร้อยละ 6.29 เป็นเพศชายร้อยละ 92.31 อายุ 30–39 ปีมากที่สุด บำบัดและติดตามครบ 456 ราย ไม่เสพซ้ำ 435 ราย (ร้อยละ 95.39) ผู้ป่วยกลุ่มสีแดงเพิ่มจาก 1 ราย เป็น 2 ราย และ 3 ราย ผู้ป่วยจิตเวชสะสมในพื้นที่มี 205 ราย มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง 80 ราย เป็นผู้ป่วยบำบัดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง 31 ราย 42 ราย และ 53 ราย ตามลำดับ ในกลุ่มนี้ขาดนัด 17 ราย (ร้อยละ 54.84) 25 ราย (ร้อยละ 59.52) และ 33 ราย (ร้อยละ 62.26)[6]

ข้อมูลทั้งสองระดับสะท้อนปัญหาที่แท้จริง คือ ผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรงเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดนัดมากขึ้นและขาดยาต่อเนื่อง อำเภอพระยืนมีจุดแข็งด้านการค้นหาผู้ใช้โดยชุมชนผ่านมาตรการเคาะประตูบ้านแจกซองผ้าป่า การค้นหาผู้ใช้ในพื้นที่เป้าหมายเพิ่มขึ้นร้อยละ 94.40 และเป็นต้นแบบระดับเขตสุขภาพที่ 7[7] การเปิดซองผ้าป่าพบรายชื่อผู้ใช้ 791 ราย ใน 6 พื้นที่ หากเทียบกัน ผู้เข้ารับการบำบัด 143 ราย ในครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ 2569 คิดเป็นร้อยละ 18.08 ของรายชื่อที่ค้นพบ แสดงว่าผู้ใช้จำนวนมากยังไม่เข้าสู่ระบบ ส่วนผู้ที่เข้าสู่ระบบคงอยู่ในการดูแลร้อยละ 60 จากผู้เข้าร่วม 114 ราย บางรายกลับไปพบเพื่อนกลุ่มเดิมแล้วเสพซ้ำ บางรายติดตามไม่ต่อเนื่องเพราะออกนอกพื้นที่[8]

ในมิติการพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่คัดกรอง บำบัด ติดตามเยี่ยม จนถึงส่งต่อ และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุดในการนำแนวคิดการลดอันตรายไปใช้ในการปฏิบัติประจำ[2] ปัญหาทางการพยาบาลที่พบในพื้นที่ คือ ยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการรายกรณีที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มสีแดง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดนัดถึงร้อยละ 62.26 ทำให้ขาดยาต่อเนื่อง การติดตามหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนอาศัยการประสานแบบไม่เป็นทางการ และครอบครัวรับภาระการดูแลอาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงโดยขาดความรู้และการสนับสนุน[6]

รูปแบบเดิมของอำเภอพระยืนเน้นกลุ่มสีเขียว ซึ่งยังไม่มีแนวทางดูแลและติดตามกลุ่มสีแดงที่ชัดเจน ขณะที่ระยะเวลาดำเนินงานสั้น การคงอยู่ในระบบร้อยละ 60 และการเสพซ้ำหลังกลับสู่ชุมชนยังเป็นอุปสรรค [8] การทบทวนรูปแบบเดิมช่วยให้เห็นจุดแข็งที่ต่อยอดได้ คือ การค้นหาผู้ใช้โดยชุมชนและการขับเคลื่อนผ่านกลไกระดับอำเภอที่มีนายอำเภอเป็นผู้นำ และเห็นจุดที่ต้องพัฒนา คือ การดูแลกลุ่มสีแดง

การติดตามต่อเนื่องนอกพื้นที่ และการลดอันตรายควบคู่การบำบัด การพัฒนารูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนมีความสำคัญ เพราะการบริหารแบบมีส่วนร่วมเพิ่มคะแนนจาก 3.40 เป็น 4.30 และผู้เสพเปลี่ยนเป็นผู้ใช้ร้อยละ 78.80[9] รูปแบบ CBTx ระดับจังหวัดเพิ่มประสิทธิผลการบำบัดและการฟื้นฟูสภาพทางสังคม ลดการเสพซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัว[3]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการสร้างองค์ความรู้ที่ผ่านมามุ่งที่การค้นหาผู้ใช้ การบำบัดและฟื้นฟูโดยภาพรวม ยังขาดรูปแบบที่บูรณาการการลดอันตรายเข้ากับ CBTx สำหรับผู้ป่วยกลุ่มสีแดงที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงก่อความรุนแรง โดยใช้ Telemedicine และ Health Rider ในบริบทอำเภอพระยืน และประเมินผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาระบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ลดการเสพซ้ำและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ครอบครัวและชุมชนจัดการอาการและพฤติกรรมได้ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรค การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และข้อมูลของผู้ป่วยยาเสพติด ในการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านภาคีเครือข่าย อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart[10] ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมกันทำการศึกษาในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนตุลาคม 2569 รวมระยะเวลา 8 เดือน โดยประเมินผลก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ในเชิงคุณภาพใช้กลุ่มภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน ได้แก่ นายอำเภอหรือผู้แทน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพระยืนหรือผู้แทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืนหรือผู้แทน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเชิงปริมาณใช้ผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในระบบบำบัดรักษาของอำเภอพระยืน และญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วย ในพื้นที่ 53 หมู่บ้าน 5 ตำบล ที่อาศัยและรับบริการในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น ในช่วงปีงบประมาณ 2569

2) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 468 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่าย 122 คน ได้แก่ นายอำเภอหรือผู้แทน 1 คน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพระยืนหรือผู้แทน 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืนหรือผู้แทน 1 คน องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น 5 คน ผู้นำชุมชน 53 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 53 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยและญาติ 346 คน ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติด 173 คน และญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย 173 คน โดย ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ผู้ป่วยต้องมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาแบบ CBTx หรือได้รับการดูแลตามระบบบริการของพื้นที่ อาศัยอยู่ในอำเภอพระยืนตลอดระยะเวลาการศึกษา สื่อสารภาษาไทยได้ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีอาการทางจิตเฉียบพลันจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือยินยอมได้ จะไม่ถูกรวมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กระบวนการเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC (Appreciation, Influence, Control) เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์แก่ภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และกิจกรรมแก้ปัญหาร่วมกัน จัดทำคำสั่งและบันทึกข้อตกลง (MOU) กับภาคีเครือข่าย ออกแบบกิจกรรมการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และจัดทำแผนปฏิบัติการ จากนั้นดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยยึด PCT2H Model ได้แก่ Participation, CBTx, Telemedicine, Health Rider และ Harm Reduction เป็นเวลา 6 เดือน ดำเนินการสังเกตและประเมินผลก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินการ ประชุมสะท้อนผลและถอดบทเรียน ทบทวนปัญหาอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ จนเกิดเป็นรูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) สำหรับภาคีเครือข่าย มี 2 ส่วน คือ สถานการณ์การติดตามผู้ป่วยยาเสพติด (วิเคราะห์ด้วย SWOT analysis) และการวางแผนการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด การสัมภาษณ์ (Interview) และการสังเกต (Observation) ประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค การมีส่วนร่วม และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดและญาติหรือครอบครัว เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมคำ ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมิน SMI-V (SMI-V Scan) 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Mind7) 7 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) 3 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยต่อการติดตามผู้ป่วย 30 ข้อ และส่วนที่ 7 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับภาคีเครือข่าย เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติในการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด 30 ข้อ ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 25 ข้อ และส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะ 4 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและแบบเก็บข้อมูลนำมาแจกแจงและประมวลผลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร ความรู้ ทักษะ เจตคติ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัว ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้

Paired-t-test เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของญาติ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ที่ 3 เดือน และ 6 เดือน โดยกำหนดค่า p-value น้อยกว่า .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการบันทึกการประชุม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ และการสังเกต วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ตามประเด็น ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และสรุปสาระสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัยตลอดการศึกษา ได้แก่ ด้านความเป็นส่วนตัว (privacy) ด้านการรักษาความลับ (confidentiality) และด้านการยินยอมพร้อมใจ (informed consent) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมทุกกลุ่ม ผู้เข้าร่วมตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียสิทธิในการรับบริการ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมเป็นความลับ วิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. บริบท สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมของการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

ผลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการวิเคราะห์ SWOT พบว่า จุดแข็งของพื้นที่ คือ นายอำเภอเป็นผู้นำขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีกลไกค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนผ่านผ้าป่ายาเสพติด และมี อสม. ครบทุกหมู่บ้าน จุดอ่อน คือ รูปแบบเดิมเน้นผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว ยังไม่มีแนวทางติดตามผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ชัดเจน ผู้ป่วยขาดนัดร้อยละ 62.26 ติดตามไม่ต่อเนื่องเมื่อออกนอกพื้นที่ ญาติขาดความรู้ในการจัดการอาการและพฤติกรรมรุนแรง โอกาส คือ นโยบาย CBTx ระบบ Telemedicine และ Health Rider อุปสรรค คือ การตีตราผู้ป่วย การกลับไปพบเพื่อนกลุ่มเดิมแล้วเสพซ้ำ และการใช้สารเสพติดร่วมกับยารักษา

ในเชิงปริมาณ ผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน 173 คน ส่วนมากเป็นเพศชาย จำนวน 158 คน ร้อยละ 91.33 รองลงมาเป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน ร้อยละ 8.67 อายุส่วนมาก 30–39 ปี จำนวน 72 คน ร้อยละ 41.62 รองลงมา 18–29 ปี จำนวน 46 คน ร้อยละ 26.59 และ 40–49 ปี จำนวน 37 คน ร้อยละ 21.39 ตามลำดับ (Mean±SD = 34.82±8.46 ปี, Min = 18 ปี, Max = 62 ปี) อาชีพส่วนมากรับจ้าง จำนวน 84 คน ร้อยละ 48.55 รองลงมาเกษตรกรรม จำนวน 51 คน ร้อยละ 29.48 และค้าขาย จำนวน 22 คน ร้อยละ 12.72 สถานภาพส่วนมากโสด จำนวน 92 คน ร้อยละ 53.18 รองลงมาสมรส จำนวน 63 คน ร้อยละ 36.42 ระดับการศึกษาส่วนมากมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 74 คน ร้อยละ 42.77 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. จำนวน 43 คน ร้อยละ 24.86 และประถมศึกษา จำนวน 41 คน ร้อยละ 23.70 ตามลำดับ สารเสพติดที่ใช้ส่วนมากเป็นยาบ้า จำนวน 129 คน ร้อยละ 74.57 รองลงมากัญชา จำนวน 21 คน ร้อยละ 12.14 ระดับความรุนแรง เป็นกลุ่มสีเขียว จำนวน 74 คน ร้อยละ 42.77 สีเหลือง จำนวน 52 คน ร้อยละ 30.06 สีส้ม จำนวน 30 คน ร้อยละ 17.34 และสีแดง จำนวน 17 คน ร้อยละ 9.83 เป็นผู้ใช้ จำนวน 18 คน ผู้เสพ จำนวน 52 คน และผู้ติด จำนวน 103 คน ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 41 คน ร้อยละ 23.70

ภาคีเครือข่าย จำนวน 122 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 71 คน ร้อยละ 58.20 รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 51 คน ร้อยละ 41.80 อายุ Mean±SD = 46.35±8.12 ปี, Min = 25 ปี, Max = 64 ปี เป็นผู้นำชุมชน 53 คน อสม. 53 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 คน นายอำเภอหรือผู้แทน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรพระยืนหรือ

ผู้แทน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืนหรือผู้แทน ตำแหน่งละ 1 คน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

ขั้นวางแผน (Planning) คืนข้อมูลสถานการณ์แก่ภาคีเครือข่ายในกระบวนการ AIC ได้แก่ ค้นหาจุดแข็ง (Appreciation) ระดมสมองหาแนวทาง (Influence) และวางแผนปฏิบัติ (Control) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และกิจกรรมแก้ปัญหาร่วมกัน จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างภาคีเครือข่าย และได้แผนปฏิบัติการที่ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง ขั้นปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมตามแผนเป็นเวลา 6 เดือน โดยยึด PCT2H Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วม (Participation) การบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) Telemedicine Health Rider และการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 4 แนวทาง ดังนี้ 1) ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม และจำแนกกลุ่มสีเขียว เหลือง ส้ม แดง 2) ติดตามผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่เสี่ยงก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่องด้วย Telemedicine และ Health Rider 3) แต่งตั้งคณะทำงานและทำ MOU ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ 4) ฟื้นฟูสภาพทางสังคมและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ขั้นสังเกต (Observation) ติดตามและประเมินผลก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 3 เดือน และ 6 เดือน ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมสรุปผล เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินการ และถอดบทเรียนร่วมกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อปรับรูปแบบให้ต่อเนื่อง

3. ผลของการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น

3.1) ผลการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.10 (S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3.22 รองลงมาด้านการปฏิบัติการ 3.14 และด้านผลประโยชน์ 3.06 ตามลำดับ หลังพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.49) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการปฏิบัติการ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.03 รองลงมาด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3.98 และด้านผลประโยชน์ 3.86 ตามลำดับ

3.2) ผลการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.24 (S.D.=0.61) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านเจตคติ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3.37 รองลงมาด้านทักษะ 3.19 และด้านความรู้ 3.16 ตามลำดับ หลังพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.94 (S.D.=0.52) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.02 รองลงมาด้านเจตคติ 3.93 และด้านทักษะ 3.87 ตามลำดับ

3.3) ผลการพัฒนาความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยต่อการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.42 (S.D.=0.63) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงบริการ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3.51 รองลงมาด้านความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ 3.43 และด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล 3.39 ตามลำดับ หลังพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.52) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงบริการ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 4.05 รองลงมาด้านความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ 3.98 และด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล 3.94 ตามลำดับ

3.4) ผลการพัฒนาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติด (OAS) ก่อนพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.58 (S.D.=0.66) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการก้าวร้าวทางวาจา คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 2.94 รองลงมาด้านการก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น 2.49 และด้านการก้าวร้าวต่อ

ทรัพย์สิน 2.31 ตามลำดับ หลังพัฒนาภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.08 (S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการก้าวร้าวทางวาจา คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 2.36 รองลงมาด้านการก้าวร้าวต่อบุคคลอื่น 1.99 และด้านการก้าวร้าวต่อทรัพย์สิน 1.89 ตามลำดับ อุบัติการณ์เหตุความรุนแรงจากผู้ป่วยในชุมชนลดลงจาก 9 ครั้ง ก่อนดำเนินการ เป็น 2 ครั้ง หลังดำเนินการ 6 เดือน

3.5) ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการติดตามร้อยละ 100 การขาดนัดของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงลดลงจากร้อยละ 62.26 (33 จาก 53 คน) เป็นร้อยละ 24.53 (13 จาก 53 คน) และผู้ป่วยคงอยู่ในระบบบริการ (Retention) ที่ 6 เดือน จำนวน 134 คน ร้อยละ 77.46

3.6) การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบ ก่อนพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.10 (S.D.=0.58) ภายหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.49) จากการทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001, t=12.45) ความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาคีเครือข่าย ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.24 (S.D.=0.61) ภายหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.94 (S.D.=0.52) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001, t=10.87) ความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.42 (S.D.=0.63) ภายหลังพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.52) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001, t=9.63) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย (OAS) ก่อนพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.58 (S.D.=0.66) ภายหลังพัฒนาลดลงเป็นระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.08 (S.D.=0.58) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value <0.001, t=8.21) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การทดสอบความแตกต่างผลการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น (n=122, 173)

ตัวแปร	n	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
		Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	122	3.10	0.58	ปานกลาง	3.90	0.49	มาก	12.45	<0.001*
2. ความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาคีเครือข่าย	122	3.24	0.61	ปานกลาง	3.94	0.52	มาก	10.87	<0.001*
3. ความพึงพอใจของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วย	173	3.42	0.63	ปานกลาง	3.97	0.52	มาก	9.63	<0.001*
4. พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย (OAS)	173	2.58	0.66	ปานกลาง	2.08	0.58	น้อย	8.21	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น จากการถอดบทเรียนและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4 ประการ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำของนายอำเภอที่ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ พชอ. และการสั่งการที่ชัดเจน 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่ตัดสินใจ ปฏิบัติ รับประโยชน์ จนถึงประเมินผล พร้อมบันทึกข้อตกลง (MOU) 3) ความเข้มแข็งของ

ชุมชน โดย อสม. และผู้นำชุมชนที่ไม่ตีตราและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 4) การใช้ Telemedicine และ Health Rider ที่ทำให้ติดตามผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่ออกนอกพื้นที่ได้ต่อเนื่อง ส่วนปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้ป่วยบางรายกลับไปพบเพื่อนกลุ่มเดิมและเสพซ้ำ ญาติบางรายขาดความรู้ในการจัดการอาการ และสัญญาณอินเทอร์เน็ตในบางหมู่บ้านไม่เสถียร แก้ไขโดย จับคู่ อสม. เป็นพี่เลี้ยง จัดอบรมญาติ และใช้โทรศัพท์ติดตามแทน

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบท สถานการณ์ และปัญหาของการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน ใช้ยาบ้าเป็นหลัก สอดคล้องกับข้อมูลระดับจังหวัดและอำเภอที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงานตอนต้น[6] วัยนี้เป็นกำลังหลักของครอบครัว ทำงานใกล้ชิดกลุ่มเพื่อน จึงเสี่ยงสัมผัสสารเสพติด และมีแรงดึงให้กลับไปเสพซ้ำเมื่อพบเพื่อนเดิม[8] การทบทวนระดับสากลชี้ว่างานชุมชนต้องอาศัยผู้มีบทบาทหลายฝ่าย ส่วนการบังคับใช้กฎหมายเพียงลำพังผลักผู้ใช้ให้หลบซ่อนจากระบบบริการ[11] ปัญหาสำคัญ คือ ระบบเดิมเข้มแข็งด้านการค้นหาแต่อ่อนด้านการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเสี่ยงก่อความรุนแรงยังไม่มีแนวทางชัดเจน จึงขาดนัดและขาดยา ผลนี้สอดคล้องกับงานในตำบลบ้านโต้นที่พบว่ามาตรการเคาะประตูบ้านแจกซองผ้าป่าเพิ่มการค้นหาผู้ใช้ได้มาก แต่ขั้นตอนหลังการค้นหายังต้องพัฒนา[7] จุดแข็งด้านภาวะผู้นำของนายอำเภอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สอดคล้องกับรูปแบบระดับจังหวัดที่ใช้กลไกเดียวกันขับเคลื่อนงาน[3] ความจำเป็นของการดูแลหลังกลับสู่ชุมชนสอดคล้องกับข้อค้นพบว่าชุมชนต้องมีศักยภาพประเมินและจัดการเหตุรุนแรงเบื้องต้น[5] ความสำเร็จด้านการค้นหาเป็นฐานสำคัญ แต่ไม่เพียงพอหากผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามหลังเข้าสู่ระบบ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงจึงต้องการแนวปฏิบัติเฉพาะที่ระบุผู้รับผิดชอบ ช่วงเวลาติดตาม และช่องทางส่งต่อชัดเจน ปัญหาด้านครอบครัวและการตีตราเป็นอีกเหตุผลที่ผู้ป่วยหลุดจากระบบ ญาติขาดความรู้และแบกรับภาระลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับงานในเวียดนามที่ครอบครัวมองการบังคับบำบัดเป็นทางเลือกสุดท้ายเพราะขาดบริการในชุมชนที่พึ่งพาได้[12] การตีตราทำให้ผู้ใช้ยาได้รับประสบการณ์ไม่ดีจากบริการสุขภาพและถอยห่างจากการรักษา[2] แนวคิดที่เน้นการจับกุมยังขัดขวางการนำหลักการลดอันตรายมาใช้จริง[13] ผู้วิจัยจึงเห็นว่าปัญหาที่แท้จริงของอำเภอพระยืนไม่ใช่การขาดผู้ค้นหา แต่เป็นช่องว่างระหว่างการค้นหากับการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) ในผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอพระยืน รูปแบบที่ได้เกิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ให้ภาคีเครือข่ายร่วมวิเคราะห์ปัญหา ตัดสินใจ ลงมือทำ สังเกต และสะท้อนผลเป็นวงจร เหตุที่รูปแบบเหมาะกับพื้นที่ คือ ผู้ปฏิบัติจริงเป็นเจ้าของแผน และเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมครบทั้งการตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล[4] สอดคล้องกับงานในตำบลบ้านโต้นที่ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมกับภาคีทุกระดับจนได้แนวทางต้นแบบ[7] และงานในอำเภอพลที่เริ่มจากการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อเนื่องถึงการดูแลระยะยาว[9] เมื่อสิ้นสุดวงจรสะท้อนผล ผู้ร่วมวิจัยปรับแนวทางให้สอดคล้องกับทรัพยากรจริงของพื้นที่ จึงเพิ่มโอกาสที่รูปแบบจะถูกนำไปใช้ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดโครงการ แนวทางค้นหา คัดกรอง และจำแนกกลุ่มสีต่อยอดจุดแข็งเดิมของอำเภอ สอดคล้องกับขั้นตอนค้นหา คัดกรอง บำบัด ฟื้นฟู ส่งต่อ และติดตามผล ที่ขับเคลื่อนผ่านกลไกระดับอำเภอ[3] การจำแนกกลุ่มช่วยจัดสรรกำลังคนตามความรุนแรง แนวทางติดตามกลุ่มสีแดงด้วย Telemedicine และ Health Rider แก้ปัญหาการติดตามขาดตอนเมื่อผู้ป่วยออกนอกพื้นที่ สอดคล้องกับหลักฐานว่าระบบสุขภาพทางไกลมีแนวโน้มยอมรับได้ ทำได้จริง และให้ผลดีในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง[14] การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงก่อความรุนแรงต้องเชื่อมโรงพยาบาลกับชุมชนอย่าง

ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับแนวทางดูแลก่อน ระหว่าง และหลังอยู่โรงพยาบาลที่มีคู่มือรองรับ[5] แนวทางแต่งตั้งคณะทำงานและทำบันทึกข้อตกลง ช่วยกำหนดบทบาทที่ชัดเจน ตอบข้อเสนอว่าผู้ดำเนินการหลากหลายต้องได้รับการประสานและบูรณาการเพื่อให้ติดตามและประเมินผลได้[11] แนวทางฟื้นฟูสภาพทางสังคมและส่งต่อ สอดคล้องกับการช่วยเหลือดูแลระยะยาวหลังบำบัด[9] และข้อเสนอให้ขยายบริการชุมชนและสนับสนุนครอบครัว[12] หลักการลดอันตรายเป็นฐานคิดของทุกแนวทาง เพราะยอมรับว่าผู้ป่วยบางรายยังหยุดเสพไม่ได้ ต้องเข้าหาถึงที่ สร้างความไว้วางใจ และเปิดทางสู่การรักษา[2] การดูแลในศูนย์ชุมชนที่ให้บริการลดอันตรายปลอดภัยและได้ผล[15] จึงสนับสนุนการให้บริการใกล้บ้านมากกว่าการรอผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

3. ผลของการใช้รูปแบบและปัจจัยแห่งความสำเร็จ หลังใช้รูปแบบ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความรู้ ทักษะ เจตคติ และความพึงพอใจของญาติเพิ่มขึ้น ส่วนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยลดลง เหตุผล คือ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่ตัดสินใจจึงรู้สึกเป็นเจ้าของงานและร่วมรับผิดชอบต่อเนื่อง[4]สอดคล้องกับงานในอำเภอพลที่การบริหารแบบมีส่วนร่วมดีขึ้นหลังดำเนินการ[9] และงานในอำเภอเชียงขวัญที่การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น พร้อมการเสพแอมเฟตามีนลดลงและคงอยู่ในช่วงติดตาม[16] แต่งานดังกล่าวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงต้องระมัดระวังการสรุปเหตุและผล เช่นเดียวกับการวิจัยนี้ที่วัดกลุ่มเดียวก่อนและหลัง ความรู้ ทักษะ และเจตคติของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้น เพราะมีการอบรมร่วมกับการลงมือปฏิบัติจริงและสะท้อนผลซ้ำ ผลนี้สอดคล้องกับงานในอำเภอเสลภูมิที่ญาติและภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้น ความรุนแรงของพฤติกรรมและความจำเป็นในการดูแลลดลง[1] และงานในอำเภอยางสีสุราชที่ชุมชนประเมินและจัดการเหตุรุนแรงเบื้องต้นได้ ไม่เกิดเหตุรุนแรงซ้ำ[5] ญาติที่เข้าใจอาการเตือนและรู้วิธีรับมือลดปัจจัยกระตุ้นในบ้าน ผู้ป่วยจึงก้าวร้าวน้อยลง ความพึงพอใจของญาติเพิ่มขึ้นเพราะได้รับการติดตามใกล้ชิดเข้าถึงบริการง่ายขึ้น และไม่ต้องรับภาระลำพัง สอดคล้องกับรูปแบบระดับจังหวัดที่ครอบครัวพึงพอใจมากขึ้นพร้อมการเสพซ้ำที่ลดลง[3] ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำของนายอำเภอผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความเข้มแข็งของผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร บันทึกข้อตกลงที่ชัดเจน และเทคโนโลยีที่ทำให้ติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ตรงกับข้อเสนอว่าต้องอาศัยผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและสร้างความเข้าใจในชุมชน[1] การไม่ตีตราเป็นเงื่อนไขให้ผู้ป่วยกล้าเข้ารับบริการ[2] การยึดมั่นต่อการรักษาเป็นปัจจัยกำหนดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ใช้ยาในชุมชน[15] ผลที่สอดคล้องกันในหลายพื้นที่ชี้ว่ากลไกสำคัญอยู่ที่การให้ชุมชนเป็นผู้ดูแลหลักโดยมีระบบวิชาชีพหนุนหลัง มากกว่ากิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งโดยเฉพาะ ข้อจำกัด คือ ระยะเวลาสั้นและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ควรติดตามระยะยาวและออกแบบเปรียบเทียบในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมภาคีเครือข่ายและชุมชน โดยมุ่งเน้นผู้เกี่ยวข้อง เรื่องการค้นหาและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มสีแดง ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง และการลดอันตรายจากยาเสพติด ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น AIC จะช่วยให้ทุกฝ่ายเข้าใจปัญหาตรงกัน กำหนดบทบาทชัดเจน และแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำ ร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำบันทึกข้อตกลง (MOU) กำหนดบทบาทและผู้รับผิดชอบการติดตามผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม การรณรงค์และประชาสัมพันธ์เพื่อลดการตีตรา การเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม และการดูแลผู้ป่วยตามหลักการลดอันตรายอย่างต่อเนื่องในชุมชน

3. การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น Telemedicine และ Health Rider ร่วมกับการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และควร

ส่งเสริมการอบรมด้านเทคโนโลยีสุขภาพให้ อสม. เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงสูง จะช่วยให้ติดตามผู้ป่วยได้ต่อเนื่องแม้ออกนอกพื้นที่ ลดการขาดนัดและขาดยา ลดความเสี่ยงการเสพซ้ำและการก่อความรุนแรงในชุมชน ลดภาระของญาติ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย และลดความแออัดของโรงพยาบาลลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยยาเสพติดและญาติหรือครอบครัว ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนของอำเภอพระยืน และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระยืน สาธารณสุขอำเภอพระยืน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กรองจิต วลัยศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 8(3), 909–917.
2. Marissa D. Abram, Adrian Jugdoyal, Paulo Seabra, Dana Murphy-Parker, & Adam Searby. (2025). Harm reduction as a form of 'wrap-around' care: The nursing role. International Journal of Mental Health Nursing, 34(1), Article e13436.
3. กิตติมา ก้านจักร, วาสนา ทิพเลิศ, และณรงค์ชัย เศิกศิริ. (2569). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต้นแบบ (ชุมชนล้อมรักษ์) แบบบูรณาการ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 19(1), 242–256.
4. John M. Cohen, & Norman T. Uphoff. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development, 8(3), 213–235.
5. ประครอง ประกิระนะ, จันทร์เพ็ญ สว่างไธสง, ดนัย บุญมี, กาญจนา จันทะนุย, และอรนุช ไชยสันต์. (2567). แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(6), 218–228.
6. โรงพยาบาลพระยืน. (2569). ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลพระยืน (HOSxP).
7. วิระวัติ นักร้อง. (2567). การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลบ้านโต้น อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(1), e266459.
8. โรงพยาบาลพระยืน. (2567). การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CBTx) [เอกสารสรุปผลงานการพัฒนาคุณภาพ HA Forum]. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระยืน.
9. วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์, ปัญญา ทาพรมมา, พิชิต คำภาเกะ, อังคาร มุ่งเกิด, และวาสนา โยธานัก. (2568). รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 7(1), e273093.
10. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.
11. Charles T. Orjiakor, John Eze, Methodius Chinweoke, Michael Ezenwa, Ijeoma Orjiakor, Obinna Onwujekwe, & Joseph Palamar. (2023). A systematic review of actors, actions, and outcomes of community-based efforts to prevent or reduce methamphetamine use. Addiction Research & Theory, 31(5), 335–344.

12. Nguyen Thu Trang, Le Minh Giang, Han Dinh Hoe, Nguyen Huu Anh, Dinh Thi Thanh Thuy, & Gavin Bart. (2025). "When she's there, I no longer worry about her being arrested" – Family perspectives on compulsory drug rehabilitation in Vietnam and implications for community-based services. International Journal of Drug Policy, 135, Article 104681.
13. Trang Thu Nguyen, Mai Thi Ngoc Tran, Giang Minh Le, & Marie Jauffret-Roustide. (2022). Drug harm reduction in Vietnam: A review of stakeholders' perspectives and implications for future interventions. American Journal of Public Health, 112(S2), S182–S190.
14. Margaret Isioma Ojeahere, Sarah Kanana Kiburi, Paul Agbo, Rakesh Kumar, & Florence Jaguga. (2022). Telehealth interventions for substance use disorders in low- and- middle income countries: A scoping review. PLOS Digital Health, 1(11), Article e0000125.
15. Tanyaporn Wansom, Akaphot Thongmee, Salyavit Chittmittrapap, Tunyaluck Saraporn, Karuna Chavalertsakul, Nuntisa Chotirosniramit, Suta Pattarakijroongrueng, Thitisant Palakawong Na Ayuthaya, Viroj Verachai, Paisarn Traisirichok, Benjamas Intharabut, Nyan Linn, Rapeeporn Teuansiri, Kewalin Kulprayong, Arrini Waesateh, Sureena Lawseng, Tikumporn Chumwangwapee, Smith Pattarasuteewong, Nee Pudpong, Nicolas Durier. (2025). Community-based integrated care for HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, Thailand. Bulletin of the World Health Organization.
16. ชวนพิศ เคหาบาล. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้รูปแบบ CBTx "ชุมชนล้อมรักษ์" ต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเสพสารแอมเฟตามีน ของผู้ป่วยยาเสพติด อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 6(2), 274–287.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนการผลิตต่อชิ้นของขนมปังปลาและขนมปังไส้หมูหยองเพื่อการกำหนดราคาขาย: แนวทางเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจของชุมชนท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

A Comparative Analysis of Per-Unit Production Costs of Fish-Feeding Bread and Shredded-Pork Filled Bread for Pricing: An Approach to Enhancing the Economic Well-Being of Tai Ko Community, Sam Khok District, Pathum Thani Province

)Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026; Accepted: September 30, (2026

วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[1]
Waraporn Silacharoentanakij[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนการผลิตต่อชิ้นของขนมปังปลาและขนมปังไส้หมูหยองด้วยต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐาน (Standard Costing Template) เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกผลิตและกำหนดราคาขายสำหรับประกอบอาชีพเสริม 2) เปรียบเทียบความรู้ความสามารถในการคำนวณต้นทุนและกำหนดราคาขายของผู้เข้ารับการฝึกอบรมก่อนและหลังการฝึกอบรมโดยใช้ต้นแบบ และ 3) ศึกษาความพึงพอใจต่อการฝึกอบรม ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มเป้าหมายคือผู้เข้ารับการฝึกอบรมอาชีพการทำขนมปัง ชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน มีข้อมูลครบถ้วนทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม 29 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐาน ใบงานคำนวณต้นทุนและราคาขาย และแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon Signed-Rank Test และ Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ต้นแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ กำหนดปริมาณและราคามาตรฐานของวัตถุดิบ คำนวณต้นทุนรวมต่อสูตร หารด้วยจำนวนชิ้นเพื่อหาต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้น และกำหนดราคาขายต่อชิ้น ขนมปังปลา/ขนมปังจืดมีต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้น 1.25 บาท และขนมปังไส้หมูหยองมีต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้น 2.35 บาท เมื่อขายชิ้นละ 10 บาท มีกำไรขั้นต้นต่อชิ้น 8.75 บาท และ 7.65 บาท (ร้อยละ 87.5 และ 76.5 ของราคาขาย) ตามลำดับ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทั้ง 29 คนคำนวณได้ตรงกับต้นทุนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นจาก 4.28 (S.D. = 0.43) เป็น 4.58 (S.D. = 0.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($Z = -3.83$; $t(28) = 4.12$) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.97, S.D. = 0.19)

คำสำคัญ: ต้นทุนการผลิตต่อชิ้น; ต้นทุนมาตรฐาน; การกำหนดราคาขาย; ขนมปัง; สุขภาวะทางเศรษฐกิจ

Abstract

This research aimed to 1) comparatively analyze the per-unit production costs of fish-feeding (plain) bread and shredded-pork filled bread using a Standard Costing Template as a guide for choosing which product to make and for setting selling prices as a supplementary occupation, 2) compare trainees' knowledge and ability in costing and pricing before and after training with the template, and 3) examine satisfaction with the training. A one-group pretest-posttest design was employed. The target group comprised 30 trainees of a bread-making vocational training program in Tai Ko Subdistrict, Sam Khok District, Pathum Thani Province, of whom 29 provided complete pre- and post-training data. The instruments were the Standard Costing Template, a costing and pricing worksheet, and a five-point rating-scale questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, the Wilcoxon signed-rank test, and the paired samples t-test.

The template consisted of four steps: setting standard quantities and prices of ingredients, calculating the total cost per batch, dividing by the batch yield to obtain the standard cost per unit, and setting the selling price per unit. The standard cost per piece was 1.25 baht for fish-feeding (plain) bread and 2.35 baht for shredded-pork

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

filled bread. At a selling price of 10 baht, the gross profit per piece was 8.75 and 7.65 baht (87.5% and 76.5% of the selling price), respectively. All 29 trainees calculated costs consistent with the standard cost. The mean knowledge and ability score increased from 4.28 (S.D. = 0.43) to 4.58 (S.D. = 0.45), a statistically significant difference at the .001 level (Z = -3.83; t(28) = 4.12). Overall satisfaction was at the highest level (M = 4.97, S.D. = 0.19).

Keywords: per-unit production cost; standard costing; pricing; bread; economic well-being

บทนำ

การประกอบอาชีพเสริมด้านอาหารและขนมเป็นช่องทางสำคัญในการเพิ่มรายได้ให้แก่ครัวเรือนในชุมชนท้องถิ่น เนื่องจากใช้เงินลงทุนไม่สูง ผลิตได้ภายในครัวเรือน และจำหน่ายได้ในตลาดใกล้บ้าน อย่างไรก็ตาม ผู้ผลิตรายย่อยจำนวนมากยังกำหนดราคาขายโดยอาศัยการเทียบเคียงกับราคาในตลาดหรือการประมาณจากประสบการณ์ มากกว่าการคำนวณจากต้นทุนที่แท้จริง ทำให้ไม่ทราบว่าสินค้าแต่ละชิ้นมีกำไรเท่าใด หรืออาจขาดทุนโดยไม่รู้ตัวเมื่อราคาวัตถุดิบเปลี่ยนแปลง การกำหนดราคาขายบนฐานต้นทุนที่ถูกต้องจึงช่วยให้ครัวเรือนมีรายได้ที่มั่นคงและคาดการณ์ได้ ซึ่งวรภร ศิลาเจริญธนกิจ และกฤตยชญ์ คำมิ่ง[2] ชี้ว่าการวิเคราะห์ต้นทุนและการกำหนดราคาขายเป็นแนวทางเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจของชุมชน

งานวิจัยในบริบทชุมชนหลายเรื่องชี้ให้เห็นว่าการวิเคราะห์ต้นทุนเป็นพื้นฐานสำคัญของการกำหนดราคาขาย ในกลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมและอาหารแปรรูป ภาวินีย์ ธนาอนวัช[4] วิเคราะห์ต้นทุนขนมบ้าบิ่นซึ่งเป็น ขนมไทยโบราณของวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่ามีต้นทุน 19.09 บาทต่อกล่อง และเสนอให้ปรับราคาขายจากกล่องละ 30 บาท เป็น 35 บาท นันทนา แจ้งสว่าง[5] วิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตกะหรี่ปั๊บของบ้านสวนพันจิตร จังหวัดลพบุรี และเสนอแนวทางการกำหนดราคาขายและการวางแผนกำไร หทัยรัตน์ ศรีบุบ และคณะ[6] วิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนการผลิตปลาส้มสายเดี่ยวของวิสาหกิจชุมชนบ้านห้วยบง จังหวัดหนองบัวลำภู นีรนาท เสนาจันทร์[8] พบว่าปลาร้าบองสมุนไพรมีต้นทุน 24.57 บาทต่อกระปุก มีจุดคุ้มทุน 8 กระปุก และเมื่อเพิ่มราคาขาย 5 บาท จุดคุ้มทุนลดลงเหลือ 4 กระปุก รัญชิดา เบริล และคณะ[10] พบว่าขนมเปี๊ยะจังหวัดเพชรบุรีมีต้นทุนเฉลี่ย 55.56 บาทต่อหน่วย โดยวัตถุดิบคิดเป็นร้อยละ 72.95 ของต้นทุนการผลิต และมีอัตรากำไรร้อยละ 30 ส่วนปุญชรัสมิ์ กีรติพรนิภัทธิ์ และคณะ[11] พบว่าขนมไดฟูกุมีต้นทุน 30.20 บาทต่อกล่อง จำหน่ายกล่องละ 69 บาท และมีอัตรากำไรขั้นต้นร้อยละ 56.23 ในกลุ่มผลิตภัณฑ์หัตถกรรม ภัทรภร กินิพันธ์[7] พบว่ากระเป๋าสานเส้นพลาสติกของวิสาหกิจชุมชนบ้านขามป้อม จังหวัดขอนแก่น มีต้นทุน 54.60 บาทต่อใบ และเสนอราคาขาย 120 บาทต่อใบ ขณะที่อนงค์วรรณ อุประดิษฐ์[9] พบว่ากระเป๋าสานของกลุ่มจักสานบ้านเมาะหลวง จังหวัดลำปาง มีต้นทุน 214.11 บาทต่อใบ โดยค่าแรงคิดเป็นร้อยละ 77.53 ของต้นทุน

จากการศึกษาของวรภร ศิลาเจริญธนกิจ และกฤตยชญ์ คำมิ่ง[3] ชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี มีประชากร 2,612 คน จำนวน 1,540 ครัวเรือน และเป็นพื้นที่ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดำเนินงานบริการวิชาการเพื่อพัฒนาอาชีพและรายได้อย่างต่อเนื่อง ในชุมชนเดียวกันนี้ วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[1] วิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตวุ้นมะพร้าวกะทิสด และวรภร ศิลาเจริญธนกิจ และกฤตยชญ์ คำมิ่ง[2] วิเคราะห์ต้นทุนและการกำหนดราคาขายขนมไทยากิ ผลการศึกษาทั้งสองเรื่องแสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์ชุมชนมีศักยภาพในการสร้างกำไร หากผู้ผลิตสามารถคำนวณต้นทุนและกำหนดราคาได้อย่างเป็นระบบ ในขณะที่วรภร ศิลาเจริญธนกิจ และกฤตยชญ์ คำมิ่ง[3] ศึกษาบัญชีครัวเรือนในชุมชนนี้ และพบว่าการจดบันทึกทางการเงินมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ

ออมของครัวเรือน นอกจากนี้ มนสิชา อนุกูล[12] ศึกษากลุ่มอาชีพชุมชนตำบลบางขะแยง จังหวัดปทุมธานี และเสนอว่ากลุ่มอาชีพชุมชนต้องได้รับการส่งเสริมด้านการจัดการควบคู่กับการพัฒนาผลิตภัณฑ์

ในปี พ.ศ. 2569 มหาวิทยาลัยร่วมกับวิทยาลัยอาชีวศึกษาพระนครศรีอยุธยาจัดโครงการฝึกอบรมอาชีพการทำขนมปังให้แก่ประชาชนในตำบลท้ายเกาะ ชุมชนแห่งนี้อยู่ใกล้วัดสำคัญซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวของจังหวัดปทุมธานี ได้แก่ วัดท้ายเกาะใหญ่ วัดโบสถ์ และวัดสิงห์ โดยเฉพาะวัดโบสถ์ซึ่งมีนักท่องเที่ยวและผู้มาทำบุญจำนวนมาก มีเขตอภัยทานสำหรับให้อาหารปลา และมีตลาดชุมชนจำหน่ายของฝาก จึงเป็นตลาดเป้าหมายหลักของผลิตภัณฑ์จากการฝึกอบรม ผลิตภัณฑ์ที่ฝึกอบรมจึงมี 2 ชนิดที่ตอบสนองตลาดต่างกัน ได้แก่ ขนมปังปลา (ขนมปังจืด) สำหรับให้นักท่องเที่ยวและผู้มาทำบุญซื้อไปให้อาหารปลาในเขตอภัยทานของวัดโบสถ์ และขนมปังไส้หมูหยองสำหรับผู้บริโภคนำไปรับประทานหรือจัดเป็นอาหารว่างในการอบรมสัมมนา ขนมปังทั้งสองชนิดมีต้นทุนไม่เท่ากัน โดยเฉพาะขนมปังไส้หมูหยองที่มีต้นทุนวัตถุดิบส่วนไส้เพิ่มขึ้น ครัวเรือนที่ต้องการประกอบอาชีพเสริมจากอาชีพหลักจึงต้องตัดสินใจว่าจะผลิตชนิดใด หรือผลิตทั้งสองชนิดในสัดส่วนเท่าใด การตัดสินใจดังกล่าวต้องอาศัยข้อมูลต้นทุนต่อชิ้นของแต่ละชนิด หากผู้ผลิตตั้งราคาตามตลาดโดยไม่ทราบต้นทุนต่อชิ้น อาจได้กำไรต่ำกว่าที่คาด ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการฝึกทักษะการผลิตเพียงอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอ หากผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถคำนวณต้นทุนต่อชิ้นและกำหนดราคาขายได้ด้วยตนเอง ในต่างประเทศ Roffia และคณะ[15] ศึกษาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม 120 แห่งในประเทศอิตาลี พบว่าการขาดทรัพยากร การฝึกอบรมและทักษะที่จำกัด เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการนำระบบบัญชีต้นทุนมาใช้ ขณะที่งานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งวิเคราะห์ต้นทุนของผลิตภัณฑ์เป็นกรณีศึกษาดังที่กล่าวข้างต้น บางเรื่องประยุกต์ระบบต้นทุนที่มีรายละเอียดมาก เช่น กิตติยา ปริญญาสุรเดช และคณะ[13] ประยุกต์ระบบต้นทุนฐานกิจกรรมกับผลิตภัณฑ์ของกลุ่มแม่บ้านสตรีในจังหวัดชลบุรี ได้ต้นทุน 8.41 บาทต่อขวด เทียบกับ 7.82 บาทต่อขวดตามวิธีดั้งเดิม และสิริยุพา เลิศกาญจนาพร และอิศรา วัฒนนภาเกษม[14] ประยุกต์ระบบต้นทุนงานสั่งทำกับผลิตภัณฑ์จิ้งหรีดแปรรูป พบว่าการขยายกำลังการผลิตช่วยลดต้นทุนเฉลี่ยของจิ้งหรีดทอดสุญญากาศจาก 39.75 บาท เหลือ 14.57 บาทต่อซอง แต่ยังมีน้อย ที่พัฒนาเครื่องมืออย่างง่ายให้ผู้ผลิตนำไปใช้คำนวณเองและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ใช้

แนวคิดต้นทุนมาตรฐาน(Standard Costing) เป็นการกำหนดต้นทุนล่วงหน้าต่อหน่วยผลผลิตจากปริมาณมาตรฐานและราคามาตรฐานของปัจจัยการผลิต เพื่อใช้ในการวางแผน การกำหนดราคา และการควบคุมต้นทุน Saleh และคณะ[16] ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบบัญชีต้นทุนในกิจการผลิต 170 เรื่อง และสรุปว่าระบบบัญชีต้นทุนช่วยเพิ่มผลการดำเนินงานของกิจการและสนับสนุนการตัดสินใจ ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการผลิตขนมปังซึ่งมีสูตรการผลิตที่แน่นอน ผู้วิจัยจึงพัฒนาต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐานอย่างง่ายในรูปแบบใบงาน เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมในชุมชนท้ายเกาะทราบว่าต้นทุนการผลิตต่อชิ้นของขนมปังปลาและขนมปังไส้หมูหยองแตกต่างกันเพียงใด และใช้เป็นแนวทางในการเลือกผลิตและกำหนดราคาขายที่ถูกต้อง พร้อมทั้งประเมินผลของการฝึกอบรมด้วยต้นแบบดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนการผลิตต่อชิ้นของขนมปังปลาและขนมปังไส้หมูหยองด้วยต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกผลิตและกำหนดราคาขาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความสามารถในการคำนวณต้นทุนและกำหนดราคาขายของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ก่อนและหลังการฝึกอบรมโดยใช้ต้นแบบ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีต่อการฝึกอบรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-Group Pretest -Posttest Design) การประเมินผลการฝึกอบรมอิงกรอบการประเมิน 4ระดับของ Kirkpatrick ซึ่ง Alsalamah และ Callinan[17] นำมาปรับใช้ประเมินโครงการฝึกอบรม โดยการวิจัยนี้ประเมินในระดับที่ 1 ปฏิกิริยา (Reaction) และระดับที่ 2 การเรียนรู้ (Learning)

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายคือผู้เข้ารับการฝึกอบรมอาชีพการทำขนมปัง ชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่เข้าร่วมโครงการ ผู้เข้ารับการฝึกอบรม 1 คน ไม่ได้เข้าร่วมการฝึกปฏิบัติ จึงมีข้อมูลครบถ้วนทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรมที่นำมาวิเคราะห์ 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐาน (Standard Costing Template) ในรูปแบบใบงานคำนวณ 4 ขั้นตอน ดังตารางที่ 1 ใช้กับสูตรขนมปังมาตรฐาน 2 สูตร ได้แก่ 1) ขนมปังปลา/ขนมปังจืด และ 2) ขนมปังไส้หมูหยอง

ตารางที่ 1 ขั้นตอนของต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐาน

ขั้นตอน	วิธีคำนวณ
1. ต้นทุนวัตถุดิบ	ปริมาณมาตรฐาน × ราคามาตรฐานต่อหน่วย
2. ต้นทุนรวมต่อสูตร	ผลรวมต้นทุนวัตถุดิบทุกรายการ ต้นทุนอื่นที่ + เกี่ยวข้อง
3. ต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้น	ต้นทุนรวมต่อสูตร ÷ จำนวนชิ้นที่ได้ต่อสูตร
4. ราคาขายต่อชิ้น	ต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้น + กำไรที่ต้องการ

2. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ความรู้ความสามารถก่อนการฝึกอบรม 5 ข้อ ตอนที่ 3 ใบงานคำนวณต้นทุนและราคาขาย ตอนที่ 4 ความรู้ความสามารถหลังการฝึกอบรม 5 ข้อ และความพึงพอใจโดยรวม 1 ข้อ และตอนที่ 5 ปัญหาและข้อเสนอแนะแบบปลายเปิด ตอนที่ 2 และ 4 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลความหมายค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ ดังนี้ 4.50–5.00 มากที่สุด 3.50–4.49 มาก 2.50–3.49 ปานกลาง 1.50–2.49 น้อย และ 1.00–1.49 น้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การฝึกอบรมจัดขึ้นเมื่อวันที่ 21–22 มีนาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมตอบแบบสอบถามตอนที่ 1–2 ก่อนเริ่มการสอน จากนั้นอธิบายวิธีใช้ต้นแบบ และให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละคนคำนวณต้นทุนและราคาขายในใบงาน (ตอนที่ 3) โดยใช้ราคาวัตถุดิบตามราคาตลาดท้องถิ่น ณ วันฝึกอบรม เมื่อทำใบงานเสร็จจึงตอบแบบสอบถามตอนที่ 4–5

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความรู้ความสามารถและความพึงพอใจด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลการคำนวณในใบงานด้วยการเปรียบเทียบกับต้นทุนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความสามารถก่อนและหลังการฝึกอบรม (ค่าเฉลี่ยรายบุคคลของข้อ 1–5) ด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test เนื่องจากผลต่างของคะแนนไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (Shapiro-Wilk $W = 0.76$, $p < .001$) และรายงาน Paired Samples t-test ประกอบ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่มีข้อมูลครบถ้วน 29 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.10) มีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 58.60) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 72.40) และไม่เคยทำหรือขายขนมปังมาก่อน (ร้อยละ 79.30) แต่ส่วนใหญ่เคยคำนวณต้นทุนหรือตั้งราคาขายสินค้าด้วยตนเองมาก่อน (ร้อยละ 93.10)

2. ต้นทุนต่อชิ้นและราคาขายของขนมปังปลา/ขนมปังจืด และขนมปังไส้หมูหยอง

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทั้ง 29 คน (ร้อยละ 100) ใช้ต้นแบบคำนวณต้นทุนต่อชิ้นและเสนอราคาขายได้ตรงกับต้นทุนมาตรฐาน เนื่องจากใช้สูตรการผลิตมาตรฐานเดียวกันและราคาวัตถุดิบจากตลาดท้องถิ่นแหล่งเดียวกัน ผลการคำนวณจึงนำเสนอเป็นต้นทุนมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ต้นทุนมาตรฐานและราคาขายต่อชิ้นตามต้นแบบ

รายการ	ขนมปังปลา/ขนมปังจืด	ขนมปังไส้หมูหยอง
ต้นทุนวัตถุดิบต่อสูตร (บาท)	24.00	94.00
จำนวนชิ้นต่อสูตร (ชิ้น)	30	40
ต้นทุนวัตถุดิบต่อชิ้น (บาท)	0.80	2.35
ต้นทุนอื่นต่อชิ้น (บาท)[a]	0.45	–
ต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้น (บาท)	**1.25**	**2.35**
ราคาขายต่อชิ้น (บาท)	10.00	10.00
กำไรขั้นต้นต่อชิ้น (บาท)	8.75	7.65
อัตรากำไรขั้นต้น ร้อยละ) (ของราคาขาย	87.5	76.5
จำนวนชิ้นที่ต้องขายเพื่อคืนทุนต่อสูตร[b]	4	10
ผู้คำนวณได้ตรงกับต้นทุนมาตรฐาน	29 (100%)	29 (100%)

หมายเหตุ:[a] ต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้นของขนมปังปลา/ขนมปังจืด (1.25 บาท) ตามที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมระบุในใบงาน ซึ่งรวมต้นทุนอื่นนอกเหนือจากต้นทุนวัตถุดิบ (0.80 บาท) ส่วนขนมปังไส้หมูหยองต้นทุนต่อชิ้นที่ระบุ (2.35 บาท) เท่ากับต้นทุนวัตถุดิบต่อชิ้น[b] ต้นทุนต่อสูตร หาร ราคาขายต่อชิ้น ปัดเศษขึ้น (37.50 ÷ 10 = 3.75, 94.00 ÷ 10 = 9.40) ไม่รวมต้นทุนคงที่ เช่น ค่าอุปกรณ์และค่าแรง

จากตารางที่ 3 ขนมปังปลา/ขนมปังจืดมีต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้น 1.25 บาท และขนมปังไส้หมูหยองมีต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้น 2.35 บาท สูงกว่า 1.10 บาท เนื่องจากมีต้นทุนวัตถุดิบส่วนไส้เพิ่มขึ้น เมื่อจำหน่ายในราคาชิ้นละ 10 บาทเท่ากัน ขนมปังปลา/ขนมปังจืดมีกำไรขั้นต้นต่อชิ้น 8.75 บาท (ร้อยละ 87.50) และขนมปังไส้หมูหยองมีกำไรขั้นต้นต่อชิ้น 7.65 บาท (ร้อยละ 76.50) ในการผลิต 1 สูตร ผู้ผลิตต้องขายขนมปังปลา/ขนมปังจืดอย่างน้อย 4 ชิ้น และขนมปังไส้หมูหยองอย่างน้อย 10 ชิ้น จึงจะได้เงินคืนเท่ากับต้นทุนต่อสูตร

ต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐาน (Standard Costing Template) ยังใช้หาราคาขายต่อชิ้นจากอัตรากำไรขั้นต้นที่ต้องการได้ ด้วยสูตร ราคาขาย = ต้นทุนต่อชิ้นหาร (1 – อัตรากำไรขั้นต้นที่ต้องการ) ดังตารางที่ 3 ซึ่งผู้ผลิตใช้เป็นราคาต่ำสุดอ้างอิงได้ ทั้งในการขายขนมปังปลาในเขตอภัยทานและการขายขนมปังไส้หมูหยองในตลาดของฝากหรือการเสนอราคาอาหารว่างสำหรับการอบรมสัมมนา

ตารางที่ 3 ราคาขายต่อชิ้นตามอัตรากำไรขั้นต้นที่ต้องการ (บาท)

อัตรากำไรขั้นต้นที่ต้องการ	ขนมปังปลา/ต้นทุน) จืด 1.25)	ไส้หมูหยองต้นทุน) 2.35)
ร้อยละ 50	2.50	4.70
ร้อยละ 60	3.13	5.88
ร้อยละ 70	4.17	7.83
ราคาที่เสนอ 10 บาท	(ร้อยละ 87.5)	(ร้อยละ 76.5)

หมายเหตุ: หากจัดขนมปังไส้หมูหยองเป็นชุดอาหารว่าง ผู้ผลิตควรบวกต้นทุนบรรจุภัณฑ์ เครื่องดื่ม ค่าแรง และค่าขนส่งในขั้นตอนที่ 2 ของต้นแบบก่อนเสนอราคา

3. ความรู้ความสามารถก่อนและหลังการฝึกอบรม

ก่อนการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.28, S.D. = 0.43) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การทราบวิธีคำนวณต้นทุนวัตถุดิบต่อชิ้น (M = 3.97) และการทราบวิธีคำนวณต้นทุนรวมต่อสูตร (M = 4.07)

หลังการฝึกอบรม ความรู้ความสามารถโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.58, S.D. = 0.45) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ สามารถนำต้นแบบไปปรับใช้กับสูตรขนมปังไส้อื่นได้ด้วยตนเอง (M = 4.69) และความพึงพอใจโดยรวมต่อการฝึกอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.97, S.D. = 0.19)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความสามารถโดยรวม พบว่าหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Z = -3.83, p < .001) ผลต่างเฉลี่ยเท่ากับ 0.30 คะแนน (95% CI [0.15, 0.44]) ผลจาก Paired Samples t-test ให้ข้อสรุปเดียวกัน (t(28) = 4.12, p < .001) ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (r = 0.71; Cohen's dz = 0.77) ผู้เข้ารับการฝึกอบรม 18 คน ร้อยละ 62.1) มีคะแนนเพิ่มขึ้น 10 คน (ร้อยละ 34.5) คงที่ และ 1 คน (ร้อยละ 3.4) ลดลง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ความสามารถก่อนและหลังการฝึกอบรม (n = 29)

การวัด	M	S.D.	Z	t	p
ก่อนการฝึกอบรม	4.28	0.43			
หลังการฝึกอบรม	4.58	0.45	-3.83	4.12	< .001

หมายเหตุ: Z = Wilcoxon Signed-Rank Test; t = Paired Samples t-test (df = 28)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงว่าต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐานช่วยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมคำนวณต้นทุนต่อชิ้นและกำหนดราคาขายได้ด้วยตนเอง ทั้งที่ส่วนใหญ่ไม่เคยทำหรือขายขนมปังมาก่อน ต้นแบบลดทอนหลักการต้นทุนมาตรฐานซึ่งกำหนดต้นทุนล่วงหน้าจากปริมาณและราคามาตรฐานให้เหลือเพียง 4 ขั้นตอนที่ใช้การคูณ การบวก และการหาร ต่างจากระบบต้นทุนฐานกิจกรรมหรือระบบต้นทุนงานสั่งทำที่ต้องจำแนกกิจกรรมและตัวผลักดันต้นทุนอย่างละเอียด ดังงานของกิตติยา ปริญญาสุรเดช และคณะ[13] และ สิริยุพา เลิศกาญจนาพร และอิศรา วัฒนนภาเกษม[14] ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจึงประเมินว่าต้นแบบระบบบัญชีเข้าใจง่ายและไม่ซับซ้อนในระดับมากที่สุด (M = 4.52) ผลนี้สอดคล้องกับงานของ Roffia และคณะ[15] ที่พบว่าการฝึกอบรมและทักษะที่จำกัดเป็นอุปสรรคของการนำบัญชีต้นทุนมาใช้ในวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม การฝึกอบรมด้วยเครื่องมือที่เรียบง่ายจึงช่วยลดอุปสรรคดังกล่าวได้

ก่อนการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมร้อยละ 93.10 ระบุว่าเคยคำนวณต้นทุนหรือตั้งราคาขายด้วยตนเองมาก่อน แต่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือการทราบวิธีคำนวณต้นทุนวัตถุดิบต่อชิ้นและต้นทุนรวมต่อสูตร แสดงว่าการตั้งราคาเดิมอาจอาศัยการประมาณมากกว่าการคำนวณจากต้นทุนจริง หลังการฝึกอบรม ความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและมีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับงานของวรภร ศิลาเจริญธนกิจ[1] เรื่องวุ้นมะพร้าวกะทิสด และวรภร ศิลาเจริญธนกิจ และกฤตยชญ์ คำมิ่ง[2] เรื่องขนมไทยากิ ในชุมชนเดียวกัน ที่พบว่าการวิเคราะห์ต้นทุนช่วยให้ผู้ผลิตกำหนดราคาขายได้อย่างสมเหตุสมผล และสอดคล้องกับงานของภาวินีย์ ธนาอนวัช[4] และภัทรภร กินิพันธ์[7] ที่ใช้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยเป็นฐานในการเสนอราคาขายใหม่ให้แก่ผู้ผลิต ในกรอบของ Kirkpatrick ที่ Alsalamah และ Callinan[17] นำมาใช้ประเมินการฝึกอบรม ผลดังกล่าวเป็นหลักฐานของการประเมินระดับปฏิกิริยาและระดับการเรียนรู้

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนตอบโจทย์หลักของการศึกษา คือ ทำให้ชุมชนท้ายเกาะทราบว่าขนมปังปลามีต้นทุน 1.25 บาทต่อชิ้น และขนมปังไส้หมูหยองมีต้นทุน 2.35 บาทต่อชิ้น เหตุผลที่เปรียบเทียบขนมปังสองชนิดซึ่งมีผู้ใช้ต่างกัน คือ ขนมปังปลาใช้ให้อาหารปลา ส่วนขนมปังไส้หมูหยองใช้รับประทาน เพราะทั้งสองชนิดเป็นทางเลือกของครัวเรือนที่ใช้ทักษะ อุปกรณ์ และแรงงานชุดเดียวกัน ครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเสริมมีเงินทุนและเวลาจำกัด จึงต้องเลือกว่าจะผลิตชนิดใด หรือผลิตทั้งสองชนิดในสัดส่วนเท่าใด ผลการวิจัยชี้ว่าขนมปังปลามีต้นทุนต่ำและอัตรากำไรขั้นต้นสูงกว่า (ร้อยละ 87.5) และมีตลาดรองรับจากนักท่องเที่ยวและผู้มาทำบุญในเขตอภัยทานของวัดโบสถ์ซึ่งมีนักท่องเที่ยวจำนวนมาก ส่วนขนมปังไส้หมูหยองมีต้นทุนสูงกว่าเกือบ 2 เท่า และอัตรากำไรขั้นต้นต่ำกว่า (ร้อยละ 76.50) แต่มีตลาดที่กว้างกว่า ทั้งตลาดชุมชนของฝากบริเวณวัดและการจัดอาหารว่างสำหรับการอบรมสัมมนา ผู้ผลิตจึงสามารถใช้ข้อมูลต้นทุนร่วมกับความต้องการของตลาดในการกำหนดสัดส่วนการผลิต เช่น เพิ่มการผลิตขนมปังปลาในช่วงวันหยุดที่มีนักท่องเที่ยวมาก และรับผลิตขนมปังไส้หมูหยองตามคำสั่งซื้อ นอกจากนี้ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเสนอราคาชิ้นละ 10 บาทเท่ากันทั้งสองชนิด ทั้งที่ต้นทุนต่างกัน ข้อมูลต้นทุนต่อชิ้นจึงช่วยให้ตั้งราคาแยกตามชนิดสินค้าได้อย่างมีเหตุผล เช่นเดียวกับงานของนันทนา แจ้งสว่าง[5] ที่เสนอแนวทางกำหนดราคาขายกะหรี่ปั๊บจากผลการวิเคราะห์ต้นทุน ความแตกต่างของต้นทุนระหว่างขนมปังสองชนิดมาจากวัตถุดิบส่วนไส้ สอดคล้องกับงานของรัญชิดา เบริล และคณะ[10] ที่พบว่าวัตถุดิบคิดเป็นร้อยละ 72.95 ของต้นทุนขนมเปี๊ยะ และงานของนีรนาท เสนาจันทร์[8] ที่แสดงว่าการปรับราคาขายให้สะท้อนต้นทุนช่วยลดจำนวนหน่วยที่ต้องขายเพื่อให้ถึงจุดคุ้มทุน อย่างไรก็ตาม อัตรากำไรขั้นต้นร้อยละ 76.50–87.50 ยังไม่รวมค่าแรง ค่าอุปกรณ์ ค่าพลังงาน บรรจุภัณฑ์ และต้นทุนคงที่อื่น กำไรสุทธิที่แท้จริงจึงต่ำกว่านี้ ผู้ผลิตควรเพิ่มรายการต้นทุนดังกล่าวในขั้นตอนที่ 2 ของต้นแบบเมื่อผลิตจริง

การวิจัยนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) แบบแผนกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่อาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดจากต้นแบบเพียงอย่างเดียว 2) ความรู้ความสามารถวัดจากการประเมินตนเอง และข้อคำถามก่อนและหลังการฝึกอบรม มีถ้อยคำไม่เหมือนกันทุกข้อ การเปรียบเทียบจึงเป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยรวมของด้านความรู้ความสามารถ 3) คะแนนก่อนการฝึกอบรมอยู่ในระดับสูงแล้ว ทำให้มีพื้นที่สำหรับการเพิ่มขึ้นจำกัด (Ceiling Effect) 4) ผลการคำนวณในใบงานตรงกันทุกคนเพราะใช้สูตรและราคาวัตถุดิบเดียวกัน จึงยังไม่ได้ทดสอบการใช้ต้นแบบกับสูตรหรือราคาที่แตกต่างกัน 5) ต้นทุนมาตรฐานต่อชิ้นของขนมปังปลา/ขนมปังจีดรวมต้นทุนอื่นไว้ด้วย ขณะที่ขนมปังไส้หมูหยองคิดเฉพาะต้นทุนวัตถุดิบ ผลต่างของต้นทุนระหว่างผลิตภัณฑ์ทั้งสองชนิด (1.10 บาท) จึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริง 6) ศึกษาขนมปังเพียง 2 สูตร และยังไม่ได้ศึกษาปริมาณความต้องการของตลาดแต่ละประเภท และ 7) ไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิด

ข้อเสนอแนะ

ต้นแบบระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐาน 4 ขั้นตอนที่พัฒนาขึ้นทำให้ทราบว่าขนมปังปลา/ขนมปังจีดมีต้นทุนต่อชิ้น 1.25 บาท และขนมปังไส้หมูหยองมีต้นทุนต่อชิ้น 2.35 บาท เมื่อขายชิ้นละ 10 บาทมีกำไรขั้นต้นร้อยละ 87.50 และ 76.50 ตามลำดับ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทุกคนคำนวณได้ตรงกับต้นทุนมาตรฐาน ความรู้ความสามารถหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ขนมปังทั้งสองชนิดมีต้นทุนต่อชิ้นและตลาดต่างกัน ข้อมูลต้นทุนจึงเป็นแนวทางให้ครัวเรือนเลือกผลิตชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือผลิตทั้งสองชนิดในสัดส่วนที่เหมาะกับตลาด การตั้งราคาบนฐานต้นทุนช่วยให้

ครัวเรือนมีรายได้ที่มั่นคงขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งในการเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 1) หน่วยงานที่จัดฝึกอบรมอาชีพควรบรรจุการคำนวณต้นทุนด้วยต้นแบบไว้ในหลักสูตรฝึกทักษะการผลิต 2) ควรขยายต้นแบบให้รวมค่าแรง ค่าพลังงาน และค่าเสื่อมราคาอุปกรณ์ เพื่อคำนวณต้นทุนเต็มและจุดคุ้มทุน 3) ผู้ผลิตในชุมชนควรกำหนดสัดส่วนการผลิตและราคาขายของขนมปังแต่ละชนิดตามต้นทุนต่อชิ้นและตลาด โดยขนมปังปลาเน้นตลาดนักท่องเที่ยวในเขตอภัยทาน และขนมปังไส้หมูหยองเน้นตลาดของฝากและอาหารว่างสำหรับการอบรมสัมมนา 4) ควรจัดทำต้นแบบในรูปแบบตารางคำนวณบนโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ปรับราคาวัตถุดิบได้สะดวก ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 1) ควรติดตามผลหลังการฝึกอบรมเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ต้นแบบในการผลิตจริงและผลต่อรายได้ ซึ่งเป็นระดับที่ 3 และ 4 ตามกรอบของ Kirkpatrick ที่ Alsalamah และ Callinan[17] นำมาใช้ 2) ควรใช้แบบทดสอบวัดความรู้ที่มีข้อคำถามเดียวกันก่อนและหลังการฝึกอบรม และมีกลุ่มเปรียบเทียบ 3) ควรศึกษาปริมาณความต้องการของตลาดขนมปังแต่ละชนิด เพื่อหาสัดส่วนการผลิตที่ให้กำไรสูงสุด และ 4) ควรทดสอบการใช้ต้นแบบกับขนมปังไส้ชนิดอื่น เช่น ไส้ลูกเกดและไส้ทูน่า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้ารับการฝึกอบรมชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ทุกท่านที่ให้ข้อมูล วิทยาลัยอาชีวศึกษาพระนครศรีอยุธยาที่ร่วมจัดการฝึกอบรม และมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่สนับสนุนโครงการ

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude (Anthropic) ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การร่างและเรียบเรียงต้นฉบับ การสืบค้นเอกสารอ้างอิง ข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยนี้เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัยจากผู้เข้ารับการฝึกอบรมจริง ไม่ได้สร้างขึ้นโดยปัญญาประดิษฐ์ ข้อมูลที่นำไปวิเคราะห์ใช้รหัสผู้ตอบไม่มีข้อมูลระบุตัวบุคคล การออกแบบการวิจัย การกำหนดประเด็นและขอบเขต ข้อมูลบริบทของพื้นที่และการตีความผลการวิจัยเป็นของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบผลการวิเคราะห์กับข้อมูลดิบ และตรวจสอบเอกสารอ้างอิงทุกรายการกับแหล่งต้นฉบับแล้ว ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้เป็นผู้แต่งบทความนี้ ผู้วิจัยรับผิดชอบต่อความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตวุ้นมะพร้าวกะทิสด ชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค. 2567;10(2):456-68.
2. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ, กฤตยชญ์ คำมิ่ง. การวิเคราะห์ต้นทุนและการกำหนดราคาขายขนมไทยากิ: แนวทางเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนท้ายเกาะ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และ สุขภาพ. 2568;10(3):878-85.
3. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ, กฤตยชญ์ คำมิ่ง. การศึกษารูปแบบบัญชีครัวเรือนและพฤติกรรมการออมของครัวเรือนในชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(3):869-77.
4. ภาวินีย์ ธนาอนวัช. การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ขนมไทยโบราณของวิสาหกิจชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์. 2563;22(2):169-79.
5. นันทนา แจ้งสว่าง. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตกะหรี่ปั๊บของบ้านสวนพันจิตร ตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วารสารลวะศรี. 2566;7(1):91-101.

6. หทัยรัตน์ ศรีบุบ, ศรสวรรค์ ลีกุล, อาทิตยา นามมาตย์, อรชุมา มูลศรี. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนการผลิตปลาส้มสายเดี่ยว: กรณีศึกษาวิสาหกิจชุมชนผลิตภัณฑ์แปรรูปปลา บ้านห้วยบง ตำบลโนนเมือง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2565;4(1):43-55.
7. ภัทรภร กินิพันธ์. การวิเคราะห์ต้นทุนและแนวทางการกำหนดราคาขายตามวิธีต้นทุนของผลิตภัณฑ์กระเป๋าสานเส้นพลาสติกของวิสาหกิจชุมชนบ้านขามป้อม ตำบลสวนหม่อน อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัยมหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2566;13(4):298-309.
8. นีรนาท เสนาจันทร์. การวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุนในการประกอบธุรกิจผลิตปลาร้าบองสมุนไพรของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนบ้านหนองผือ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2566;13(4):151-63.
9. อนงค์วรรณ อุประดิษฐ์. ต้นทุนและผลตอบแทนการสานกระเป๋าจากเส้นพลาสติกของวิสาหกิจชุมชน กลุ่มจักสานบ้านเมาะหลวง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2566;13(4):252-63.
10. รัญชิดา เบริล, พิมพิศา เขียวเข้ม, สายใจ สาวะรักษ์, อรพรรณ เกตุกร, ลัลลลินณ์ อรัญพันธุ์, กฤตพณ เพชรจ้อย, และคณะ. การวิเคราะห์ต้นทุนและอัตรากำไรของธุรกิจผลิตขนมเปี๊ยะจังหวัดเพชรบุรีในช่วงเทศกาลสำคัญ: กรณีศึกษาร้านขนมเปี๊ยะตาลกง อำเภอบ้านลาด. วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ. 2567;15(30):87-100.
11. ปุญชรัสมิ์ กีรติพรนิภัทธิ์, อเนก หาลี, อนันธิตรา ดอนบันเทา, วิษณุเดช นันไชยแก้ว. การพัฒนาผลิตภัณฑ์ไดฟูกุเพื่อประโยชน์เชิงพาณิชย์สำหรับผู้ประกอบการ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. 2567;13(2):39-50.
12. มนสิชา อนุกูล. แนวทางการจัดการส่งเสริมกลุ่มอาชีพชุมชน ตำบลบางขะแยง อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์. 2565;24(1):137-46.
13. กิตติยา ปริญญาสุรเดช, จตุรวิทย์ ศศิธรานนท์, ฌาณนพ สืบพิลา. การประยุกต์ใช้ต้นทุนฐานกิจกรรมในการคำนวณต้นทุนการผลิต กรณีศึกษากลุ่มแม่บ้านสตรีแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564;15(2):327-36.
14. สิริยุพา เลิศกาญจนาพร, อิศรา วัฒนนภาเกษม. การประยุกต์ระบบต้นทุนงานสั่งทำในการวิเคราะห์ต้นทุนผลิตภัณฑ์จิ้งหรีดแปรรูป: แนวทางบัญชีต้นทุนเพื่อการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ในอุตสาหกรรมอาหารทางเลือก. วารสารการบัญชีและการจัดการ. 2568;17(4):1-15.
15. Roffia P, Benavides MM, Carrilero A. Cost accounting practices in SMEs: liability of age and other factors that hinder or burst its implementation in turbulent years. Int Entrep Manag J. 2024;20(1):115-39.
16. Saleh QY, AL-Nimer MB, Abbadi SS. The quality of cost accounting systems in manufacturing firms: a literature review. Cogent Bus Manag. 2023;10(1):2209980.
17. Alsalamah A, Callinan C. Adaptation of Kirkpatrick's four-level model of training criteria to evaluate training programmes for head teachers. Educ Sci. 2021;11(3):116.

ความรู้ความเข้าใจด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่ายและพฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือนของครัวเรือนผู้ผลิตขนมปังปลา: กรณีศึกษาชุมชนท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

Knowledge and Simple Cost-Accounting Bookkeeping Behavior among Fish-Shaped Bread (Khanom Pang Pla) Producing Households: A Case Study of Tai Ko Community, Sam Khok District, Pathum Thani Province

)Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026; Accepted: September 30, 2026)

วรภร ศิลาเจริญธนกิจ[1]
Waraporn Silacharoentanakij[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจด้านการจัดทำบัญชีต้นทุนอย่างง่ายของครัวเรือนผู้ผลิตขนมปังปลา (2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฝึกอาชีพ และ (3) ศึกษาผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนที่มีความรู้ด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่าย ตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับการฝึกอบรมจำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกต้นทุนวัตถุดิบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ McNemar

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.36, SD = 0.50) ด้านพฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือน พฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การจดบันทึกรายรับ-รายจ่าย การแยกเงินส่วนตัว การคำนวณต้นทุนก่อนตั้งราคา การเก็บหลักฐานการซื้อ-ขาย และการสรุปกำไร-ขาดทุน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากร้อยละ 50.0-63.3 ก่อนเข้าร่วมโครงการ เป็นร้อยละ 100.0 หลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.7) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 60.0) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 76.7) เมื่อพิจารณาต้นทุนวัตถุดิบของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ พบว่าต้นทุนต่อชิ้นเท่ากับ 1.25 บาท เมื่อเทียบกับราคาขายที่เสนอ 10.00 บาทต่อชิ้น คิดเป็นอัตรากำไรขั้นต้นร้อยละ 87.5 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีเงินออมเพิ่มขึ้นและนำความรู้ไปใช้ต่อยอด/ขยายกิจการ

คำสำคัญ: บัญชีต้นทุนอย่างง่าย, ความรู้ความเข้าใจ, พฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือน, ขนมปังปลา

Abstract

This study aimed to (1) examine the level of knowledge and understanding of simple cost accounting among fish-shaped bread (Khanom Pang Pla) producing households, (2) compare household bookkeeping behavior before and after participating in a vocational training project, and (3) examine household economic outcomes associated with simple cost-accounting knowledge, in Tai Ko Subdistrict, Sam Khok District, Pathum Thani Province. The sample consisted of 30 training participants. Data were collected using a questionnaire and a raw-material cost record, and analyzed using descriptive statistics and McNemar's test.

Results showed that overall knowledge and understanding of simple cost accounting was at a high level (M = 4.36, SD = 0.50). Five bookkeeping behaviors — daily income-expense recording, separating personal from business funds, calculating cost before pricing, retaining purchase/sale evidence, and regularly summarizing profit/loss — increased significantly ($p < .05$) from 50.0-63.3% before to 100.0% after participation. Most participants were female (96.7%), aged 51-60 years (60.0%), and engaged in trading or small business (76.7%). For the product used in the practical training, the material cost per piece was 1.25 baht against a proposed selling price of 10.00 baht per piece, yielding a gross margin of 87.5%, and all participants reported increased savings and applied their knowledge to expand their business.

[1] มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

Keywords: simple cost accounting, knowledge and understanding, household bookkeeping behavior, fish-shaped bread

บทนำ

เศรษฐกิจฐานรากของครัวเรือนไทยจำนวนมากยังเผชิญปัญหารายได้ไม่แน่นอนและขาดความรู้พื้นฐานด้านการบริหารจัดการการเงิน โดยเฉพาะครัวเรือนในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจขนาดเล็ก เป็นหลัก การขาดความรู้ด้านบัญชีต้นทุนและการจัดทำบัญชีครัวเรือนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ประกอบการรายย่อย ไม่สามารถกำหนดราคาขายที่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง และไม่สามารถประเมินความคุ้มค่าของการประกอบอาชีพได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความยั่งยืนทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เป็นชุมชนกึ่งเมือง-กึ่งชนบทที่มีโครงสร้างเศรษฐกิจแบบผสมผสาน ทั้งภาคเกษตร วิสาหกิจชุมชน และแรงงานรับจ้างในนิคมอุตสาหกรรม มีประชากรรวม 2,612 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,255 คน และเพศหญิง 1,357 คน รวม 1,540 ครัวเรือน โดยเป็นวัยแรงงาน (18-60 ปี) ถึง 1,711 คน[8] ครัวเรือนในพื้นที่จึงมีรายได้-รายจ่ายที่หลากหลายและผันผวนตามฤดูกาล และส่วนใหญ่ยังขาดการวางแผนทางการเงินและการประกอบอาชีพเสริมที่ใช้ต้นทุนต่ำ ชุมชนท้ายเกาะตั้งอยู่ใกล้กับวัดที่มีชื่อเสียงและมีเขตอภัยทาน ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงศาสนาที่มีผู้มาเยือนอย่างสม่ำเสมอ[16] อันเป็นช่องทางจำหน่ายผลิตภัณฑ์ชุมชนที่มีศักยภาพ นอกจากนี้ ชุมชนท้ายเกาะยังได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมโครงการฝึกอบรมอาชีพด้านการทำขนมเพื่อจำหน่ายจากหน่วยงานภาครัฐและสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในฐานะสถาบันอุดมศึกษาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ มีพันธกิจสำคัญในการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานีและใกล้เคียง จึงได้ร่วมกับวิทยาลัยอาชีวศึกษาพระนครศรีอยุธยาดำเนิน "โครงการยกระดับพัฒนาคุณภาพและยกระดับรายได้ในชุมชนท้องถิ่น" จัดฝึกอบรมอาชีพการทำขนมปังปลาให้แก่ครัวเรือนในตำบลท้ายเกาะ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ในกลุ่มเป้าหมายประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัวขนาดเล็ก โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างอาชีพเสริมที่ใช้ต้นทุนต่ำ ดำเนินการได้ภายในครัวเรือน และสร้างรายได้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง ขนมปังปลาเป็นผลิตภัณฑ์ขนมอบขึ้นรูปคล้ายปลา มีส่วนผสมหลักจากแป้งสาลี ยีสต์ และเนย กระบวนการผลิตไม่ซับซ้อน ใช้อุปกรณ์และเงินลงทุนเริ่มต้นไม่สูง เหมาะสมกับบริบทของครัวเรือนที่ต้องการประกอบอาชีพเสริมภายในบ้าน

อย่างไรก็ตาม การฝึกอบรมทักษะการผลิตเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการสร้างความยั่งยืนทางเศรษฐกิจของครัวเรือน หากขาดความรู้ด้านการคำนวณต้นทุน การกำหนดราคาขายที่เหมาะสม และการจัดทำบัญชีครัวเรือนควบคู่กันไป โครงการฝึกอาชีพในครั้งนี้จึงบูรณาการเนื้อหาด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่ายเข้ากับการฝึกปฏิบัติการผลิต เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถคำนวณต้นทุนวัตถุดิบ กำหนดราคาขายที่ครอบคลุมต้นทุนและกำไรที่ต้องการ ตลอดจนจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายของครัวเรือนได้ด้วยตนเอง

หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยด้านวิสาหกิจชุมชนยืนยันตรงกันว่า การจัดทำบัญชีอย่างเป็นระบบเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความยั่งยืนของกิจการชุมชน[1] โดยเฉพาะการแยกต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปร การบันทึกต้นทุนต่อหน่วย และการคำนวณจุดคุ้มทุนอย่างถูกต้อง ซึ่งช่วยให้ผู้ผลิตสามารถกำหนดราคาขายบนฐานข้อมูลจริง ควบคุมกำไรต่อหน่วย และบริหารความเสี่ยงด้านต้นทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้วิธีกะประมาณ สอดคล้องกับกรณีศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและการกำหนดราคาขายขนมไทยากิของชุมชนท้ายเกาะ[2] ที่พบว่าผลิตภัณฑ์ไทยากิมีอัตรา

กำไรขั้นต้นสูงถึงร้อยละ 68 จุดคุ้มทุนอยู่ที่ประมาณ 3 ชิ้นต่อวัน และมีส่วนเผื่อความปลอดภัย (Margin of Safety) สูงถึงร้อยละ 94 ซึ่งสะท้อนว่าการกำหนดราคาขายบนฐานข้อมูลต้นทุนที่แท้จริงสามารถสร้างผลกำไรที่มั่นคงและยั่งยืนกว่าการตั้งราคาตามความรู้สึกหรือการเทียบเคียงราคาตลาดเพียงอย่างเดียว

งานวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ปรากฏอย่างแพร่หลายในบริบทผลิตภัณฑ์อาหารชุมชนของไทย ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนและการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ขนมไทยโบราณของวิสาหกิจชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา[3] การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตกะหรี่ปั๊บของชุมชนจังหวัดลพบุรี[4] การวิเคราะห์ต้นทุนและอัตรากำไรของธุรกิจผลิตขนมเปี๊ยะจังหวัดเพชรบุรี[5] และการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนของวิสาหกิจชุมชนผลิตภัณฑ์แปรรูปปลาจังหวัดหนองบัวลำภู[6] ซึ่งล้วนชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่าผู้ผลิตระดับชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดการจำแนกต้นทุนตามหลักบัญชีต้นทุนอย่างเป็นระบบ และอาศัยการกะประมาณหรือเปรียบเทียบราคาตลาดในการตั้งราคาขายเป็นหลัก สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทสากลที่ยืนยันว่าการนำแนวปฏิบัติด้านบัญชีต้นทุนมาใช้อย่างเป็นระบบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานทางการเงินของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม[7]

ในมิติของความรู้และพฤติกรรมทางการเงิน หลักฐานเชิงประจักษ์จากกลุ่มประเทศ OECD ยืนยันว่าความรู้ความเข้าใจด้านการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมทางการเงินและคุณภาพการตัดสินใจทางการเงิน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า[13] สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมที่ชี้ว่าความรู้ทางการเงินมีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มต้นพฤติกรรมการออม แต่การรักษาพฤติกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยปัจจัยอื่นเพิ่มเติม ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความตั้งใจกับการปฏิบัติจริง (intention-behavior gap) ที่แตกต่างกันไปในแต่ละขั้นตอน[14] และสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มวิสาหกิจรายย่อยที่ชี้ว่า แม้ผู้ประกอบการจะตระหนักถึงความสำคัญของการจัดทำบัญชี แต่มักมีช่องว่างระหว่างความตระหนักรู้กับการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะการบันทึกรายรับประจำวัน และหากขาดการบันทึกบัญชีอย่างเป็นระบบ กิจการมีความเสี่ยงที่จะประสบปัญหาได้อย่างรวดเร็ว[15] หลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทไทยก็ยืนยันไปในทิศทางเดียวกัน งานวิจัยเรื่องการบูรณาการบัญชีครัวเรือนเพื่อเสริมสร้างภูมิปัญญาทางบัญชีภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของวิสาหกิจชุมชนจังหวัดเลย[9] และการพัฒนาการทำบัญชีครัวเรือนของกลุ่มแม่บ้านจังหวัดอ่างทอง[10] ต่างพบว่าคะแนนความรู้ด้านบัญชีของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการฝึกอบรม สอดคล้องกับรูปแบบก่อน-หลังของการศึกษาครั้งนี้ ขณะที่ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายของเกษตรกรภาคกลาง[11] และการนำแอปพลิเคชันมาใช้จัดทำบัญชีของวิสาหกิจชุมชนประเภทอาหารจังหวัดขอนแก่น[12] ต่างชี้ให้เห็นว่าครัวเรือนและผู้ประกอบการรายย่อยจำนวนมากยังขาดความรู้พื้นฐานและเครื่องมือที่เหมาะสมในการจัดทำบัญชี งานวิจัยนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวในบริบทของครัวเรือนผู้ผลิตขนมปังปลา โดยมุ่งศึกษาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการจัดทำบัญชีต้นทุนอย่างง่ายของครัวเรือน ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจด้านการจัดทำบัญชีต้นทุนอย่างง่ายของครัวเรือนผู้ผลิตขนมปังปลา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฝึกอาชีพ
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนที่มีความรู้ด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ประชากรเป้าหมายคือครัวเรือนในตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมี

จำนวนประชากรรวม 2,612 คน หรือ 1,540 ครัวเรือน[8] โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการฝึกอาชีพการทำขนมปังปลาของมหาวิทยาลัยฯ จำนวน 30 คน ซึ่งเป็น ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทั้งหมดของโครงการ (เลือกแบบเจาะจง/Purposive Sampling จากผู้เข้าร่วมโครงการ)

การฝึกอบรมดำเนินการระหว่างวันที่ 21-22 มีนาคม 2569 ณ ตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ภายใต้ "โครงการยกระดับพัฒนาคุณภาพและยกระดับรายได้ในชุมชนท้องถิ่น" ประจำปีงบประมาณ 2569 จัดโดยมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับแผนกวิชาอาหารและโภชนาการ วิทยาลัยอาชีวศึกษาพระนครศรีอยุธยา โดยใช้สูตรมาตรฐานของแผนกวิชาอาหารและโภชนาการในการฝึกปฏิบัติ (แป้งขนมปัง 375 กรัม ยีสต์ 5 กรัม น้ำตาลทราย 50 กรัม เกลือ 2 กรัม น้ำเย็น 220 กรัม เนยขาว 30 กรัม และสารเสริม 5 กรัม ต่อ 1 สูตรการผลิต ให้ผลผลิต 30 ชิ้น)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบบันทึกต้นทุนวัตถุดิบ ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมกรอกราคาวัตถุดิบแต่ละรายการตามราคาตลาดท้องถิ่น ณ วันฝึกอบรม แล้วคำนวณต้นทุนรวม จำนวนชิ้นที่ได้ต่อสูตร ต้นทุนต่อชิ้น และราคาขายที่เสนอ โดยใช้สูตรมาตรฐานเดียวกันในการฝึกปฏิบัติ และ (2) แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือน (เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ) ความรู้ความเข้าใจด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่าย (มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ) ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน และปัญหา/ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจด้านบัญชีต้นทุน ข้อมูลต้นทุนการผลิตที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ และผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นข้อมูลนามบัญญัติแบบทวิภาค (dichotomous) ที่วัดจากผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มเดียวกันในสองช่วงเวลา (paired data) ใช้สถิติทดสอบ McNemar test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.7) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 60.0) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 40.0) ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 66.7) ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 76.7) และมีรายได้ครัวเรือนก่อนเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 80.0)

2. ความรู้ความเข้าใจด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่าย ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.36, SD = 0.50) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความมั่นใจว่าจะสามารถทำบัญชีต้นทุนอย่างง่ายได้ด้วยตนเองต่อไป (M = 4.93, SD = 0.25) และการตั้งราคาขายที่ครอบคลุมต้นทุนและกำไรที่ต้องการ (M = 4.67, SD = 0.48) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าโครงการฝึกอาชีพสามารถ

ถ่ายทอดความรู้ด้านบัญชีต้นทุนให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริง

3. พฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผลการวิเคราะห์พบว่าพฤติกรรมการจัดทำบัญชีครัวเรือน 5 ด้าน ได้แก่ การจดบันทึกรายรับ-รายจ่ายประจำวัน การแยกเงินส่วนตัวออกจากเงินที่ใช้ในการประกอบธุรกิจ การคำนวณต้นทุนวัตถุดิบก่อนตั้งราคาขาย การเก็บหลักฐานการซื้อ-ขาย และการสรุปกำไร-ขาดทุนเป็นประจำ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ ทุกด้าน) จากร้อยละ 50.0-63.3 ก่อนเข้าร่วมโครงการ เป็นร้อยละ 100.0 หลังเข้าร่วมโครงการ โดยไม่พบผู้ตอบแบบสอบถามรายใดที่ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ก่อนแล้ว แต่เลิกปฏิบัติหลังเข้าร่วมโครงการ ส่วนพฤติกรรมด้านการวางแผนออมเงินคงที่ที่ร้อยละ 100.0 ทั้งก่อนและหลัง ซึ่งอาจสะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมนี้เป็นพื้นฐานอยู่แล้วเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวมาก่อน

4. บริบทต้นทุนของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ

เพื่อให้การฝึกความรู้ด้านบัญชีต้นทุนมีสถานการณ์จริง การอบรมได้ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมคำนวณต้นทุนวัตถุดิบของขนมปังปลา ตามราคาตลาดท้องถิ่น ณ วันฝึกอบรม โดยใช้สูตรมาตรฐานเดียวกัน ผลปรากฏว่าผู้เข้ารับการฝึกอบรมทั้ง 30 คน คำนวณต้นทุนได้ตรงกันทุกคน เนื่องจากใช้สูตรมาตรฐานและซื้อวัตถุดิบจากตลาดท้องถิ่นแหล่งเดียวกัน จึงนำเสนอผลเป็นต้นทุนมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ (standard product cost) ดังตารางที่ 4 ซึ่งเป็นข้อมูลประกอบที่สะท้อนบริบทของการฝึกความรู้ด้านบัญชีต้นทุนในครั้งนี้

ตารางที่ 1 ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตขนมปังปลาที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ (ต่อ 1 สูตรการผลิต)

รายการ	จำนวน
รวมต้นทุนวัตถุดิบต่อสูตร (บาท)	24.00
จำนวนชิ้นที่ได้ต่อสูตร (ชิ้น)	30.00
ต้นทุนต่อชิ้น (บาท)	1.25
ราคาขายที่เสนอ (ชิ้น/บาท)	10.00
กำไรขั้นต้นต่อชิ้น (บาท)	8.75
อัตรากำไรขั้นต้น (ร้อยละ)	87.5

หมายเหตุ: ต้นทุนต่อชิ้นเป็นตัวเลขที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมคำนวณและระบุด้วยตนเองในแบบบันทึกต้นทุนวัตถุดิบ เป็นต้นทุนวัตถุดิบทางตรงเท่านั้น ยังมิได้รวมต้นทุนค่าแรงและค่าใช้จ่ายในการผลิตอื่น เนื่องจากการฝึกอบรมเก็บข้อมูลเฉพาะต้นทุนวัตถุดิบ ถือเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

ผลการคำนวณพบว่าขนมปังปลามีต้นทุนวัตถุดิบต่อชิ้นเท่ากับ 1.25 บาท เมื่อเทียบกับราคาขายที่เสนอ 10.00 บาทต่อชิ้น คิดเป็นอัตรากำไรขั้นต้นร้อยละ 87.50 ซึ่งอยู่ในระดับสูง แสดงถึงความคุ้มค่าของผลิตภัณฑ์ที่ใช้เป็นกรณีศึกษาในการฝึกทักษะบัญชีต้นทุนให้แก่ครัวเรือน

5. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนหลังเข้าร่วมโครงการ (N = 30)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้สุทธิ :เดือน/ 3,001-5,000 บาท	16	53.30
รายได้สุทธิ :เดือน/ มากกว่า5,000 บาท	14	46.70
มีเงินออมเพิ่มขึ้นมี :	30	100.00
เงินออมเฉลี่ย :เดือน/ มากกว่า1,000 บาท	30	100.00
นำความรู้ไปใช้ต่อยอด/ ขยายกิจการ	30	100.00

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีรายได้สุทธิเฉลี่ยต่อเดือนจากการขายขนมปังปลามากกว่า 3,000 บาท และทั้งหมดมีเงินออมเพิ่มขึ้นและนำความรู้ด้านบัญชีไปใช้ต่อยอดหรือขยายกิจการ แสดงให้เห็นว่าโครงการฝึกอาชีพการทำขนมปังปลาควบคู่กับการเสริมความรู้ด้านบัญชีต้นทุนสามารถสร้างผลลัพธ์เชิงบวกต่อเศรษฐกิจของ

ครัวเรือนได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านรายได้ เงินออม และความยั่งยืนของการประกอบอาชีพ

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจด้านการตั้งราคาขายสูงกว่าการแยกต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปร อาจเนื่องมาจากสองปัจจัยประกอบกัน ประการแรก ผู้เข้ารับการฝึกอบรมส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ทำขนมขายมาก่อน จึงมีพื้นฐานความเข้าใจเรื่องการคำนวณต้นทุนและการกำหนดราคาขายอยู่บ้างแล้ว ประการที่สอง ระหว่างการฝึกอบรม วิทยากรได้สาธิตการคำนวณต้นทุนต่อชิ้นและกำหนดราคาขั้นต่ำของขนมปังปลาให้เห็นเป็นตัวอย่าง ทำให้ความรู้เดิมของผู้เข้าอบรมถูกต่อยอดได้อย่างเป็นรูปธรรม ขณะที่การแยกต้นทุนคงที่และต้นทุนผันแปรเป็นแนวคิดเชิงนามธรรม ไม่ปรากฏในประสบการณ์การขายแบบเดิมของกลุ่มตัวอย่าง จึงเข้าใจได้ยากกว่าแม้จะผ่านการอบรมแล้วก็ตาม สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากกลุ่มประเทศ OECD ที่ชี้ว่าความรู้ความเข้าใจทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจทางการเงิน[13] และสอดคล้องกับผลการศึกษากลุ่มแม่บ้านจังหวัดอ่างทองที่พบว่าคะแนนความรู้ด้านบัญชีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการฝึกอบรมในลักษณะเดียวกัน[10]

พฤติกรรมด้านการวางแผนออมเงินที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลง (คงที่ร้อยละ 100 ทั้งก่อนและหลัง) อาจสะท้อนบริบทเฉพาะของชุมชนท้ายเกาะ ซึ่งได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมโครงการฝึกอบรมอาชีพด้านการทำขนมเพื่อจำหน่ายอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวอยู่ก่อนแล้ว (ร้อยละ 76.7) จึงมีพื้นฐานการวางแผนการเงินส่วนบุคคลติดตัวมาจากการเข้าร่วมโครงการลักษณะเดียวกันในอดีต มากกว่าจะเป็นผลจากการฝึกอบรมครั้งนี้เพียงครั้งเดียว ซึ่งเป็นข้อสังเกต ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมบางด้านอาจสะสมมาจากการได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของชุมชน มากกว่าจะเปลี่ยนแปลงได้จากโครงการฝึกอบรมเพียงครั้งเดียว ส่วนพฤติกรรมอีก 5 ด้านที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโครงการ ยืนยันว่าความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่วัดผลได้จริง สอดคล้องกับกรณีศึกษาขนมไทยากิของชุมชนท้ายเกาะ[2] และกรณีศึกษาการบูรณาการบัญชีครัวเรือนของวิสาหกิจชุมชนจังหวัดเลย[9] ซึ่งแตกต่างจากครัวเรือนเกษตรกรและวิสาหกิจชุมชนทั่วไปที่ยังขาดความรู้พื้นฐานและเครื่องมือในการจัดทำบัญชี[11,12]

นอกจากวัตถุดิบหลักของขนมปังปลาจะมีต้นทุนต่ำแล้ว ยังเป็นวัตถุดิบที่หาซื้อได้ทั่วไปตามร้านสะดวกซื้อ ซึ่งมีราคาค่อนข้างคงที่ และใกล้เคียงกันในแต่ละพื้นที่ ทำให้ครัวเรือนสามารถคาดการณ์ต้นทุนการผลิตได้อย่างแน่นอน ไม่ผันผวนตามฤดูกาลหรือแหล่งจำหน่าย ต่างจากผลิตภัณฑ์ชุมชนอื่น ที่ต้องพึ่งพาวัตถุดิบเฉพาะทาง เช่น เนื้อสัตว์ แปรรูปหรือวัตถุดิบสด ดังเช่นขนมเปี๊ยะจังหวัดเพชรบุรี[5] และปลาส้มสายเดี่ยวจังหวัดหนองบัวลำภู[6] ซึ่งมีความผันผวนของราคาสูงกว่าและต้องอาศัยแหล่งจัดซื้อเฉพาะ ปัจจัยด้านการเข้าถึงวัตถุดิบที่ง่ายและราคาที่คาดการณ์ได้นี้ จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งทำให้ขนมปังปลาเป็นผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับครัวเรือนที่เริ่มต้นประกอบอาชีพเสริม เพราะควบคุมต้นทุนได้ง่ายกว่าผลิตภัณฑ์ที่ต้องพึ่งวัตถุดิบตามฤดูกาลหรือแหล่งเฉพาะ และเป็นบริบทที่เอื้อให้ครัวเรือนเห็นประโยชน์ของความรู้ด้านบัญชีต้นทุนได้อย่างเป็นรูปธรรมระหว่างการฝึกอบรม

ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจของครัวเรือนพบในการศึกษานี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบริบทเชิงพื้นที่ของชุมชนท้ายเกาะ ซึ่งตั้งอยู่ใกล้กับวัด ที่มีชื่อเสียงและมีเขตอภัยทาน อันเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงศาสนาที่มีผู้มาเยือนอย่างสม่ำเสมอ[16]ครัวเรือนที่ผ่านการฝึกอบรมจึงสามารถนำขนมปังปลา ไปฝากจำหน่ายในบริเวณดังกล่าวได้โดย ไม่ต้องลงทุนเปิดหน้าร้านของตนเอง ซึ่งเป็นช่องทางการจำหน่ายที่มีต้นทุนต่ำและเข้าถึงกลุ่มผู้ซื้อได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยด้านทำเลที่ตั้งของชุมชนนี้จึงเป็นเงื่อนไขเสริม ทำให้ความรู้ด้านบัญชีต้นทุน ได้รับจากการฝึกอบรมสามารถถูก

นำไปใช้สร้างรายได้จริงได้อย่างเป็นรูปธรรม มิใช่เพียงความรู้เชิงทฤษฎี ที่ไม่ได้นำไปปฏิบัติ สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มวิสาหกิจรายย่อย ชี้ว่าการจัดทำบัญชีอย่างสม่ำเสมอช่วยลดช่องว่างระหว่างความตระหนักรู้และการปฏิบัติจริงของผู้ประกอบการ และเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อความอยู่รอดของกิจการ[15] และสอดคล้องกับข้อค้นพบในบริบทวิสาหกิจ ขนาดกลางและขนาดย่อม ชี้ว่าการนำแนวปฏิบัติด้านบัญชีต้นทุนมาใช้อย่างเป็นระบบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการดำเนินงานทางการเงินของธุรกิจ[7]

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่จัดฝึกอาชีพในลักษณะเดียวกันควรบูรณาการเนื้อหาด้านบัญชีต้นทุนอย่างง่ายเข้ากับการฝึกทักษะการผลิตทุกครั้ง เนื่องจากผลการวิจัยยืนยันว่าช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางบัญชีของครัวเรือนได้อย่างมีนัยสำคัญ

2. ควรพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมพื้นฐานให้ละเอียดขึ้น เช่น วัดความถี่ในการปฏิบัติแทนการวัดแบบทำหรือไม่ทำ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นฐานทางธุรกิจอยู่แล้ว

3. งานวิจัยในอนาคตควรเก็บข้อมูลต้นทุนค่าแรงและค่าใช้จ่ายในการผลิตอื่นเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดคุ้มทุน (Break-Even Point) แบบสมบูรณ์ได้

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Disclosure)

ผู้เขียนใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์ (Claude (Anthropic) เพื่อช่วยสืบค้นแหล่งข้อมูลและเอกสารอ้างอิงทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ทั้งนี้ ผู้เขียนได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความสอดคล้องของแหล่งอ้างอิงทุกรายการด้วยตนเองก่อนนำมาใช้ในบทความ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูล การตีความผลการวิจัย และเนื้อหาส่วน อภิปรายผลเป็นผลงานของผู้เขียนทั้งหมด ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้มีส่วนร่วมในฐานะผู้เขียนร่วม (co-author) ของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตวุ้นมะพร้าวกะทิสด ชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิค. 2567;10(2):456-68.
2. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ, กฤตยชญ์ คำมิ่ง. การวิเคราะห์ต้นทุนและการกำหนดราคาขายขนมไทยากิ: แนวทางเพื่อ เสริมสร้างสุขภาวะทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของชุมชนท้ายเกาะ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และ สุขภาพ. 2568;10(3):878-85.
3. ภาวินีย์ ธนาอนวัช. การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและการกำหนดราคาผลิตภัณฑ์ขนมไทยโบราณของวิสาหกิจชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์. 2563;22(2):169-79.
4. นันทนา แจ้งสว่าง. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนจากการผลิตกะหรี่ปั๊บของบ้านสวนพันจิตร ตำบลเขาพระงาม อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วารสารลวะศรี. 2566;7(1):91-101.
5. รัญชิดา เบริล, และคณะ. การวิเคราะห์ต้นทุนและอัตรากำไรของธุรกิจผลิตขนมเปี๊ยะจังหวัดเพชรบุรีในช่วงเทศกาล สำคัญ. วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ. 2567;15(30):87-100.
6. หทัยรัตน์ ศรีบุบ, ศรสวรรค์ ลีกุล, อาทิตยา นามมาตย์, อรชุมา มูลศรี. การวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนการผลิต ปลาส้มสายเดี่ยว: กรณีศึกษาวิสาหกิจชุมชนผลิตภัณฑ์แปรรูปปลา บ้านห้วยบง ตำบลโนนเมือง อำเภอโนนสัง จังหวัด หนองบัวลำภู. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2565;4(1):43-55.
7. Estrellan GFC, Guinucud MA, Borela SMP, Obeso MCP. Cost accounting practices and financial performance of small and medium-sized enterprises (SMEs) in General Santos City. Int J Res Interdiscip Stud. 2026;4(2):29-37.
8. วรภร ศิลาเจริญธนกิจ, กฤตยชญ์ คำมิ่ง. การศึกษารูปแบบบัญชีครัวเรือนและพฤติกรรมการออมของครัวเรือนใน ชุมชนตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(3):869-77.

9. อำภาภัทร์ วสันต์สกุล, เมทยา อิ่มเอิบ. การบูรณาการบัญชีครัวเรือนเพื่อเสริมสร้างภูมิปัญญาทางบัญชี ภายใต้ปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียงของวิสาหกิจชุมชนจังหวัดเลย. วารสารการบริหาร การจัดการ และการพัฒนาที่ยั่งยืน. 2568;3(3):926-40.
10. เนตรนิภา เจียมศักดิ์, จุฑารัตน์ โพธิ์หลวง. การพัฒนาการทำบัญชีครัวเรือนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของ กลุ่มแม่บ้านหมู่ที่ 4 ตำบลท่าช้าง อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์. 2566;25(1):43-54.
11. ชวนชื่น อ้นจีน, มัตธิมา กรงเต้น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายของเกษตรกรในเขตพื้นที่ภาคกลาง. วารสารสหวิทยาการสังคมศาสตร์และการสื่อสาร. 2566;6(4):188-97.
12. นฤมล อริยพิมพ์. การจัดทำบัญชีด้วยแอปพลิเคชัน สำหรับผู้ประกอบการรุ่นใหม่ในยุคไทยแลนด์ 4.0 ของกลุ่ม วิสาหกิจชุมชนประเภทอาหาร อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ. 2565;12(1):303-14.
13. Nogueira MC, Almeida L, Tavares FO. Financial literacy, financial knowledge, and financial behaviors in OECD countries. J Risk Financ Manag. 2025;18(3):167.
14. Barrafrem K, Tinghög G, Västfjäll D. Behavioral and contextual determinants of different stages of saving behavior. Front Behav Econ. 2024;3:1381080.
15. Yap FD. Implementation of bookkeeping practices in micro-enterprises. Asia Pac High Educ Res J. 2019;6(1):26-39.
16. ชนาคัลภ์กัณยกร พันธ์หว้าทันกร, สุพิชชา โตวิวิชญ์. บทบาทของวัดท้ายเกาะใหญ่ต่อวิถีชีวิตชุมชนไทย-มอญ บ้านท้ายเกาะใหญ่ ในอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารพุทธศาสนศึกษาและวิจัย. 2565;8(1):22-39.

การบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล

Telemedicine-Based Home Visiting Services for Dependent Elderly Groups

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์[1]
Piyarat Yapradit[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความต้องการและพัฒนารูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและความต้องการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกลการวิเคราะห์บริบทชุมชน ระยะที่ 2 การพัฒนาการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ไกล โดยใช้แอพลิเคชั่นไลน์ VDO call ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ ระยะเวลาในการศึกษา เดือน สิงหาคม 2566 - เดือน สิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living : ADL) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQL-BREF-THAI) คู่มือการสนับสนุนการจัดการตนเอง และแผนการจัดการตนเอง คัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ตำบลหนองสิม ที่มีระดับคะแนน ADLระหว่าง 0 – 11 คะแนน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาณ ได้แก่ Paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านการพยาบาลทางไกลในชุมชน ดังนี้ 1.มีแนวปฏิบัติการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) 2.มีแผนการจัดการสุขภาพรายบุคคล ร้อยละ 100 (Individual Care Plan) ตามปัญหาภาวะสุขภาพได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ 1)การป้องกันแผลกดทับ มีการหายของแผล ร้อยละ 20 2) การฟื้นฟูข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ สามารถขึ้นทะเบียนผู้พิการรายใหม่ จำนวน 3 ราย 3) การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 4) การจัดการตนเองโรคเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง บูรณาการร่วมกับสถานีสุขภาพในชุมชน 5) การดูแลสุขภาพทั่วไปที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผลลัพธ์หลังการพัฒนา 6 เดือน พบว่า ระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living : ADL) เพิ่มขึ้น ($\bar{x}$ =8.34) และผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับมาก ($\bar{x}$ =3.67) ความพึงพอใจการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 2.35)

คำสำคัญ การแพทย์ทางไกล,การบริการเยี่ยมบ้าน,ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to investigate the needs and develop a home-visit service model for dependent older adults using telemedicine. The study was conducted from August 2023 to August 2024 and consisted of three phases. Phase 1 involved the first action research cycle, focusing on the assessment of the community context and the needs for home-visit services among dependent older adults through telemedicine. Phase 2 involved the development and implementation of a home-visit service model using telemedicine, with LINE Video Call as the communication platform to facilitate continuous care between healthcare providers, older adults, and caregivers. Phase 3 involved the evaluation of the outcomes of the developed service model.

The participants were older adults aged 60 years and over residing in Nong Sim Subdistrict who were purposively selected and had Barthel Activities of Daily Living (ADL) scores ranging from 0 to 11 points. The research instruments consisted of the Barthel Activities of Daily Living Index, the World Health Organization Quality of Life-BREF-Thai (WHOQOL-BREF-THAI), a self-management support manual, and a self-management plan. Data were

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the paired-samples t-test.

Results: The developed community-based self-management support model for dependent older adults yielded two key outputs: 1) guidelines for home visiting services via Telemedicine and 2) 100% individual care plans categorized into 5 health condition groups: pressure injury prevention (resulting in a 20% wound healing rate); rehabilitation for joint contractures and muscle atrophy (enabling 3 new disabled persons to register for state benefits); urinary tract infection prevention; chronic disease self-management for diabetes/hypertension integrated with community health stations; and common elderly health care. Six months post-development, the results showed a statistically significant increase in the mean ADL scores ($\bar{x}$ = 8.34). Furthermore, the quality of life among the dependent older adults was rated at a high level ($\bar{x}$ = 3.67). Satisfaction with the use of the home visit format was high ($\bar{x}$ = 2.35).

Keywords: Telemedicine, Home visiting services, Dependent Elderly Groups

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรประเทศไทย ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 19 จัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ (สถานการณ์ผู้สูงวัย พ.ศ.2565,2566) ขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น จึงได้มีการเตรียมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมก่อนจะถึงวัยสูงอายุเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ เช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมถึงนโยบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งการปฏิรูประบบบริการด้านสุขภาพ เพื่อรองรับกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี[1]

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายและทิศทางการดำเนินงานที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบสาธารณสุขให้เข้มแข็ง มีความมั่นคงทางสุขภาพครอบคลุมมิติสุขภาพ มิติสังคม มิติเศรษฐกิจ ด้วยนโยบาย สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทยโดยมุ่งเน้นการยกระดับบริการรองรับสังคมสูงวัย ด้วยการสร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญของการดูแลสุขภาพชุมชนสู่โรงพยาบาล ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงให้ประชาชนได้รับการดูแล “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ได้อย่างเป็นรูปธรรม และผลักดันบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขดิจิทัลด้วยการใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม จังหวัดมหาสารคามมีประชากรทั้งหมด 994,605 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 184,278 คน คิดเป็นร้อยละ 18.52 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 17,233 คน คิดเป็นร้อยละ 10.43 ของผู้สูงอายุ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคามมีประชากรทั้งหมด 106,494 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปจำนวน 21,658 คน คิดเป็นร้อยละ 20.34 ของผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1,922 คน คิดเป็นร้อยละ 8.87 ของผู้สูงอายุทั้งหมด[2]

ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคามเป็นพื้นที่ในเขตกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลบรบือ จากข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า มีจำนวน 10 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 3,819 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 997 คน คิดเป็นร้อยละ 26.10 จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม 1 (กลุ่มติดสังคม) จำนวน 932 คน คิดเป็นร้อยละ 93.48 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 8.26 ซึ่งแบ่งออกเป็น กลุ่ม 2 (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 6.43 กลุ่ม 3 (กลุ่มติดเตียง) จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 1.30 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.15 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.69 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.15 โรคกระดูกสันหลังเสื่อม จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.15 และอื่น ๆ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง โรคพาร์คินสัน อุบัติเหตุ และปฏิเสธโรคประจำตัว จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.84 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีญาติรับยาประจำแทน เนื่องจากเดินทางลำบาก ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังในตอนกลางวันเนื่องจากญาติไปทำงานรับจ้างในตัวอำเภอ มีผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ที่รับผิดชอบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3 คน ผู้สูงอายุบางคนอาศัยอยู่บ้านคนเดียวมีแผลกดทับ ต้องทำแผลที่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัญหาเรื่องการกินยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา หรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ยึดหลักตามโรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา เจนสวัสดิ์พงศ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เขตเทศบาลเมืองบ้านโป่ง อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี คือการจัดรูปแบบเพื่อพัฒนา ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดีขึ้น การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรนำผู้ดูแลและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปของเครือข่าย[3]

จากนโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางไกลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : กรณีศึกษาตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการแพทย์ทางไกล การจัดการสุขภาพตนเอง การสนับสนุนการจัดการตนเอง และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาเป็นแนวทางในการพัฒนา เพื่อให้เกิดการจัดบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุม มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) ตั้งแต่การประเมินปัญหา การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะราย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการรับบริการ มีคุณภาพชีวิตและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านและประเมินผลลัพธ์การบริการเยี่ยมบ้านผ่านการแพทย์ทางไกล และการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง และประเมินผลลัพธ์การบริการเยี่ยมบ้านผ่านการแพทย์ทางไกล(Telemedicine / Telehealth) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว โดยการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) มีคะแนน 0-11 คะแนน จำนวน 77 คน

เครื่องมือการวิจัย แบบประเมินและและแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นสำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผู้ดูแลหลักในครอบครัว สถานะในครอบครัว บ้านพักอาศัยเป็นของใคร ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลค่าใช้จ่าย โรคประจำตัว การใช้บริการด้านสุขภาพ การรักษาโรคประจำตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ

2.แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล : Barthel ADL)) เป็นการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Functional Assessment) 10 กิจกรรม ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การเคลื่อนย้ายและการเคลื่อนที่ การขึ้นลงบันได การรับประทานอาหารหาร การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การแต่งตัว

3.แบบประเมินภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationship) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

4.แบบบันทึกกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

4.1แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้แอพลิเคชั่นไลน์วิดีโอคอลเยี่ยมบ้าน ประเมินปัญหาด้านสุขภาพและวางแผนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง และครอบครัว

4.2แผนการดูแลต่อเนื่องที่ได้รับการประเมินจากทีมสหวิชาชีพ ใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่องสำหรับ care giver /อสม.

4.3แบบบันทึกการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตามกลุ่มโรค (Individual Care Plan) โดยให้ผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล อสม.เป็นผู้บันทึก

5. ช่องทางการส่งต่อข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยสหวิชาชีพ care giver โดยแอพพลิเคชั่นกลุ่มไลน์ อาการผิดปกติ การนัด เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการเข้าถึงบริการ

6. แบบสำรวจความพึงพอใจต่อบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine / Telehealth) ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรง(Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผ่านการพยาบาลทางไกล แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉพาะราย แผนและแบบ

บันทึกการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตามกลุ่มโรค ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ในด้านของความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 วงรอบที่ 1 ศึกษาบริบทและความต้องการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกลการวิเคราะห์บริบทชุมชน การศึกษานโยบาย การประชุมแกนนำชุมชน ทีมสหวิชาชีพ การของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่จัดทำโครงการ รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 การพัฒนาการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ไกล ประกอบด้วย วงรอบที่ 2 ระยะพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านทางไกลและนวัตกรรม วงรอบที่ 3 พัฒนารูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine/Telehealth) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาวงรอบที่ 1 ศึกษาบริบทและความต้องการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล

1).การวางแผน (Plan) ศึกษาบริบท ปัญหาและความต้องการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล เพื่อค้นหาและวิเคราะห์ความต้องการระบบบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ทบทวนข้อมูล Re-admit ทบทวนเวชระเบียน รวมถึงประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์การจัดบริการดูแลตามกรอบแนวคิด คืนข้อมูลผลจากการวิเคราะห์ให้กับทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน

2).การปฏิบัติ (ACT) ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง จำนวน 77 คน และการสนทนากลุ่มกับผู้ร่วมพัฒนา (Participant) คือบุคลากรผู้ให้บริการทีมสุขภาพ ได้แก่ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน ผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุขจาก อปท. 1 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน ADL ,แบบประเมินคุณภาพชีวิต ,แบบบันทึกการประชุมระดมสมอง

3).สังเกต (Observe) กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine /Telehealth) โดยใช้ Line VDO call สังเกตและประเมินสภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เครื่องมือประเมินผล ได้แก่ ทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ,แบบสังเกต

4).ประเมินผล (Reflection) ประเมินผลจากการสังเกตการณ์เยี่ยมบ้านโดยใช้ VDO call ผู้ดูแลหลักและเครือข่าย อสม.ยังขาดความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ เครื่องมือ แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ,แบบสังเกต

จากวงรอบที่ 1 วิเคราะห์และประเมินผลพบว่า 1)ด้านบุคลากร : ระบบการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2)การประสานการส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัญหาระหว่างผู้ดูแลกับหน่วยบริการ 3)ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ล้างแผลต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางมาเพื่อติดตามการตรวจตามนัด 4)ด้านผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลเฉพาะรายและความต้องการดูแลเร่งด่วนในการติดตามเยี่ยมบ้านแต่ละราย แบ่งออกตามกลุ่มอาการและการฟื้นฟูสภาพที่สำคัญได้ 5 กลุ่มอาการ ดังนี้

1.การส่งเสริมสุขภาพทั่วไปในผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย

2.ความต้องการการฟื้นฟูสภาพ ข้อ และกล้ามเนื้อ จำนวน 24 ราย

3.แผลเรื้อรัง/ทำแผลเองที่บ้าน จำนวน 10 ราย

4.ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ADL0-4 คะแนน จำนวน 10 ราย

5.NCD uncontrol/ญาติรับยาแทน จำนวน 3 ราย

ร่วมประชุมทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย อสม.ในชุมชน เครื่องมือประเมินผล แบบสังเกต,ทะเบียนผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง

ระยะที่ 2 การพัฒนาการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ไกล

วงรอบที่ 2 การพัฒนาระบบและนวัตกรรม : นำข้อมูลจากระยะที่ 1 ร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบรบือ และเครือข่าย อสม.ตัวแทนบ้านละ 1 คน วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน และความต้องการพัฒนารูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในพื้นที่ขาดความครอบคลุมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ขาดกการดูแลและฟื้นฟูต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุบางรายยังมีความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จึงมีการพัฒนา “นวัตกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine/Telehealth)” ซึ่งจากการทบทวนและการสะท้อนผลการปฏิบัติในระยะนี้ พบว่า จากการสังเกตการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกลผ่าน Line VDO call แบ่งการติดตามเยี่ยมบ้านตามความต้องการเร่งด่วนออกเป็น สีแดง เหลือง เขียว พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงแต่ละรายมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน และมีความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพและดูแลสุขภาพของตนเองที่แตกต่างกัน

2)คืนข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย อสม. วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน พบปัญหา 1) อสม.ยังขาดความรู้และทักษะการดูผู้สูงอายุ 2)ผู้สูงอายุแต่ละรายมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน ทำให้พบประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการปรับปรุงในวงรอบที่ 3 ดังนี้

วงรอบที่ 3 : พัฒนารูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล หลังจากนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ มีการพัฒนาดังนี้

1)เขียนโครงการขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อ

2).ผู้สูงอายุนอกจากมีปัญหาความเร่งด่วนในการติดตามเยี่ยมบ้านแล้ว ยังมีปัญหาและภาวะสุขภาพรายบุคคลที่ต้องได้รับการดูแล จึงร่วมกับทีมสหวิชาชีพการออกแบบและร่วมวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่บ้าน (safe-management support) ได้แก่ Assess, Advice, Agree, Assist, Arrange จัดทำเป็นแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual Care Plan) จำนวน 12 สัปดาห์ โดยใช้การเยี่ยมบ้านผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ประเมินและติดตามผลการดูแล ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมิน (Assess) เกี่ยวกับความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล เช่น ประเมินการทำแผลผ่าน Line VDO call ,การประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น การติดตามการรับประทานอาหารโดย อสม.,การประเมินความเค็มของอาหาร

สัปดาห์ที่ 2 – 3 ให้คำแนะนำการจัดการตนเอง (Advice) ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 4 – 8 การยอมรับ (Agree) ร่วมกับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ผู้ดูแล และ อสม.ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนและตั้งเป้าหมายการจัดการสุขภาพและการดูแลตนเองที่เหมาะสม สร้างความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการปรับพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 9 – 12 การติดตาม (Arrange) การประเมินผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านการแพทย์ทางไกล ทักษะการจัดการตนเอง ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพตนเอง การส่งต่อ

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ การพัฒนารูปแบบการพัฒนาการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine/Telehealth) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง (Self-management Support) มีการจัดทำแผนและการปฏิบัติตามแผนการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (Individual Care Plan) ร้อยละ 100 แบ่งตามปัญหาภาวะสุขภาพได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ 1).การป้องกันแผลกดทับ มีการหายของแผล ร้อยละ 10 2). การฟื้นฟูข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ สามารถส่งต่อเพื่อขึ้นทะเบียนผู้พิการรายใหม่ จำนวน 3 ราย 3). การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ไม่พบผู้สูงอายุที่คาสายสวนปัสสาวะค้างไว้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 4) การจัดการตนเองโรคเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง บูรณาการร่วมกับสถานีสุขภาพในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการรักษาตามนัด คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่พบการ Admi ด้วยภาวะ Hypo-Hyperglycemia 5) การดูแลสุขภาพทั่วไปที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาณ ได้แก่ Paired samples t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลบรบือ จ.มหาสารคาม เลขที่ 15 /2566 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เพศหญิง ร้อยละ 61 อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.6 ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ร้อยละ 76.6 เป็นบุตร/หลาน รองลงมา เป็น พี่/น้อง ร้อยละ 13.0 ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลค่าใช้จ่ายผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.4 เป็นบุตร/หลาน รองลงมาเป็น สามี/ภรรยา ร้อยละ 7.8 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.4 เมื่อมีปัญหาสุขภาพใช้บริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 58.4 รองลงมาเป็นคลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 26 การรักษาโรคประจำตัว ร้อยละ 58.4 การรับประทานอาหารได้เอง ร้อยละ 90.9 การขับถ่ายอุจจาระได้เอง ร้อยละ 68.8 การขับถ่ายปัสสาวะได้เองร้อยละ 71.4 และยังพบว่าผู้สูงอายุกลั้นปัสสาวะเองไม่ได้ต้องใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไว้ตลอดเวลา ร้อยละ 19.5

2.การประเมินคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก่อน - หลัง โดยการใช้แบบประเมินแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living : ADL) พบว่า หลังได้รับการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผู้สูงอายุมีระดับคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living : ADL) เพิ่มขึ้น ($\overline{X}$ =8.34) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลัง

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	t	p
	$\overline{X}$ ±S.D.	$\overline{X}$ ±S.D.		
Barthel Index	8.18 ± 0.32	8.34 ± 0.82	- 0.751*	0.000

2. การประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประเมินประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ก่อน - หลัง พบว่า หลังได้รับการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	t	p
	$\overline{X}$ ±S.D.	$\overline{X}$ ±S.D.		
คุณภาพชีวิต	2.94± 0.23	3.67 ± 0.23	-40.360*	0.000

3.การประเมินความพึงพอใจการเยี่ยมบ้านผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) การประเมินความพึงพอใจการเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1)ด้านเจ้าหน้าที่ 2)ด้านระบบบริการ 3)ด้านการเข้าถึงบริการ 4)ด้านคุณภาพบริการ พบว่า หลังได้รับการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจอยู่ระดับมาก ($\overline{X}$ =4.36)

รูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วงรอบที่ 1 ศึกษาบริบทและความต้องการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ระยะที่ 2 การพัฒนาการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ไกล แบ่งออกเป็น วงรอบที่ 2 การพัฒนาระบบและนวัตกรรม มีการพัฒนา “นวัตกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกล (Telemedicine/Telehealth)” วงรอบที่ 3 พัฒนารูปแบบการบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนและสร้างเสริมความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงและครอบครัว พร้อมทั้งเขียนแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual Care Plan) เพื่อสนับสนุนแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ สามารถสรุปประเด็นความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง 5 ประเด็น ดังนี้ 1)ทักษะการดูแลตนเองเมื่อมีแผลกดทับและการป้องกันแผลกดทับ 2) ทักษะการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ 3) การรักษาสุขวิทยาส่วนบุคคลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 4) การวางแผนการจัดการตนเองโรคเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยกำหนดเป้าหมายรายบุคคล เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล การควบคุมระดับความดันโลหิต การใช้ยาที่ถูกต้อง การประเมินความก้าวหน้า อสม.ติดตามเยี่ยมบ้าน บันทึกระดับน้ำตาล ประเมินพฤติกรรมหรืออาการผิดปกติ ใช้ไลน์กลุ่มเพื่อส่งต่อข้อมูลให้พยาบาล 5) การวางแผนการจัดการตนเองเรื่องการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สรุปและอภิปรายผล

การบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านการแพทย์ทางไกลโรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1)การศึกษานโยบาย 2) การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว 3)การวางแผนการจัดการสุขภาพตนเองระหว่างพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัว 4)การใช้เทคโนโลยีการเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกล VDO call เพื่อรวบรวมปัญหาเพิ่มเติม 5)การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ได้แก่ อสม. ผู้ช่วยช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พร้อมทั้งจัดระบบการรับ-ส่ง ข้อมูลสุขภาพผ่านกลุ่มไลน์ 6)การประเมินความก้าวหน้าการปรับแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย นำไปสู่การจัดกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงแต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง และครอบครัวสามารถจัดการปัญหาด้านอาการหรือความเจ็บป่วย การป้องกัน การส่งเสริมการดุแลตนเอง สามารถลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพได้ และการสนับสนุนแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ที่เน้นให้ทีมสุขภาพร่วมประเมินความต้องการพร้อมกำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตามปัญหาเฉพาะราย สอดคล้องกับการศึกษาของกริช อึ้งวิฑูรสถิตย์ และพรรณี บัญชรหัตกิจ ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Telehealth : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การพัฒนาเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพทางไกลหรือ Telehealth ในการให้การรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ช่วยในการอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และเพิ่มความเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เพิ่มความสามารถของบุคลกรทางการแพทย์ในการเฝ้าระวังและเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพจากผู้ป่วยเพื่อรักษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ลดการใช้บริการจากแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้ ยังสามารถนำเทคโนโลยี Telehealth มาให้บริการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน ด้านการย่นระยะเวลาการเดินทาง ด้านการดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ยังลดค่าใช้จ่ายในการใช้บุคลากร ซึ่งเทคโนโลยี Telehealth (โทรสุขภาพ) การให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศทางไกล จะช่วยอำนวยความสะดวกให้กับทั้งผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ แต่ก็ต้องคำนึงถึงอาจจะมีบางกลุ่มที่อาจจะเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพได้ เนื่องจากการเข้าไม่ถึงเทคโนโลยี ไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือสื่อสาร ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช.โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. ต้องปิดช่องว่างเพื่อลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าว[2,4]

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทสามารถจัดบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการพยาบาลทางไกล (Tele-Nursing) โดยมีผลลัพธ์[5,6] ดังนี้

1.ด้านระบบบริการ เกิดแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพิงพิง ตั้งแต่ การคัดกรอง การประเมินภาวะสุภาพ การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual Care Plan)โดยการมีส่วนร่วมการจัดทำแผนสุขภาพของตนเองระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหวิชาชีพ มีระบบการส่งรับ-ส่ง ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระหว่างเครือข่ายในชุมชน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.ด้านวิชาการ มีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

3.ด้านผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง พบว่า การใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิงผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยพยาบาล VDO call เยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์ ส่งต่อปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้กับเครือข่าย อสม. มีการีติดตาม ประเมินการดูแล ทุก 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่มีปัญหาต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ VDO call โดยแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพ และการลงประเมินภาวะสุขภาพซ้ำทุก 2 – 4 สัปดาห์หลังจาก VDO call พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับได้รับการประเมินเรื่องการดูแลแผล มีการหายของแผล ร้อยละ 10 ผู้สูงอายุที่ได้รับการ

จัดการตนเองเรื่องโรคเบาหวาน ไม่มีการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะ Hypo-Hyperglycemia ร้อยละ 100 มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 90/60 - 140/80 mmHg ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลระยะและมีแผนการดูแลและการจัดการตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 100 ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการจำนวน 3 ราย ซึ่งสอดคล้องกับเบญจมาศ ถาดแสงและคณะ(2567) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกลสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาแนวคิดและความเป็นไปได้ของการใช้การพยาบาลทางไกลและสำรวจสภาพความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระยะที่ 2 นำรูปแบบที่พบในระยะที่ 1 มาศึกษาถึงประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลทางไกลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้น รูปแบบการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย 1)ระบบการพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) แอปพลิเคชั่นไลน์ ในการกำกับติดตามให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน 3) คู่มือการปฏิบัติการพยาบาล 4)โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วย IMC ผู้ป่วยระยะท้าย โดยการพัฒนาเทคโนโลยีที่ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพการดูแลที่ไม่แตกต่างหรือใกล้เคียงกับการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล

2.พัฒนาด้านความรู้ ศักยภาพ อสม. CG โดยมีเครื่องมือที่สำคัญ ได้แก่ แผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล และการจัดการตนเองรายบุคคลของผู้สูงอายุ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม มีการใช้เทคโนโลยีในการส่งต่อประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2567).รายงานประจำปี 2566 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 1(3),49-58.

2. กริช อึ้งวิฑูรย์สถิต และพรรณี บรรชรหัตถกิต.(2565).การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุด้วยระบบ Telehealth:การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.Singburi Hospital Journal.31(2),131-141.

3.กรมกิจการผู้สูงอายุ(2566).สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ2566.กรุงเทพฯ:บริษัทอมรนทร์ คอเปอเรชั่น จำกัด (มหาชน).

4.พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ และอุไรพร จันทะอุ่มเม้า.(2567).แนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลทางไกลในผู้สูงอายุที่บ้านด้วยการจัดการสุขภาพตนเอง.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5.ศิริมา ลีละวงษ์, ธีรพร สถิรอังกูร และยุรีพรรณ วณิชโยบล.(2564).รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาวและผู้ดูแล.กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

6.สุวรรณา วุฒิรณฤทธิ์ และ วลัยนารี พรมลา.(2564).การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง:การทบทวนอย่างเป็นระบบ.วารสารพยาบาลทหารบก. 22(3),367-375.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย

Development of a Nursing Care Model for Preventing Venous Thromboembolism among Patients Undergoing Total Knee and Hip Arthroplasty at Phayakkhaphum Phisai Hospital

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุภาภรณ์ พยัคฆชัยวรกุล[1]
Supaporn Payakchaiworakun[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบการพยาบาล และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (VTE) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม การวิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup) วงจรคุณภาพเดมมิ่ง (PDCA) และแบบประเมินความเสี่ยง Caprini กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ 20 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองใช้ 15 ราย และผู้ป่วยกลุ่มประเมินผล 40 ราย โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยก่อนพัฒนารูปแบบ 65 ราย เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI/Ave) 0.92 และแบบสอบถามความพึงพอใจมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (PYK-VTE Model) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงด้วย Caprini Score ตามจุดเวลาที่กำหนด 2) ชุดมาตรการป้องกันตามระดับความเสี่ยง 3) การส่งเสริมการเคลื่อนไหวเร็วและการบริหารข้อเท้า 4) การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ และ 5) ระบบเฝ้าระวังอาการทุกเวรและการวางแผนจำหน่าย ภายหลังใช้รูปแบบ ความครบถ้วนของการปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.5 เป็นร้อยละ 92.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะเวลาเฉลี่ยถึงการลุกเดินครั้งแรกหลังผ่าตัดลดลงจาก 36.2 ชั่วโมงเป็น 21.4 ชั่วโมง ไม่พบอุบัติการณ์ VTE ในกลุ่มประเมินผล เทียบกับร้อยละ 3.08 ในกลุ่มก่อนพัฒนา แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .52$) และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ($M = 4.46$, $SD = 0.48$)

คำสำคัญ: ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน, รูปแบบการพยาบาล, Caprini Score, วงจรคุณภาพ PDCA, ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop a nursing care model, and evaluate its effectiveness in preventing venous thromboembolism (VTE) among patients undergoing total knee and hip arthroplasty. The design was applied together with Soukup's evidence-based practice model, the PDCA cycle, and the Caprini risk assessment model. Participants included 20 multidisciplinary team members, 15 patients in the pilot phase, and 40 patients in the evaluation phase. Outcomes were compared with a historical cohort of 65 patients. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, and content analysis.

The resulting PYK-VTE Model comprised five components: scheduled Caprini risk assessment, risk-stratified prophylaxis bundles, early mobilization with ankle exercises, patient and family education, and shift-based surveillance with discharge planning. After implementation, guideline adherence increased from 41.5% to 92.5% ($p < .001$), and mean time to first ambulation decreased from 36.2 to 21.4 hours. No VTE occurred in the evaluation group, compared with 3.08% in the historical group, although the difference was not statistically significant ($p = .52$). Nurse satisfaction was high ($M = 4.46$, $SD = 0.48$).

Keywords: venous thromboembolism, nursing care model, Caprini score, PDCA cycle, arthroplasty

---

[1] หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Venous Thromboembolism: VTE) ประกอบด้วยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) เป็นโรคหลอดเลือดที่พบบ่อยเป็นอันดับต้นของโลก คาดว่ามีผู้ป่วย VTE รายใหม่ประมาณ 10 ล้านรายต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในโรงพยาบาลที่ป้องกันได้ที่สำคัญ[1] ข้อมูลภาระโรคระดับโลกยังพบว่า VTE ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหนึ่งในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) สูงเป็นลำดับต้น[2] ในบริบทของประเทศไทย สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 20.0 ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยจึงเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์[3] การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้โรคข้อเข่าเสื่อมและข้อสะโพกเสื่อม รวมถึงความต้องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการคาดการณ์ว่าความต้องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและข้อสะโพกเทียมจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 673 และร้อยละ 174 ตามลำดับ ภายในปี ค.ศ. 2030 จำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด VTE ภายหลังผ่าตัดจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย[4]

กลไกการเกิด VTE อธิบายได้ด้วยไตรลักษณ์ของเวอร์โชว์ (Virchow's Triad) ซึ่งประกอบด้วย การไหลเวียนเลือดดำช้าลง (venous stasis) การบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด (endothelial injury) และภาวะเลือดแข็งตัวง่าย (hypercoagulability)[5] ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียมมีปัจจัยครบทั้งสามองค์ประกอบ ได้แก่ การจำกัดการเคลื่อนไหวและการใช้สายรัดห้ามเลือด (tourniquet) ระหว่างผ่าตัดซึ่งทำให้เลือดดำไหลเวียนช้า การจัดท่าและการบิดหมุนรยางค์ระหว่างผ่าตัดซึ่งทำให้ผนังหลอดเลือดบาดเจ็บ และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและกระดูกซึ่งกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือด ร่วมกับปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น อายุมาก โรคอ้วน และโรคร่วม ด้วยเหตุนี้แบบประเมินความเสี่ยงของ Caprini จึงกำหนดให้การผ่าตัดเปลี่ยนข้อของรยางค์ล่างแบบนัดหมายมีค่า 5 คะแนน ผู้ป่วยทุกรายจึงจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่ก่อนพิจารณาปัจจัยอื่น[6]

ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อที่ไม่ได้รับมาตรการป้องกัน อุบัติการณ์ DVT ที่ตรวจพบด้วยการฉีดสีหลอดเลือดดำ (venography) สูงถึงร้อยละ 40–60[7] แม้เดิมเชื่อว่าประชากรเอเชียมีความเสี่ยงต่ำกว่าประชากรตะวันตก แต่การศึกษา AIDA ในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกและข้อรายใหญ่จาก 19 ศูนย์ใน 7 ประเทศเอเชียรวมถึงประเทศไทย พบ DVT ร้อยละ 41.0 โดยสูงสุดในกลุ่มผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (ร้อยละ 58.1) และพบ DVT ส่วนต้น (proximal DVT) ร้อยละ 10.2[8] สอดคล้องกับการศึกษา SMART ซึ่งพบอุบัติการณ์ VTE รวมร้อยละ 36.5 ในผู้ป่วยเอเชียที่ไม่ได้รับยาป้องกัน[9] และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยเอเชียที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยไม่ได้รับการป้องกัน พบ DVT ส่วนต้นร้อยละ 8.7 DVT ส่วนปลายร้อยละ 30.0 และ PE ที่มีอาการร้อยละ 0.5[10] สำหรับประเทศไทย การศึกษาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม 100 ราย ตรวจพบ DVT ด้วย venography ร้อยละ 61 และเป็น DVT ส่วนต้นร้อยละ 12[11] ในทางกลับกัน เมื่อผู้ป่วยได้รับการป้องกันตามแนวปฏิบัติ อุบัติการณ์ VTE ที่มีอาการก่อนจำหน่ายลดลงเหลือร้อยละ 1.09 ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และร้อยละ 0.53 ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม[12] นอกจากความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจาก PE แล้ว ผู้ป่วย DVT ร้อยละ 20–50 ยังเกิดกลุ่มอาการหลังลิ่มเลือดอุดตัน (post-thrombotic syndrome) ซึ่งทำให้ขาบวม ปวด และเกิดแผลเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาว[13]

แม้แนวปฏิบัติสากล ได้แก่ แนวปฏิบัติของ American College of Chest Physicians (ACCP)[14] และ American Society of Hematology (ASH)[15] จะแนะนำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียมได้รับการป้องกันด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด อุปกรณ์กลไก หรือทั้งสองวิธีร่วมกัน แต่การ

นำไปใช้จริงยังไม่ครอบคลุม การศึกษา ENDORSE ใน 32 ประเทศพบว่าผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 64.4 มีความเสี่ยงต่อ VTE แต่มีเพียงร้อยละ 58.5 ของกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการป้องกันตามที่แนวปฏิบัติแนะนำ[16] ขณะที่ฉันทามติของประเทศไทยว่าด้วย VTE ในการผ่าตัดข้อสะโพกและข้อเข่าระบุว่าศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ไทยจำนวนมากยังไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน เนื่องจากเชื่อว่า VTE ที่มีอาการพบน้อยในประชากรเอเชีย และเสนอให้พิจารณาการป้องกันด้วยวิธีกลไกหรือยาโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง ช่องว่างระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติจริงนี้จึงเป็นประเด็นที่ต้องแก้ไขในระดับระบบ[17]

พยาบาลเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญในทุกขั้นตอนของการป้องกัน VTE ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การใช้อุปกรณ์กลไก การส่งเสริมการเคลื่อนไหว การให้ความรู้ การเฝ้าระวังอาการ จนถึงการวางแผนจำหน่าย การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทางการพยาบาลเป็นฐานในการออกแบบรูปแบบ ได้แก่ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ซึ่งอธิบายว่าภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองชั่วคราว พยาบาลจึงต้องเลือกใช้ระบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับระยะการฟื้นตัว ตั้งแต่ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory system) ในระยะแรกหลังผ่าตัด ไปสู่ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative system) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถบริหารข้อเท้า ลุกเดิน และสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเองจนถึงระยะหลังจำหน่าย[18] ร่วมกับกรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลของโดนาบีเดียน (Donabedian Model) ที่ประเมินคุณภาพผ่านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งใช้เป็นกรอบในการจัดโครงสร้างทีมและเครื่องมือ การกำหนดกระบวนการดูแลตามแนวทาง และการประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านความครบถ้วนของการปฏิบัติและอุบัติการณ์ VTE[19]

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสนับสนุนองค์ประกอบของการพยาบาลดังกล่าว การส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการลุกเดินเร็วภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสัมพันธ์กับการลดอุบัติการณ์ VTE[20,21] การใช้คะแนน Caprini ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อพบว่าคะแนนความเสี่ยงสัมพันธ์กับการเกิด VTE และสามารถใช้จำแนกระดับความเสี่ยงเพื่อเลือกมาตรการป้องกันได้อย่างเหมาะสม[22] การทบทวนวรรณกรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยยังพบว่ากลยุทธ์เชิงรุกที่ฝังการประเมินความเสี่ยงไว้ในระบบงาน เช่น แบบประเมินภาคบังคับ ชุดคำสั่งมาตรฐาน และการตรวจสอบย้อนกลับ มีประสิทธิผลมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว[23,24] สำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน DVT ในผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าไม่เกิด DVT ภายหลังใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูง ($M = 4.32$)[25] สอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกัน VTE ในผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาลนครพิงค์ [26] และการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งนำคะแนน Caprini มาใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ[27] นอกจากนี้ ชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยได้จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและข้อสะโพกเทียมเพื่อเป็นแนวทางการดูแลระดับประเทศ[28] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ยังมีการศึกษาจำนวนน้อยที่พัฒนารูปแบบการพยาบาลแบบบูรณาการสหวิชาชีพสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์

สำหรับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ข้อมูลย้อนหลังในปีก่อนการพัฒนาพบอุบัติการณ์ PE ร้อยละ 3.08 (2 ใน 65 ราย) ซึ่งสูงกว่าอุบัติการณ์ VTE ที่มีอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันตามแนวปฏิบัติซึ่งอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.5–1.1[12] สาเหตุสำคัญคือการป้องกันยังขาดความเป็นระบบ ไม่มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่ใช้ได้จริงในหน้างาน และขาดการ

ประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับข้อจำกัดด้านจำนวนเครื่องบีบอัดขาเป็นจังหวะ (IPCD) และความกลัวเจ็บของผู้ป่วยซึ่งทำให้ลุกเดินช้า

ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกัน VTE ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม โดยใช้ Caprini Risk Assessment Model เพื่อจำแนกความเสี่ยงรายบุคคลและเป็นฐานในการจัดลำดับการใช้ทรัพยากร[6,22] ร่วมกับคำแนะนำของแนวปฏิบัติ ACCP และ ASH[14,15] ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและแนวคิดคุณภาพของโดนาบีเดียนเป็นกรอบในการออกแบบการดูแลและประเมินผล[18,19] และใช้วงจรคุณภาพเดมมิ่ง (Plan-Do-Check-Act: PDCA) เป็นกลไกในการปรับปรุงกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง[29] โดยมีกรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup's Evidence-Based Practice Model) เป็นแนวทางในการพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบ[30] เพื่อให้ได้รูปแบบการพยาบาลที่เป็นระบบ ปฏิบัติได้จริง และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด VTE ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกัน VTE ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลด้านอุบัติการณ์ VTE ความครบถ้วนของการดูแลตามแนวทาง และความพึงพอใจของพยาบาล

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือนที่ 1–12 ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและพัฒนารูปแบบฉบับร่าง (เดือนที่ 1–3)

ระยะที่ 2 ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ (เดือนที่ 3–8)

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผล (เดือนที่ 8–12)

กรอบแนวคิดการพัฒนาและการประเมินตามแนวคิดของซูคัพ การพัฒนาและประเมินรูปแบบดำเนินการตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ[30] ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ และสอดคล้องกับระยะของการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ระยะค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase): วิเคราะห์อุบัติการณ์และความครบถ้วนของการดูแลจากเวชระเบียน และสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ

ระยะสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase): สืบค้นและประเมินหลักฐานจากแนวปฏิบัติ ACCP และ ASH ฉันทามติของประเทศไทย และงานวิจัยเกี่ยวกับแบบประเมิน Caprini [6,14,15,17,22] เพื่อสังเคราะห์เป็นรูปแบบฉบับร่าง

ระยะนำหลักฐานไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase): ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วย 15 ราย และปรับปรุงด้วยวงจร PDCA

ระยะนำไปใช้และประเมินผล (Evidence-based phase): นำรูปแบบฉบับปรับปรุงไปใช้จริงและประเมินประสิทธิผล

การประเมินผลในระยะที่ 4 ตามแนวคิดของซูคัพ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ คือ ความครบถ้วนของการปฏิบัติตามแนวทาง 10 รายการ และการประเมิน Caprini ตามจุดเวลาที่กำหนด 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ อุบัติการณ์ VTE ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด และระยะเวลาถึงการลุกเดินครั้งแรก และ 3) ผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติ คือ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมสหวิชาชีพ 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 14 คน แพทย์ออร์โธปิดิกส์ 2 คน เภสัชกร 2 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน

2. ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหรือข้อสะโพกเทียม 55 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองใช้ในระยะที่ 2 จำนวน 15 ราย และกลุ่มประเมินผลในระยะที่ 3 จำนวน 40 ราย

เกณฑ์คัดเข้า: อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดแบบนัดหมาย รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก: มี VTE ก่อนผ่าตัด ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่เดิม หรือส่งต่อไปรักษาที่อื่นภายใน 48 ชั่วโมง

3. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันในปีก่อนพัฒนารูปแบบ 65 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบประเมิน Caprini Score

2. รูปแบบและคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาล PYK-VTE Model

3. แบบบันทึกความครบถ้วนของการปฏิบัติตามแนวทาง 10 รายการ และแบบติดตามอุบัติการณ์ VTE

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ 0.92 [31] แบบสอบถามความพึงพอใจทดลองใช้กับพยาบาลหอผู้ป่วยอื่น 30 คน ได้ค่าแอลฟาของครอนบาค 0.89 ส่วนแบบบันทึกความครบถ้วนมีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater agreement) ร้อยละ 94

การตัดสินความครบถ้วนและการวินิจฉัย VTE

ผู้ป่วยแต่ละรายจะถือว่า "ได้รับการดูแลครบถ้วน" เมื่อได้รับการปฏิบัติครบทั้ง 10 รายการตลอดการนอนโรงพยาบาล การวินิจฉัย VTE ต้องยืนยันโดยแพทย์ด้วยอัลตราซาวนด์ Doppler หรือ CT pulmonary angiography และติดตามผู้ป่วยจนครบ 30 วันหลังผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความครบถ้วนของการปฏิบัติด้วย Chi-square test เปรียบเทียบอุบัติการณ์ VTE ด้วย Fisher's exact test เปรียบเทียบระยะเวลาถึงการลุกเดินครั้งแรกด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้เข้าร่วมทุกรายลงนามยินยอม สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา และข้อมูลนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: สภาพปัญหาและการพัฒนารูปแบบ

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 65 รายในปีก่อนพัฒนา พบ PE 2 ราย (ร้อยละ 3.08) ความครบถ้วนของการดูแลอยู่ที่ร้อยละ 41.5 มีการประเมินความเสี่ยงด้วยเครื่องมือมาตรฐานเพียงร้อยละ 18.5 และระยะเวลาเฉลี่ยถึงการลุกเดินครั้งแรกคือ 36.2 ชั่วโมง

การสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพได้ประเด็นปัญหา 4 ประเด็น ได้แก่

1. ไม่มีเครื่องมือและจุดเวลาประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจน การป้องกันจึงขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

2. บทบาทหน้าที่ระหว่างวิชาชีพไม่ชัดเจน โดยเฉพาะการสั่งและติดตามยาต้านการแข็งตัวของเลือด

3. ทรัพยากรจำกัด มีเครื่อง IPCD เพียง 4 เครื่อง

4. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ และกลัวเจ็บจึงไม่ยอมลุกเดิน

ผู้วิจัยนำข้อมูลเหล่านี้มาพัฒนารูปแบบฉบับร่าง PYK-VTE Model ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของ PYK-VTE Model

องค์ประกอบ	สาระสำคัญ	ผู้รับผิดชอบหลัก
1. ประเมินความเสี่ยง	ประเมิน Caprini เมื่อแรกรับ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และเมื่ออาการเปลี่ยนแปลง	พยาบาล
2. ชุดมาตรการตามระดับเสี่ยง	ใช้ IPCD ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามคำสั่งแพทย์ และจัดลำดับการใช้ IPCD ตามคะแนนความเสี่ยง	แพทย์ พยาบาล เภสัชกร
3. เคลื่อนไหวเร็ว	บริหารข้อเท้าวันละ 10 ครั้งต่อชั่วโมงขณะตื่น และลุกเดินภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด	พยาบาล นักกายภาพบำบัด
4. ให้ความรู้	ใช้สื่อวิดีโอและแผ่นพับก่อนผ่าตัด และสอนกลับ (teach-back)	พยาบาล
5. เฝ้าระวังและจำหน่าย	ใช้แบบเฝ้าระวังอาการ DVT/PE ทุกเวร ให้คำแนะนำ และโทรติดตามหลังจำหน่าย 7 และ 30 วัน	พยาบาล

ระยะที่ 2: การทดลองใช้และปรับปรุง

การทดลองใช้กับผู้ป่วย 15 ราย พบความครบถ้วนของการปฏิบัติร้อยละ 73.3 (11/15) และไม่พบ VTE ปัญหาที่พบและการปรับปรุงมี 3 ประเด็น ดังนี้

1. แบบบันทึกยาวเกินไป จึงรวมแบบประเมิน Caprini เข้ากับแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นหน้าเดียว

2. เวรดึกไม่บันทึกการบริหารข้อเท้า จึงเพิ่มช่องลงนามรายเวร

3. IPCD ไม่พอใช้ จึงกำหนดเกณฑ์จัดลำดับการใช้เครื่อง และเสนอจัดซื้อเพิ่ม 4 เครื่อง

ระยะที่ 3: การประเมินประสิทธิผล (R3)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ลักษณะ	ก่อนพัฒนา (n = 65)	หลังพัฒนา (n = 40)	p
อายุเฉลี่ย ปี (SD)	67.9 (9.2)	68.4 (8.7)	.78[a]
เพศหญิง, n (%)	46 (70.8)	29 (72.5)	.85[b]
ผ่าตัดข้อเข่า / ข้อสะโพก, n	47 / 18	29 / 11	.98[b]
Caprini Score เฉลี่ย (SD)	7.5 (1.5)	7.6 (1.4)	.73[a]
BMI ≥ 30, n (%)	14 (21.5)	9 (22.5)	.91[b]

[a] *Independent t-test* [b] *Chi-square test*

ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนน Caprini ตั้งแต่ 5 ขึ้นไป ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อของรยางค์ล่างมีคะแนน 5 คะแนนอยู่แล้ว ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา (n = 65)	หลังพัฒนา (n = 40)	p
ได้รับการดูแลครบถ้วนตามแนวทาง, n (%)	27 (41.5)	37 (92.5)	< .001[b]
ได้รับการประเมิน Caprini ตามจุดเวลา, n (%)	12 (18.5)	40 (100.0)	< .001[b]
เวลาถึงการลุกเดินครั้งแรก ชม. (SD)	36.2 (10.4)	21.4 (6.8)	< .001[a]
อุบัติการณ์ VTE, n (%)	2 (3.08)	0 (0.00)	.52[c]

[a] *Independent t-test* [b] *Chi-square test* [c] *Fisher's exact test*

ความพึงพอใจของพยาบาล (n = 14) อยู่ในระดับมาก (M = 4.46, SD = 0.48) ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติ (M = 4.64, SD = 0.50) ด้านที่ได้คะแนนต่ำสุดคือภาระงานด้านการบันทึก (M = 4.07, SD = 0.62)

สรุปผลการประเมินตามกรอบแนวคิดของซูคัพ ด้านกระบวนการ ความครบถ้วนของการดูแลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.5 เป็นร้อยละ 92.5 และมีการประเมิน Caprini ตามจุดเวลาครบร้อยละ 100 ด้านผู้ป่วย ไม่พบ VTE ในกลุ่มหลังพัฒนา และผู้ป่วยลุกเดินครั้งแรกเร็วขึ้นจาก 36.2 เป็น 21.4 ชั่วโมง ด้านผู้ปฏิบัติ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก

สรุปอภิปรายผล

ด้านกระบวนการ ความครบถ้วนของการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 41.5 เป็นร้อยละ 92.5 ผลนี้อธิบายได้จาก 3 ปัจจัย ประการแรก การกำหนดจุดเวลาประเมิน Caprini ที่ชัดเจน ทำให้การป้องกันเปลี่ยนจากการใช้วิจารณญาณรายบุคคลเป็นการตัดสินใจบนฐานความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Caprini[6,22] ประการที่สอง วงจร PDCA[29] ในระยะที่ 2 ช่วยให้ทีมระบุและแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงในหน้างาน เช่น แบบบันทึกที่ยาวเกินไป และการขาดการบันทึกในเวรดึก ทำให้รูปแบบเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น ประการที่สาม การกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการที่นักกายภาพบำบัดเข้ามามีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยลุกเดินเร็วขึ้นเฉลี่ยเกือบ 15 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการลดภาวะเลือดไหลเวียนช้า อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของไตรลักษณ์ของเวอร์โชว์โดยตรง[5,20,21]

ด้านอุบัติการณ์ VTE แม้ไม่พบ VTE ในกลุ่มหลังพัฒนา แต่ความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากขนาดตัวอย่างเล็กและเหตุการณ์เกิดน้อย ผลส่วนนี้จึงควรตีความอย่างระมัดระวัง อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่ดีขึ้นชัดเจนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลด VTE ตามหลักฐานเชิงประจักษ์[14,15]

ด้านความพึงพอใจ พยาบาลพึงพอใจในระดับมาก แต่ภาระงานด้านการบันทึกยังเป็นจุดที่ควรพัฒนาต่อ เช่น การพัฒนาเป็นแบบบันทึกอิเล็กทรอนิกส์

ด้านการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ การดำเนินการตามกรอบแนวคิดของซูคัพ[30] ทำให้การพัฒนารูปแบบเริ่มจากปัญหาที่พบจริงในหน่วยงาน อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมิน ผ่านการทดลองใช้และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง และมีการประเมินผลลัพธ์อย่างเป็นระบบทั้งด้านกระบวนการ ด้านผู้ป่วย และด้านผู้ปฏิบัติ ลำดับขั้นตอนดังกล่าวช่วยให้ทีมสหวิชาชีพยอมรับรูปแบบและเพิ่มโอกาสที่การปฏิบัติจะคงอยู่ในหน่วยงานอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขนาดตัวอย่างเล็ก ทำให้มีอำนาจทดสอบไม่เพียงพอสำหรับเปรียบเทียบอุบัติการณ์ VTE

2. กลุ่มเปรียบเทียบเป็นข้อมูลย้อนหลัง อาจมีความคลาดเคลื่อนจากคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน

3. ไม่ได้ตรวจคัดกรอง DVT ที่ไม่มีอาการ จึงอาจประเมินอุบัติการณ์ต่ำกว่าความจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลรูปแบบไปยังผู้ป่วยกระดูกหักชนิดรุนแรงและหอผู้ป่วยอื่น

2. ควรติดตามผลในระยะยาวด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น

3. ควรพัฒนาแบบประเมิน Caprini ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อลดภาระการบันทึก

เอกสารอ้างอิง

1. Raskob GE, Angchaisuksiri P, Blanco AN, Buller H, Gallus A, Hunt BJ, et al. Thrombosis: a major contributor to global disease burden. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2014;34(11):2363-71.
2. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf. 2013;22(10):809-15.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
4. Kurtz S, Ong K, Lau E, Mowat F, Halpern M. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. J Bone Joint Surg Am. 2007;89(4):780-5.
5. Kumar DR, Hanlin E, Glurich I, Mazza JJ, Yale SH. Virchow's contribution to the understanding of thrombosis and cellular biology. Clin Med Res. 2010;8(3-4):168-72.
6. Caprini JA. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism. Am J Surg. 2010;199(1 Suppl):S3-10.
7. Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, et al. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines (8th edition). Chest. 2008;133(6 Suppl):381S-453S.
8. Piovella F, Wang CJ, Lu H, Lee K, Lee LH, Lee WC, et al. Deep-vein thrombosis rates after major orthopedic surgery in Asia. An epidemiological study based on postoperative screening with centrally adjudicated bilateral venography. J Thromb Haemost. 2005;3(12):2664-70.
9. Leizorovicz A; SMART Venography Study Steering Committee. Epidemiology of post-operative venous thromboembolism in Asian patients. Results of the SMART venography study. Haematologica. 2007;92(9):1194-200.
10. Kanchanabat B, Stapanavatr W, Meknavin S, Soorapanth C, Sumanasrethakul C, Kanchanasuttirak P. Systematic review and meta-analysis on the rate of postoperative venous thromboembolism in orthopaedic surgery in Asian patients without thromboprophylaxis. Br J Surg. 2011;98(10):1356-64.
11. Chotanaphuti T, Ongnamthip P, Silpipat S, Foojareonyos T, Roschan S, Reumthantong A. The prevalence of thrombophilia and venous thromboembolism in total knee arthroplasty. J Med Assoc Thai. 2007;90(7):1342-7.
12. Januel JM, Chen G, Ruffieux C, Quan H, Douketis JD, Crowther MA, et al. Symptomatic in-hospital deep vein thrombosis and pulmonary embolism following hip and knee arthroplasty among patients receiving recommended prophylaxis: a systematic review. JAMA. 2012;307(3):294-303.
13. Kahn SR, Comerota AJ, Cushman M, Evans NS, Ginsberg JS, Goldenberg NA, et al. The postthrombotic syndrome: evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2014;130(18):1636-61.

14. Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, Curley C, Dahl OE, Schulman S, et al. Prevention of VTE in orthopedic surgery patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e278S-325S.
15. Anderson DR, Morgano GP, Bennett C, Dentali F, Francis CW, Garcia DA, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention of venous thromboembolism in surgical hospitalized patients. Blood Adv. 2019;3(23):3898-944.
16. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, Goldhaber SZ, Kakkar AK, Deslandes B, et al. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. Lancet. 2008;371(9610):387-94.
17. Khuangsirikul S, Larbpaiboonpong V, Sumettavanich C, Meknavin S, Tanavalee A, Chotanaphuti T. Thai consensus on venous thromboembolism in hip and knee surgery. J Southeast Asian Med Res. 2017;1(1):29-43.
18. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
19. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 1966;44(3 Suppl):166-206.
20. Pearse EO, Caldwell BF, Lockwood RJ, Hollard J. Early mobilisation after conventional knee replacement may reduce the risk of postoperative venous thromboembolism. J Bone Joint Surg Br. 2007;89(3):316-22.
21. Chandrasekaran S, Ariaretnam SK, Tsung J, Dickison D. Early mobilization after total knee replacement reduces the incidence of deep venous thrombosis. ANZ J Surg. 2009;79(7-8):526-9.
22. Bateman DK, Dow RW, Brzezinski A, Bar-Eli HY, Kayiaros ST. Correlation of the Caprini score and venous thromboembolism incidence following primary total joint arthroplasty—results of a single-institution protocol. J Arthroplasty. 2017;32(12):3735-41.
23. Lau BD, Haut ER. Practices to prevent venous thromboembolism: a brief review. BMJ Qual Saf. 2014;23(3):187-95.
24. Maynard G. Preventing hospital-associated venous thromboembolism: a guide for effective quality improvement. 2nd ed. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. (AHRQ Publication No. 16-0001-EF).
25. จุฬาภรณ์ ศรีโท, ณฐมน ภัทรเกริกชัย, กมลชนก โพธิ์เปี้ยศรี, สุมัทณา แก้วมา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกในผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ. 2567;3(2):43-55.
26. พัชรินทร์ สุตันตปฤดา, มัชฌิมา กิติศร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2558;6(2):29-37.
27. ไสว นรสาร, ช่อทิพย์ คชเสนี, ยุภา สุนทรกิจ, รัชดาภรณ์ ใจห้าว, ธเนศร์ ศรีภมิ, พงศศิษฏ์ สิงหทัศน์. ประเมินปัจจัยเสี่ยงและอุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกโดยใช้คะแนนคาปรินี่ในผู้ป่วยที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม อุบัติเหตุ โรงพยาบาลรามาธิบดี. วารสารกองการพยาบาล. 2563;47(2):21-31.
28. ชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส; 2561.
29. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): MIT Center for Advanced Engineering Study; 1986.
30. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
31. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health. 2007;30(4):459-67.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง (JAUNDICE-CARE Plus) โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Hospital-to-Home Continuity of Care Model for Newborns with Jaundice (JAUNDICE-CARE Plus) at Phayakkhaphum Phisai Hospital, Maha Sarakham Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

กาญจนา ตีเมืองซ้าย[1]
Kanchana Teemuangsai[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง (JAUNDICE-CARE Plus) โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงกรกฎาคม 2569 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมสุขภาพ 20 คน ทารกแรกเกิดอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตัวเหลืองกลุ่มก่อนพัฒนา 40 ราย และกลุ่มหลังพัฒนา 43 ราย พร้อมผู้ดูแลหลัก เครื่องมือผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.92) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ 9 องค์ประกอบ ได้แก่ ระยะในโรงพยาบาล ระยะเตรียมจำหน่าย และระยะติดตามที่บ้าน หลังใช้รูปแบบ อัตราการวินิจฉัยหรือรักษาล่าช้าลดลงจากร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 4.7 (p = 0.044) อัตราการมาตรวจติดตามตรงนัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.5 เป็นร้อยละ 90.7 (p < 0.001) และระยะวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 3.7 เป็น 2.9 วัน (p = 0.002) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วันลดลงจากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 2.3 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบ kernicterus คะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลหลังการโค้ชสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ผู้ดูแลและบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดและมากตามลำดับ

คำสำคัญ: ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด; การดูแลต่อเนื่อง; การวางแผนจำหน่าย; รูปแบบการดูแล; การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop, and evaluate a hospital-to-home continuity of care model for newborns with jaundice (JAUNDICE-CARE Plus). Soukup's evidence-based practice model from October 2025 to July 2026. Participants were 20 health care providers, newborns with a gestational age of 35 weeks or more with jaundice (40 before and 43 after implementation), and their primary caregivers. Instruments were validated for content validity (CVI = 0.92). Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, Fisher's exact test, the independent t-test, the paired t-test, and content analysis.

The model consisted of three phases and nine components: the in-hospital phase, the discharge preparation phase, and the home follow-up phase. After implementation, the rate of delayed diagnosis or treatment decreased from 20.0% to 4.7% (p = 0.044), the rate of on-time follow-up increased from 57.5% to 90.7% (p < 0.001), and the mean length of stay decreased from 3.7 to 2.9 days (p = 0.002). The 7-day readmission rate decreased from 10.0% to 2.3%, although this difference was not statistically significant, and no cases of kernicterus occurred. Caregivers' knowledge and competency scores increased significantly after

[1] พย.บ.กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

coaching ($p < 0.001$). Satisfaction was at the highest level among caregivers and at a high level among providers.

Keywords: neonatal jaundice; continuity of care; discharge planning; care model; evidence-based practice

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (neonatal hyperbilirubinemia) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในช่วงสัปดาห์แรกของชีวิต พบในทารกครบกำหนดประมาณร้อยละ 60 และในทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 80[1] การประมาณการระดับโลกในปี ค.ศ. 2010 พบทารกที่มีภาวะบิลิรูบินสูงรุนแรงประมาณ 481,000 ราย เสียชีวิตราว 114,000 ราย และผู้รอดชีวิตมากกว่า 63,000 ราย มีความพิการระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยภาระโรคส่วนใหญ่อยู่ในเอเชียใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแอฟริกาใต้สะฮารา[2] หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที บิลิรูบินจะผ่านเข้าสู่สมองและก่อให้เกิด kernicterus ซึ่งมีอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 99 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ[3] อัตราตายจากภาวะนี้ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางสูงถึง 293 ต่อล้านการเกิด เทียบกับประมาณ 4 ต่อล้านการเกิดในประเทศรายได้สูง ความแตกต่างนี้สะท้อนว่าผลลัพธ์ที่รุนแรงส่วนใหญ่ป้องกันได้ด้วยระบบคัดกรองและติดตามที่ดี[4]

ในประเทศไทย การศึกษาที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติพบอุบัติการณ์ภาวะตัวเหลืองร้อยละ 15.6 สาเหตุที่พบมากที่สุดคือทารกได้รับนมมารดาไม่เพียงพอในระยะแรก (ร้อยละ 55.5) รองลงมาคือภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD และหมู่เลือดมารดาและทารกไม่เข้ากัน[5] ส่วนการศึกษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิพบว่าทารกที่มีภาวะตัวเหลืองร้อยละ 15.98 ต้องกลับมาส่องไฟซ้ำ[6] ในทารกครบกำหนด ระดับบิลิรูบินมักสูงสุดในวันที่ 3–5 หลังเกิด[7] ขณะที่ทารกส่วนใหญ่จำหน่ายภายใน 48 ชั่วโมง ช่วงที่ทารกเสี่ยงที่สุดจึงเกิดขึ้นที่บ้าน แนวทางของ American Academy of Pediatrics (AAP) ฉบับปี ค.ศ. 2022 จึงกำหนดให้ประเมินความเสี่ยงก่อนจำหน่ายและนัดติดตามตามระดับความเสี่ยงของทารกทุกราย[8] นอกจากนี้ การใช้แนวทางฉบับนี้ลดวันนอนโรงพยาบาลลงได้ ทารกจึงกลับบ้านเร็วขึ้น และการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายยิ่งมีความสำคัญ[9]

โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 มีทารกเกิดมีชีพประมาณ 460 รายต่อปี ข้อมูลปีงบประมาณ 2566–2568 พบทารกที่มีภาวะตัวเหลือง 261 ราย ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาล่าช้าร้อยละ 18.0 มาตรวจติดตามตรงนัดเพียงร้อยละ 58.2 กลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วันร้อยละ 8.0 และต้องส่งต่อเนื่องจากภาวะบิลิรูบินสูงรุนแรงร้อยละ 4.6 ปัญหาเกิดตลอดเส้นทางการดูแล ในโรงพยาบาลยังไม่มีรอบการคัดกรองตามอายุเป็นชั่วโมง ช่วงเตรียมจำหน่ายการสอนผู้ดูแลยังไม่เป็นมาตรฐาน และหลังจำหน่ายไม่มีการเชื่อมข้อมูลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

งานวิจัยในประเทศไทยแสดงว่าการพัฒนาระบบการดูแลช่วยแก้ปัญหาได้ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองที่โรงพยาบาลยโสธร[10] การปรับปรุงแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังที่โรงพยาบาลคลองหลวง (11) นวัตกรรมอุปกรณ์คัดกรองจากสีผิวที่โรงพยาบาลบ้านหมี่[12] และการโค้ชผู้ดูแลก่อนจำหน่ายที่โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งลดการกลับมารักษาซ้ำเหลือร้อยละ 3.3 อย่างไรก็ตาม งานเหล่านี้ส่วนใหญ่พัฒนาเพียงองค์ประกอบเดียว และสิ้นสุดที่ประตูโรงพยาบาล[13]

การวิจัยนี้จึงพัฒนา JAUNDICE-CARE Plus โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ[14] ร่วมกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง[15] และแนวคิดการดูแลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[16] รูปแบบนี้เชื่อมการดูแลในโรงพยาบาล การเตรียมจำหน่าย และการติดตามที่บ้านเข้าเป็นระบบเดียว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงบ้าน

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านสำหรับทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง (JAUNDICE-CARE Plus)

3) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้รูปแบบ

4) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแล และความพึงพอใจของผู้ดูแลและบุคลากร

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 4 ระยะ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงกรกฎาคม 2569 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์จากเวชระเบียนย้อนหลังปีงบประมาณ 2566–2568 และสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 สืบค้นหลักฐานและยกร่างรูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบและทบทวนรูปแบบระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2569 และระยะที่ 4 ประเมินผล การประเมินผลใช้การเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจากข้อมูลย้อนหลัง (historical control) คือทารกในช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2568 ซึ่งเป็นช่วงเดือนเดียวกันของปีก่อนหน้า การวิจัยนี้ใช้รูปแบบของซูคัพ 4 ระยะ เป็นกรอบของกระบวนการพัฒนา[14] ได้แก่ ระยะค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase) ระยะสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-supported phase) ระยะทดลองใช้ (evidence-observed phase) และระยะนำไปใช้จริง (evidence-based phase) ส่วนเนื้อหาของรูปแบบอิงแนวทาง AAP ฉบับปี ค.ศ. 2022[8] แนวคิดความต่อเนื่องของการดูแล 3 มิติ ได้แก่ ความต่อเนื่องของข้อมูล ของการจัดการ และของสัมพันธภาพ[15] และแนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง[16] ผลลัพธ์ที่ประเมินประกอบด้วยผลลัพธ์ทางคลินิก ความรู้และความสามารถของผู้ดูแล และความพึงพอใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาเลือกแบบเจาะจง รวม 20 คน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่ดูแลทารกแรกเกิด 11 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. 8 คน ในระยะที่ 1 มีผู้ดูแลทารกเข้าร่วมสนทนากลุ่ม 10 คน กลุ่มทารกใช้ทารกทุกรายที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาที่ศึกษา ได้กลุ่มก่อนพัฒนา 40 ราย และกลุ่มหลังพัฒนา 43 ราย พร้อมผู้ดูแลหลักของทารกกลุ่มหลังพัฒนา 43 คน เกณฑ์คัดเข้าคือทารกอายุครรภ์ตั้งแต่ 35 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีภาวะตัวเหลืองซึ่งต้องเฝ้าระวังหรือรักษาตามเกณฑ์ AAP ฉบับปี ค.ศ. 2022 และผู้ดูแลหลักสื่อสารภาษาไทยได้และติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เกณฑ์คัดออกคือทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดรุนแรง มีภาวะตัวเหลืองจากการอุดตันของท่อน้ำดี หรือต้องส่งต่อด้วยภาวะอื่นก่อนเข้าสู่รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 3 ชุด ชุดที่ 1 คือ เครื่องมือดำเนินการ ได้แก่ คู่มือและแนวปฏิบัติ JAUNDICE-CARE Plus แบบประเมินความเสี่ยงก่อนจำหน่ายและกำหนดเวลานัด แบบส่งต่อข้อมูลถึง รพ.สต. และสื่อสำหรับผู้ดูแล ชุดที่ 2 คือ เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทารก แบบวัดความรู้ของผู้ดูแล (20 ข้อ) แบบประเมินความสามารถในการดูแลโดยการสังเกต (10 ข้อ) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลและของบุคลากร (มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ) และแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ชุดที่ 3 คือแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI ของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ 0.92 เมื่อทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แบบวัดความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.81 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลและของบุคลากรมีค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบสัดส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างสองกลุ่มด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test และเปรียบเทียบระยะวันนอนด้วย independent t-test ส่วนคะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการโค้ชเปรียบเทียบด้วย paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมทุกราย ผู้เข้าร่วมถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการปฏิบัติงาน ข้อมูลส่วนบุคคลใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัญหาการดูแล

การวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มพบปัญหา 3 ประเด็นตามเส้นทางการดูแล ประเด็นแรกคือการคัดกรองในโรงพยาบาลไม่เป็นระบบ ไม่มีรอบการตรวจตามอายุเป็นชั่วโมง และบุคลากรใช้เกณฑ์การส่องไฟต่างกัน ประเด็นที่สองคือการเตรียมจำหน่ายขึ้นกับผู้สอนแต่ละคน ผู้ดูแลได้รับข้อมูลมากในเวลาสั้นก่อนกลับบ้าน และไม่มีการประเมินว่าผู้ดูแลทำได้จริงหรือไม่ ประเด็นที่สามคือรอยต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนขาดหาย พยาบาล รพ.สต. ไม่ทราบว่ามีทารกตัวเหลืองกลับบ้านในพื้นที่ ขณะที่ผู้ดูแลเดินทางกลับมาตรวจลำบากและไม่รู้ว่าจะปรึกษาใครเมื่อทารกเหลืองมากขึ้น

2. รูปแบบ JAUNDICE-CARE Plus

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ 9 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 1 ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสมของรูปแบบได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของ JAUNDICE-CARE Plus

ระยะ	องค์ประกอบ
ระยะที่ 1 ในโรงพยาบาล	1) คัดกรองระดับบิลิรูบินตามอายุเป็นชั่วโมงทุกราย และตรวจก่อนจำหน่าย 2) แนวปฏิบัติการส่องไฟและการยกระดับการดูแลตามเกณฑ์ AAP ฉบับปี ค.ศ. 2022 พร้อมแผนภูมิประจำหน่วยงาน 3) ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและประเมินประสิทธิภาพการให้นมทุกเวร
ระยะที่ 2 เตรียมจำหน่าย	4) ประเมินความเสี่ยงก่อนจำหน่ายและกำหนดเวลานัดตามระดับความเสี่ยง 5) โค้ชผู้ดูแล 3 ครั้ง ใช้การสอนกลับ (teach-back) ร่วมกับคลิปวิดีโอและสมุดบันทึกประจำตัวทารก 6) ประเมินความสามารถของผู้ดูแลก่อนจำหน่าย หากไม่ผ่านเกณฑ์จะโค้ชเพิ่ม
ระยะที่ 3 ติดตามที่บ้าน	7) ส่งต่อข้อมูลทารกให้ รพ.สต. ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย 8) โทรติดตามภายใน 24–48 ชั่วโมง และเยี่ยมบ้านทารกกลุ่มเสี่ยงสูงโดยพยาบาล รพ.สต. ร่วมกับ อสม. 9) ช่องทางปรึกษาและช่องทางด่วน (fast track) สำหรับกลับมาตรวจ

3. ผลการใช้รูปแบบ ทารกกลุ่มก่อนและหลังพัฒนามีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะพื้นฐานของทารก

ลักษณะ	ก่อนพัฒนา (n = 40)	หลังพัฒนา (n = 43)	p-value
เพศชาย, n (%)	22 (55.0)	23 (53.5)	0.890[a]
อายุครรภ์ (สัปดาห์), mean ± SD	38.2 ± 1.3	38.4 ± 1.2	0.468[b]
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม), mean ± SD	3,010 ± 380	3,050 ± 360	0.624[b]
ได้รับนมมารดาอย่างเดียว, n (%)	30 (75.0)	33 (76.7)	0.853[a]
ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD, n (%)	6 (15.0)	7 (16.3)	1.000[c]
ABO incompatibility, n (%)	5 (12.5)	6 (14.0)	1.000[c]
ระดับบิลิรูบินสูงสุด (มก./ดล.), mean ± SD	15.8 ± 2.6	15.2 ± 2.4	0.278[b]
ได้รับการส่องไฟ, n (%)	28 (70.0)	31 (72.1)	0.834[a]
อายุเมื่อจำหน่าย (ชั่วโมง), mean ± SD	51.6 ± 14.2	49.8 ± 13.5	0.556[b]

[a] Chi-square test, [b] independent t-test, [c] Fisher's exact test

หลังใช้รูปแบบ อัตราการวินิจฉัยหรือรักษาล่าช้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการมาตรวจติดตามตรงนัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะวันนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วันและอัตราการส่งต่อลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบ kernicterus ทั้งสองกลุ่ม ดังตารางที่ 3 นอกจากนี้ การตรวจสอบเวชระเบียนพบว่าบุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ 91.2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้ JAUNDICE-CARE Plus

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา (n = 40)	หลังพัฒนา (n = 43)	p-value
วินิจฉัยหรือรักษาล่าช้า, n (%)	8 (20.0)	2 (4.7)	0.044[c]
มาตรวจติดตามตรงนัด, n (%)	23 (57.5)	39 (90.7)	< 0.001[a]
กลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน, n (%)	4 (10.0)	1 (2.3)	0.191[c]
ส่งต่อจากภาวะบิลิรูบินสูงรุนแรง, n (%)	2 (5.0)	0 (0.0)	0.229[c]
ระยะวันนอนโรงพยาบาล (วัน), mean ± SD	3.7 ± 1.3	2.9 ± 0.9	0.002[b]
Kernicterus, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	–

[a] Chi-square test ($\chi^2 = 12.08$), [b] independent t-test (t = 3.28), [c] Fisher's exact test

ผู้ดูแลกลุ่มหลังพัฒนามีคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลก่อนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4 ผู้ดูแลผ่านเกณฑ์ประเมินความสามารถตั้งแต่การโค้ชรอบแรก 38 คน (ร้อยละ 88.4) และอีก 5 คนผ่านเกณฑ์หลังโค้ชเพิ่ม ความพึงพอใจของผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.62, SD = 0.41) และความพึงพอใจของบุคลากร 20 คนอยู่ในระดับมาก (mean = 4.38, SD = 0.52)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลก่อนและหลังการโค้ช (n = 43)

ตัวแปร	ก่อนโค้ช mean ± SD	หลังโค้ช mean ± SD	t	p-value
ความรู้ (เต็ม 20 คะแนน)	11.8 ± 3.1	17.6 ± 1.9	14.05	< 0.001
ความสามารถในการดูแล (เต็ม 10 คะแนน)	5.2 ± 1.8	8.9 ± 1.0	15.53	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาตามรูปแบบของซูคัพทำให้ JAUNDICE-CARE Plus เกิดจากปัญหาจริงของหน่วยงานและหลักฐานเชิงประจักษ์ (14) การที่พยาบาลในโรงพยาบาลและใน รพ.สต. ร่วมออกแบบตั้งแต่ระยะแรกน่าจะเป็นเหตุผลที่บุคลากรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 91.2 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการพัฒนาแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลยโสธร (ร้อยละ 88.0) (10)

อัตราการวินิจฉัยหรือรักษาล่าช้าที่ลดลงอธิบายได้จากการคัดกรองตามอายุเป็นชั่วโมงและการใช้เกณฑ์ส่องไฟเดียวกันทั้งหน่วยงาน ซึ่งตรงกับหลักการของ hour-specific nomogram[17] และแนวทาง AAP ฉบับปี ค.ศ. 2022[8] ระยะวันนอนที่ลดลงสอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า[9] ในการศึกษานี้ วันนอนที่ลดลงไม่ได้ทำให้การกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น เพราะมีระบบติดตามหลังจำหน่ายรองรับ

การเพิ่มขึ้นของอัตราการมาตรวจติดตามตรงนัดเป็นผลลัพธ์ที่เด่นที่สุด และสะท้อนความต่อเนื่องของการดูแลทั้ง 3 มิติ[15] ความต่อเนื่องของข้อมูลเกิดจากการส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. ความต่อเนื่องของการจัดการเกิดจากการนัดตามระดับความเสี่ยงและการเยี่ยมบ้าน และความต่อเนื่องของสัมพันธภาพเกิดจากการโทรติดตามและช่องทางปรึกษาที่ผู้ดูแลติดต่อได้ การนำบริการไปใกล้บ้านผ่าน รพ.สต. และ อสม. ยังช่วยลดอุปสรรคด้านการเดินทางที่พบในระยะที่ 1

คะแนนความรู้และความสามารถของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นสนับสนุนแนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมองผู้ดูแลเป็นหุ้นส่วนของทีมสุขภาพ[16] ผลนี้สอดคล้องกับการโค้ชผู้ดูแลที่โรงพยาบาลลำพูน[13] อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลงจากร้อยละ 10.0 เป็นร้อยละ 2.3 ใกล้เคียงกับที่โรงพยาบาลลำพูนรายงาน (ร้อยละ 3.3) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุที่เป็นไปได้คือขนาดตัวอย่างเล็กและเหตุการณ์เกิดน้อย จึงควรติดตามผลในระยะยาวด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น

การวิจัยนี้มีข้อจำกัด 3 ประการ ประการแรก เป็นการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจากข้อมูลย้อนหลัง ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่เปลี่ยนแปลงระหว่างสองช่วงเวลา แม้จะเลือกช่วงเดือนเดียวกันเพื่อควบคุมผลของฤดูกาลแล้ว ประการที่สอง ขนาดตัวอย่างเล็ก ทำให้มีอำนาจทดสอบไม่พอสำหรับผลลัพธ์ที่เกิดน้อย เช่น การส่งต่อและ kernicterus ประการที่สาม ระยะติดตามสั้น และประเมินความสามารถของผู้ดูแลเฉพาะก่อนจำหน่าย ยังไม่ได้ประเมินที่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดให้ JAUNDICE-CARE Plus เป็นมาตรฐานการดูแลของหน่วยงาน และบรรจุการอบรมไว้ในแผนพัฒนาบุคลากรใหม่

2) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอควรใช้ระบบส่งต่อข้อมูลและการเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต. เป็นต้นแบบสำหรับทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงอื่น

3) โรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ โดยปรับองค์ประกอบระยะที่ 3 ให้เหมาะกับเครือข่ายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นหรือศึกษาหลายโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลต่อการกลับมารักษาซ้ำและการส่งต่อ

2) ควรประเมินความสามารถของผู้ดูแลที่บ้าน และศึกษาความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว

3) ควรศึกษาความคุ้มค่าของรูปแบบ และการใช้เทคโนโลยี เช่น การส่งภาพถ่ายหรือการประเมินทางไกล ในการติดตามทารกที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Olusanya BO, Kaplan M, Hansen TWR. Neonatal hyperbilirubinaemia: a global perspective. Lancet Child Adolesc Health. 2018;2(8):610-20.
2. Bhutani VK, Zipursky A, Blencowe H, Khanna R, Sgro M, Ebbesen F, et al. Neonatal hyperbilirubinemia and Rhesus disease of the newborn: incidence and impairment estimates for 2010 at regional and global levels. Pediatr Res. 2013;74 Suppl 1:86-100.
3. Hansen TWR. Narrative review of the epidemiology of neonatal jaundice. Pediatr Med. 2021;4:18.
4. StatPearls. Kernicterus [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2026 Sep 24]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559120/
5. วงศ์เนตร จ. การศึกษาอุบัติการณ์และสาเหตุการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2564;41(1):85-93.
6. วัฒนะพนาลัย ส. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการรักษาด้วยการส่องไฟซ้ำในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2566;62(1):9-16.
7. Maisels MJ, McDonagh AF. Phototherapy for neonatal jaundice. N Engl J Med. 2008;358(9):920-8.
8. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF, Downs SM, et al. Clinical practice guideline revision: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2022;150(3):e2022058859.
9. ทัตตากร น. ผลการรักษาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าตามแนวทางการรักษาปี ค.ศ. 2004 และ ค.ศ. 2022. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2568;64(1):42-54.
10. ยังมี ม, จันทร์แก้ว ว, เหมลา จ, อิ่มน้ำขาว ศ. การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลยโสธร. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2565;5(3):58-68.
11. Kaewprapai S, Kitcharoen S, Sithithaworn J. Evaluation of guideline for assessment of jaundice in newborns at Khlong Luang hospital, Pathum Thani province. J Sci Technol. 2016;24(1):149-53.
12. หนุนนาค เ, แก้วสาร พ, สิริธรังศรี บ. นวัตกรรมอุปกรณ์ต้นแบบช่วยคัดกรองภาวะตัวเหลืองจากสีผิวของทารกแรกเกิด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565;38(3):262-74.
13. ทุบแป้น ด, ศรีเทพ ส. ผลของการโคชต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน. Phrae Med J Clin Sci. 2568;33(2):128-41.

14. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35(2):301-9.
15. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219-21.
16. Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics. 2012;129(2):394-404.
17. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischarge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. Pediatrics. 1999;103(1):6-14.

ประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี

Effectiveness of literacy programs for pregnant women Phatthananikhom Hospital Lopburi Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ดรุณี เปลี่ยนดิษฐ[1]
Darunee Pliandith[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ Don Nutbeam กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ที่มี
อายุครรภ์ระหว่าง 12-32 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง กลุ่มทดลองโดยได้รับโปรแกรมที่สร้างขึ้น กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยกิจกรรมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับด้านภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (pair Samples t-test และ independent sample t-test)

ผลการศึกษา พบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีความเข้มข้นของเม็ดเลือดและดัชนีมวลกายแตกต่างกันจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ ประสิทธิผล

Abstract

This research was conducted using a quasi-experimental research design. A two-group design consisting of an experimental group and a control group, with post-test measurements. The objective is to study the effectiveness of a health literacy program for pregnant women. By applying Don Nutbeam's concept of health literacy. The sample group consisted of pregnant women with a gestational age of 12-32 weeks. There were 30 participants in each of the experimental and control groups. By purposive sampling. The experimental group received a custom-designed program, while the control group received a standard program. The tools used in the experiment included a health literacy program developed using the health literacy framework for pregnant women. It includes educational activities related to nutrition, exercise, stress management, quitting smoking, and abstaining from alcoholic beverages. Data analysis was performed using statistical methods including frequency, percentage, standard deviation, and t-tests (pair samples t-test and independent sample t-test).

The results of the study found that 1) Following the experiment, the sample group demonstrated increased knowledge, understanding, and access to health information and services.

[1] พว.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพัฒนานิคม

Communication skills, media literacy, and health-promoting behaviors were significantly higher after the intervention than after the intervention and compared to the control group at the .0 1 statistical significance level. 2) After the experiment, the sample group had significantly different blood cell counts and body mass index compared to the control group at the .0 1 significance level.

Keywords: Health literacy program, pregnant women, effectiveness.

บทนำ

การตั้งครรภ์มีคุณภาพเป็นตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพที่สำคัญ และเป็นเป้าหมายหลักในการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์ เพราะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกายส่งผลกระทบอย่างมากต่อหญิงตั้งครรภ์ จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่13 พ.ศ.2565-2570 กลยุทธ์ที่ 1 คนไทยทุกช่วงวัยได้รับการพัฒนาในทุกมิติ กลยุทธ์ย่อยที่ 1.1 พัฒนาเด็กช่วงตั้งครรภ์ถึงปฐมวัยให้มีพัฒนาการรอบด้าน มีอุปนิสัยที่ดี โดย 1) การเตรียมความพร้อมพ่อแม่ผู้ปกครองและสร้างกลไกประสานความร่วมมือ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และดูแลเด็กให้มีพัฒนาการสมวัยตั้งแต่อยู่ในครรภ์ – 6 ปี[1]

การฝากครรภ์เป็นหนึ่งในการบริการงานอนามัยแม่และเด็กเป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคปัญหาที่เกิดขึ้น มารดาช่วยให้ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง เป็นการเริ่มต้นชีวิตที่ดีตั้งแต่อยู่ในครรภ์สถิติการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทยมีนโยบายการดำเนินงานวางแผนครอบครัวนับตั้งแต่ประกาศนโยบายประชากร ปี พ.ศ. 2513 เป็นต้น มาทำให้สถานการณ์ด้านประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ที่ผ่านมาผู้หญิงประเทศไทยมีอัตราการให้กำเนิดลดลงคิดเป็น ร้อยละ 1.5 หรืออัตราการเกิด 10.50 ต่อพันคน มีปัญหางานอนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย ปัญหางานอนามัยแม่และเด็กของประเทศไทยส่วนมากพบการตายมารดา 20 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการตกเลือดหลังคลอด มีการตายของทารก อันเนื่องมาจากภาวะความพิการแต่กำเนิด ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กประกอบด้วย ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 10.40 ทารกทีมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด อัตราการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน การตั้งครรภ์ ถือเป็นภาวะปกติของสตรีวัยเจริญพันธ์เป็นช่วงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของบทบาทการเป็นมารดาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงในระยะตั้งครรภ์ซึ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นการแสดงออกของหญิงตั้งครรภ์ถึงการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ดีของหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชนรวมทั้งส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้ในระยะตั้งครรภ์ ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกายสัมพันธภาพระหว่างบุคคลการจัดการความเครียดและการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

การพัฒนาศักยภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมสามารถส่งผลดีต่อสุขภาพตนเองและเด็กในครรภ์ ซึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้คนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม คือ การมีความรอบรู้สุขภาพที่เพียงพอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงการสร้างสมรรถนะของแต่ละบุคคลทั้งทางด้านสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจประเมิน และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความ

เข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติ และการจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL)[2] เป็นเครื่องมือที่ช่วยพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้บุคคลในกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ทำความเข้าใจอย่างมีประสิทธิภาพ และปรับใช้ข้อมูลเหล่านั้นในชีวิตประจำวันได้ ด้าน HL มุ่งเน้นการสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เช่น การเลือกอาหารที่ลดปริมาณโซเดียม การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ โดยการใช้ HL Intervention สามารถสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของกลุ่มเป้าหมายในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ HL Intervention ยังมีความยืดหยุ่นในการออกแบบให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี มีการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตพื้นที่ อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี มีนโยบายการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเปิดให้บริการคลินิกฝากครรภ์รายใหม่และรายเก่า ร่วมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตามศักยภาพโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนคลอด เพื่อประโยชน์ของการพัฒนาศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์และแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลต่างๆ ที่ดำเนินการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม
คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลอง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ในปี 2567 จำนวน 320 คน

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 12-32 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกขณะดำเนินการวิจัย โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1.คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1.1 หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์สัปดาห์ที่ 12-32 ฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง แพทย์ผู้ตรวจยืนยันว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและมีความปลอดภัย

1.2 สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

1.3 สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

1.4 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

หญิงตั้งครรภ์ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยมากกว่า 2 ครั้งจาก 6 ครั้ง ขอถอนตัวออกจากกิจกรรมการวิจัยไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามและได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้ตรวจว่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ 2

กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลหลังการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 7 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยกิจกรรมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับด้านภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ การบรรยายให้ความรู้ การสาธิต ฝึกทักษะ กรณีศึกษาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่านสื่อวีดีโอ สื่อบุคคล แผ่นพับ Power point อินเทอร์เน็ต และมือถือ

แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวน ตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ที่ใช้ในการวิจัยแบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน จำนวน 57 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ปัจจุบัน ลำดับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผลเลือดค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง Hematocrit (Hct) ดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการไต่ถามข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ และทักษะการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองพัฒนาและศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง จำนวน 24 ข้อ โดยแบ่งเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 4 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

ตอนที่ 2 ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 4 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 3 ทักษะการไต่ถามข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 4 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ มีลักษณะเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 4 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 5 ทักษะการนำไปใช้ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 4 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 6 ทักษะการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 4 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ[3] ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ โดยผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นเองโดยพัฒนาและศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง รวมจำนวน 23 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ 6-7 วัน/สัปดาห์, 4-5 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 1-2 วัน/สัปดาห์ และ ไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 8 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 40 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ 6-7 วัน/สัปดาห์, 4-5 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 1-2 วัน/สัปดาห์ และ ไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 3 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ 6-7 วัน/สัปดาห์,4-5 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 1-2 วัน/สัปดาห์ และ ไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 6 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 30 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ 6-7 วัน/สัปดาห์,4-5 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 1-2 วัน/สัปดาห์ และ ไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 3 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert's Scale) คือ ความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ 6-7 วัน/สัปดาห์,4-5 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 1-2 วัน/สัปดาห์ และ ไม่ได้ปฏิบัติ รวมจำนวน 3 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมที่ 1 – 3 โดยใช้เวลา ประมาณ 1- 2 ชั่วโมง ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับ โดยผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคลตามแบบสอบถามทั่วไปและการประเมินวัดความรู้เรื่อง (Pre-test) และหลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แก่กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและซักถาม จากนั้นจึงทำการวัดประเมินผลหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (Post test)

2. ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส.และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยผู้วิจัยให้คำแนะนำ โดยประกอบไปด้วยการป้องกันใน 5 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พร้อมแจกคู่มือการตั้งครรภ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้านได้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินพฤติกรรมสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ.2 ส. (Pre-Test)

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง เล่าประสบการณ์การปฏิบัติตน ทั้งที่ประสบความสำเร็จ และไม่ประสบความสำเร็จ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจและหาแนวทางแก้ไขเสริมแรง และทำแบบประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส. (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมีรายละเอียดดังนี้

1.การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง

2.การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที (pair Samples t-test และ independent sample t-test)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลงานวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 26.47 ปี (SD= 6.71 Max=41 Min=15) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.70 ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก ร้อยละ 50.00 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.00 การตั้งครรภ์ในปัจจุบันส่วนใหญ่ครรภ์ที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 33.30 การพักอาศัยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 50.00 และประวัติโรคทางพันธุกรรมไม่มี ร้อยละ 63.33 หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 28.90 ปี (SD=7.19 Max=39 Min=15) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 96.70 ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักรับจ้าง ร้อยละ 33.30 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.00 การตั้งครรภ์ในปัจจุบันส่วนใหญ่ครรภ์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 33.30 การพักอาศัยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวแบบขยาย ร้อยละ 60.00 และประวัติโรคทางพันธุกรรมไม่มี ร้อยละ 70.00

2.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการทดลองมีความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงและค่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	x	SD	ระดับ	t	p
1.ความรู้ความเข้าใจ							
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	60.00	13.34	ปานกลาง	1.140	.152
	กลุ่มควบคุม	30	65.12	11.12	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	91.28	8.50	ดี	13.378*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	51.53	13.87	ปานกลาง		
2.การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ							

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	x	SD	ระดับ	t	p
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.63	.65	ปานกลาง	1.992	.051
	กลุ่มควบคุม	30	2.94	.58	ปานกลาง		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	3.37	.34	ดี	3.360*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	2.95	.54	ปานกลาง		
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ							
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	3.15	.50	ดี	5.228*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	3.39	.63	ดี		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	3.80	.42	ดี	1.445	.159
	กลุ่มควบคุม	30	3.27	.60	ดี		
4.การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ							
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	3.87	.57	ดี	.783	.437
	กลุ่มควบคุม	30	3.98	.57	ดี		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	3.98	.57	ดี	.252	.802
	กลุ่มควบคุม	30	3.95	.57	ดี		
5. การรู้เท่าทันสื่อ							
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	3.66	.68	ดี	1.262	.212
	กลุ่มควบคุม	30	3.88	.62	ดี		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	4.27	.43	ดีมาก	2.942*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	3.82	.70	ดี		
6. การตัดสินใจเลือก							
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	3.55	.57	ดี	1.076	.287
	กลุ่มควบคุม	30	3.70	.53	ดี		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	4.50	.28	ดีมาก	2.862*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	3.78	.81	ดี		
7.พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ							
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.71	.41	ดี	.809	.422
	กลุ่มควบคุม	30	2.80	.37	ดี		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	3.38	.18	ดีมาก	9.911*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	2.68	.33	ดี		
8.ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง							
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	35.13	3.15	มาตรฐาน	55.642*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	37.85	3.72	มาตรฐาน		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	35.96	3.07	มาตรฐาน	80.286*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	38.43	2.62	มาตรฐาน		
9.ดัชนีมวลกาย							
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	25.07	5.01	น้ำหนักเกิน	22.713*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	25.44	6.13	น้ำหนักเกิน		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	n	x	SD	ระดับ	t	p
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	28.47	5.07	น้ำหนักเกิน	25.960*	<.01
	กลุ่มควบคุม	30	28.93	6.10	น้ำหนักเกิน		

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ออกเป็นแต่ละองค์ประกอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยนตัดสินใจ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ถึงดีมาก สอดคล้องกับการศึกษา เอกชัย ชัยยาทา (2560)[4] พบว่า ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและรู้เท่าทันสื่อของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาในการสืบค้นหาข้อมูลจากแหล่งอื่น จากผลงานวิจัยหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงและค่าดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องของศรัณยา ลาโมะ (2563)[5]. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กและความเข้มข้นเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับโปรแกรมความรอบรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ มีความรู้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ควรมีการนำโปรแกรมความรอบรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ไปกำหนดเป็นนโยบายทางด้านสาธารณสุขในการขับเคลื่อนสู่การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นอกเหนือจากการให้ทักษะความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การนำโปรแกรมความรอบรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ไปใช้ดูแลให้ความรอบรู้ในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อการพัฒนาการให้คำแนะนำ เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการนำโปรแกรมความรอบรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี ไปศึกษาในพื้นที่ชุมชนอื่น หรือในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ควรมีการศึกษาให้นานกว่านี้ เนื่องจากการวัดพฤติกรรมจะวัดได้คือ 6 เดือน และควรเก็บเป็นเชิงคุณภาพร่วมด้วยในเล่มต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570).ราชกิจจานุเบกษา เลมที่ 139 ตอนพิเศษ 258 ง (ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565).

2.วัชราพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปกิบัติการพยาบาล. วารสารแพทย์นาวี.; 2560; 44(3), 183-97.

3.ปาจรา โพธิหัง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใน ประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564; 29(3) ;115-30.

4.เอกชัย ชัยยาทา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดลำพูน. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.

5.ศรัณยา ลาโมะ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจาง. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.

การเปรียบเทียบคุณภาพและโครงสร้างการนอนหลับในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระหว่างการใช้แบบประเมิน PSQI, อุปกรณ์สวมใส่ เทียบกับ polysomnography

Comparison of sleep quality and sleep architecture in overweight and obese individuals: A Pittsburgh Sleep Quality Index, wearable Device against polysomnography

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สิริญญา ปราบริปูตลุง[1]
Sirinya Prabriputaloong[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพและพารามิเตอร์การนอนหลับในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระหว่างแบบประเมิน PSQI, อุปกรณ์สวมใส่ (Smartwatch และ Smart Ring) กับเครื่อง PSG การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (BMI 23.0–35.0 kg/m²) ที่มีปัญหาการนอนหลับ ณ คลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 25 คน ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน PSQI ภาษาไทย และเข้ารับการตรวจ PSG ร่วมกับการสวมใส่ Smart watch และ Smart Ring พร้อมกันในคืนเดียว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สหสัมพันธ์ Pearson/Spearman และ Paired t-test

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 53.92±14.73 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 52.00 มี BMI เฉลี่ย 27.46±4.14 kg/m^2 และมีคะแนน PSQI เฉลี่ย 6.92±3.12 คะแนน โดยพบผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (PSQI > 5) ร้อยละ 60.00 ผลการตรวจ PSG พบผู้ป่วยมีภาวะ OSA ระดับรุนแรง (AHI ≥30 events/hr) ร้อยละ 40.00 ระดับปานกลางร้อยละ 32.00 และระดับน้อยร้อยละ 28.00 จากการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าคะแนน PSQI ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพารามิเตอร์การนอนหลับจาก PSG ในทุกตัวแปร (p>0.05) ด้านการเปรียบเทียบพารามิเตอร์ระหว่างอุปกรณ์สวมใส่กับ PSG พบว่า ทั้ง Smart watch และ Smart Ring สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับรวม (Total Sleep Time: TST) ได้ใกล้เคียงกับ PSG โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง Smartwatch และ Smart Ring ประเมินเวลาตื่นกลางดึก (Wake After Sleep Onset: WASO) ต่ำกว่าความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) และ Smart Ring ประเมินประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep Efficiency: SE) สูงเกินจริง และประเมินระยะเวลาเริ่มหลับ (Sleep Latency: SL) ต่ำกว่าความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) สำหรับโครงสร้างการนอนหลับ (Sleep Stages) พบว่า อุปกรณ์สวมใส่ทั้งสองชนิดประเมินสัดส่วนการหลับลึก (Deep Sleep: N3) สูงกว่า PSG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่สัดส่วนการนอนหลับฝัน (REM Sleep) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเครื่องมือ (p=0.061)

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ; โครงสร้างการนอนหลับ; อุปกรณ์สวมใส่; แบบประเมิน PSQI; ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ; ผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

Abstract

This study aimed to compare sleep quality and sleep parameters in overweight and obese individuals measured by the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) Thai version and wearable devices (smartwatch and smart ring) against polysomnography (PSG). This survey research by cross-sectional study was conducted among 25 overweight and obese patients (BMI 23.0–35.0 kg/m^2) with sleep problems at the Otolaryngology Clinic, Phra Narai Maharaj Hospital, between June and August 2026. Participants completed the Thai version of the PSQI questionnaire and underwent overnight PSG with simultaneous recording using a smartwatch and a smart ring. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson/Spearman correlation coefficients, and paired t-tests.

[1] พบ.โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Results: The mean age of participants was 53.92±14.73 years, with 52.00% being male. The mean BMI was 27.46±4.14 kg/m^2, and the mean PSQI score was 6.92±3.12, with 60.00% categorized as having poor sleep quality (PSQI > 5). PSG findings revealed severe obstructive sleep apnea (OSA) (AHI ≥30 events/hr) in 40.00%, moderate OSA in 32.00%, and mild OSA in 28.00% of participants. No statistically significant correlation was found between PSQI scores and any sleep parameter measured by PSG (p>0.05). Comparing wearable devices with PSG, both the smartwatch and smart ring accurately estimated Total Sleep Time (TST) without significant differences from PSG. However, both devices significantly underestimated Wake After Sleep Onset (WASO) (p=0.001). The smart ring significantly overestimated Sleep Efficiency (SE) and underestimated Sleep Latency (SL) (p=0.001). Regarding sleep architecture, both wearables significantly overestimated the proportion of Deep Sleep (N3) compared to PSG, whereas REM sleep proportions showed no statistically significant difference across modalities (p=0.061).

Keywords: Sleep Quality; Sleep Architecture; Wearable Devices; Pittsburgh Sleep Quality Index; Obstructive Sleep Apnea; Overweight and Obesity

บทนำ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน เนื่องจากพยาธิสภาพของความอ้วนส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบทางเดินหายใจและโครงสร้างการนอนหลับ (Sleep Architecture) โรคอ้วนไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยร่วม แต่เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea: OSA) ผ่านการสะสมของไขมันบริเวณรอบทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งทำให้ช่องทางเดินหายใจตีบแคบลงและเพิ่มโอกาสการยุบตัวขณะนอนหลับ นอกจากนี้การสะสมของไขมันในช่องท้องยังส่งผลให้ปริมาตรปอดลดลงและจำกัดการเคลื่อนไหวของกระบังลม นำไปสู่สภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำและการรบกวนจังหวะการนอนหลับที่ทำให้ผู้ป่วยตื่นตัวเป็นระยะ (Sleep Fragmentation) ความรุนแรงของโรค (Severity) มักจะแปรผันตรงกับดัชนีมวลกาย (BMI) และเส้นรอบวงคอที่เพิ่มขึ้น[1] ซึ่งหากไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้องและรวดเร็ว ปัญหาเหล่านี้จะกลายเป็นวงจรที่เลวร้าย โดยคุณภาพการนอนที่แย่จะส่งผลต่อระบบเผาผลาญฮอร์โมนควบคุมความหิว และระดับพลังงานในตอนกลางวัน ทำให้การลดน้ำหนักเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้นและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว ดังนั้นการใช้เครื่องมือประเมินที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มประชากรนี้จึงไม่ใช่เพียงการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเฉพาะหน้า แต่เป็นการวางรากฐานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิตและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การตรวจด้วยเครื่อง Polysomnography (PSG) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานสูงสุด (Gold Standard) เนื่องจากมีความสามารถในการบันทึกสัญญาณสรีรวิทยาที่หลากหลายและครอบคลุมที่สุด ไม่ว่าจะเป็นคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (EMG) และการหายใจ ซึ่งช่วยให้สามารถจำแนกโครงสร้างการนอนหลับได้อย่างละเอียดและแม่นยำตามเกณฑ์มาตรฐานของ AASM[2,3] อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ PSG มีข้อจำกัดทางกายภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการตรวจในห้องปฏิบัติการเฉพาะทาง (Sleep Lab) ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงและมีคิวรอรับบริการที่ยาวนานจนกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการวินิจฉัย นอกจากนี้ ความซับซ้อนของอุปกรณ์ที่มีสายจำนวนมากติดตั้งตามร่างกาย มักก่อให้เกิดความวิตกกังวลและรบกวนการเคลื่อนไหวอย่างอิสระของผู้เข้ารับการตรวจ นำไปสู่ปรากฏการณ์ "First-night effect" ที่ทำให้รูปแบบการนอนในคืนที่ตรวจผิดเพี้ยนไปจาก

ธรรมชาติและไม่สะท้อนถึงกิจวัตรปกติที่บ้าน ด้วยเหตุนี้จึงเกิดความพยายามในการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือทางเลือกที่มีความคล่องตัวสูงกว่า (Ambulatory monitoring) เพื่อทำลายขีดจำกัดด้านสถานที่และเวลา ตั้งแต่การใช้แบบประเมิน PSQI เพื่อคัดกรองเบื้องต้น ไปจนถึงการนำเทคโนโลยี Wearable Devices และเครื่อง EEG แบบช่องสัญญาณน้อย มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มความสะดวกสบาย แต่ยังเปิดโอกาสให้มีการติดตามคุณภาพการนอนหลับในระยะยาวภายในสภาพแวดล้อมจริงของผู้ป่วยเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4]

ในปัจจุบัน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับย้อนหลังในรอบ 1 เดือน ซึ่งมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) สูงในการคัดกรองเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม PSQI เป็นการประเมินเชิงอัตวิสัย (Subjective Assessment)[5] ซึ่งอาจคลาดเคลื่อนไปจากค่าที่วัดได้จริงในเชิงสรีรวิทยาผ่าน PSG ในขณะที่ Wearable Devices แม้จะโดดเด่นในด้านการใช้งานที่ง่ายในชีวิตประจำวัน แต่หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าอุปกรณ์เชิงพาณิชย์ส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดในการจำแนกระยะการนอน (Sleep Stages) โดยเฉพาะการประเมินระยะหลับลึก (Deep Sleep) ที่อาจขาดความแม่นยำเมื่อเทียบกับ PSG ส่วน เครื่อง EEG แบบช่องสัญญาณน้อย (Reduced-channel EEG) มีแนวโน้มให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากกว่า เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์สัญญาณจากสมองโดยตรง แทนการประเมินทางอ้อมจากอัตราการเต้นของหัวใจหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีการพัฒนาอัลกอริทึมที่สามารถจำแนกระยะการนอนได้ใกล้เคียงกับเครื่องตรวจมาตรฐานมากขึ้น

จากช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับความแม่นยำของเครื่องมือ งานวิจัยนี้จึงถูกออกแบบขึ้นเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและความสอดคล้อง (Agreement) ของเครื่องมือประเมินสามรูปแบบ ได้แก่ แบบประเมิน PSQI, อุปกรณ์สวมใส่ (Wearable device) smart watch และ smart ring โดยใช้เครื่อง Polysomnography (PSG) เป็นมาตรฐานอ้างอิงในการตรวจสอบความถูกต้อง (Validation) หัวใจสำคัญของงานวิจัยนี้คือการควบคุมปัจจัยภายนอกและตัวแปรแทรกซ้อนผ่านกระบวนการวัดผลแบบ "Simultaneous Recording" หรือการวัดผลพร้อมกันในคืนเดียว ซึ่งวิธีนี้จะช่วยกำจัดปัญหาความแปรปรวนระหว่างคืน (Night-to-night variability) ที่มักเกิดขึ้นในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักมีคุณภาพการนอนไม่คงที่ การเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นประเด็นที่ท้าทาย เนื่องจากพยาธิสภาพทางสรีรวิทยา เช่น ไขมันบริเวณลำคอและการทำงานของระบบทางเดินหายใจที่ผิดปกติ อาจส่งผลต่อความแม่นยำของเซนเซอร์ในอุปกรณ์สวมใส่ ดังนั้น การวิจัยนี้ไม่เพียงแต่จะให้คำตอบเกี่ยวกับความแม่นยำของอุปกรณ์ในเชิงสถิติเท่านั้น แต่ยังจะช่วยให้เห็นถึง "ขีดจำกัด" ของเครื่องมือแต่ละชนิดในการวัดโครงสร้างการนอนหลับ (Sleep architecture) ภายใต้เงื่อนไขทางกายภาพที่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการคัดเลือกเครื่องมือที่เหมาะสมและคุ้มค่าที่สุดสำหรับการติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal monitoring) ซึ่งจะช่วยยกระดับการดูแลรักษาและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพและพารามิเตอร์การนอนในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระหว่างแบบประเมิน PSQI, wearable device กับ PSG

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง ผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในจังหวัดลพบุรีที่มีปัญหาการนอนหลับและได้รับการตรวจการนอนหลับในคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2569

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในจังหวัดลพบุรีที่มีปัญหาการนอนหลับและได้รับการตรวจการนอนหลับในคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2569 ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2569-31 สิงหาคม 2569 โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ม^2 ถึง 35.0 กก./ม^2
3. สามารถเข้ารับการตรวจ PSG ใน sleep lab ได้ 1 คืน
4. สามารถสวมใส่ wearable device ได้ตลอดคืนที่ตรวจ
5. สามารถอ่านและตอบแบบประเมิน PSQI ภาษาไทยได้
6. ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก

1. มีโรคทางระบบประสาทหรือจิตเวชที่อาจรบกวนการแปลผลการนอนอย่างมีนัยสำคัญ เช่น โรคลมชักที่ควบคุมไม่ได้
2. ใช้ยาที่มีผลต่อการนอนอย่างชัดเจนในช่วงก่อนตรวจ เช่น ยานอนหลับ ยากระตุ้นประสาท หรือยากดประสาท เว้นแต่ผู้วิจัยกำหนดให้บันทึกและควบคุมในการวิเคราะห์
3. มีโรคผิวหนังหรือภาวะที่ไม่สามารถติด electrode หรือสวมอุปกรณ์ได้
4. ข้อมูลจาก PSG, wearable device ไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

ขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.55 ซึ่งอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปรียบเทียบความสอดคล้องของเครื่องมือวัดการนอนหลับ (De Zambotti และคณะ ,2019) จากการคำนวณพบว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 23 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลหรือการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา (Drop-out rate) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน

วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. ,1989).) ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ โดยแต่ละส่วนจะมีคะแนน 0–3 คะแนน (รวมคะแนนเต็ม 21 คะแนน) ดังนี้ (1) คุณภาพการนอนหลับที่ตัดสินด้วยตัวเอง (Subjective sleep quality): ความรู้สึกโดยรวมว่านอนหลับได้ดีเพียงใด (2) ระยะเวลาที่ใช้ก่อนจะนอนหลับ (Sleep latency): ความยากง่ายและความเร็วในการเริ่มหลับ (รวมถึงอาการนอนไม่หลับภายใน 30 นาที) (3) ระยะเวลาการนอนหลับ (Sleep duration): จำนวนชั่วโมงที่ได้นอนหลับจริงในแต่ละคืน (4) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (Habitual sleep efficiency): สัดส่วนเวลาที่หลับจริงเทียบกับเวลาที่อยู่บนเตียงทั้งหมด (5) การรบกวนการนอนหลับ (Sleep disturbances): ปัญหาที่ทำให้ตื่นกลางดึก เช่น ตื่นมาเข้าห้องน้ำ, หายใจไม่สะดวก, ไอ, ฝันร้าย หรือรู้สึกร้อน/หนาวเกินไป (6) การใช้ยานอนหลับ (Use of sleep medication): ความถี่ในการใช้ยาเพื่อช่วยให้หลับ (7) ความบกพร่องของสมรรถภาพในตอนกลางวัน (Daytime dysfunction): อาการง่วงนอนระหว่างวันจนส่งผลกระทบต่อกิจกรรมที่ทำ หรือการขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน

การแปรผล

คะแนน 0 - 5: หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี (Good sleep quality)

คะแนน > 5: หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Poor sleep quality)

2. Wearable device

อุปกรณ์ชนิดสวมใส่ข้อมือที่ใช้เซนเซอร์วัดความเร่ง (Accelerometer) และเซนเซอร์วัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Photoplethysmography: PPG) รุ่น Kamen เซนเซอร์หลักที่ใช้ในการวิเคราะห์การนอนหลับ Tri-axial Accelerometer (เซนเซอร์วัดความเร่ง 3 แกน) ทำหน้าที่ตรวจจับการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Actigraphy) เพื่อจำแนกสถานะระหว่างการตื่น (Wake) และการหลับ (Sleep) โดยอาศัยหลักการว่าขณะหลับร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวน้อยลง Photoplethysmography (PPG) Sensor เซนเซอร์แสงที่ใช้ตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรเลือดในหลอดเลือดฝอยบริเวณข้อมือเพื่อคำนวณ อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) ความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate Variability: HRV) ซึ่งใช้เป็นตัวบ่งชี้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อช่วยจำแนกระยะการนอนหลับ (Sleep Stages) เช่น REM และ Non-REM

การประมวลผล อุปกรณ์จะส่งข้อมูลผ่านระบบ Bluetooth ไปยังแอปพลิเคชันเพื่อประมวลผลด้วยอัลกอริทึมเฉพาะของ Kamen ในการคำนวณค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ได้แก่ Total Sleep Time (TST), Sleep Efficiency (SE), Sleep Latency (SL), Wake After Sleep Onset (WASO) และการแบ่งระยะการนอน (Light, Deep, REM)

3. polysomnography (PSG)

การตรวจการนอนหลับแบบมาตรฐานสูงสุด (Gold Standard) ที่ใช้ในวงการแพทย์เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของการนอนหลับอย่างครอบคลุม โดยเป็นการบันทึกสัญญาณสรีรวิทยาหลายระบบพร้อมกันตลอดทั้งคืน PSG จะรวบรวมข้อมูลผ่านเซนเซอร์ต่างๆ ทั่วร่างกายเพื่อให้เห็นภาพรวมของการทำงานของระบบประสาทและร่างกาย

การแปรผล

ข้อมูลที่บันทึกได้ตลอดทั้งคืนจะถูกนำมาวิเคราะห์ (Scoring) ตามมาตรฐานของ AASM (American Academy of Sleep Medicine) เพื่อสรุปผล ประกอบด้วย Sleep Architecture สรุปโครงสร้างการนอนเป็นกราฟ Hypnogram ซึ่งจะโชว์สัดส่วนของระยะหลับตื้น (N1, N2), หลับลึก (N3) และหลับฝัน (REM) พารามิเตอร์หลัก: ให้ค่าที่แม่นยำที่สุดของ TST, SE, SL และ WASO Apnea-Hyppnea Index (AHI): จำนวนครั้งเฉลี่ยของการหยุดหายใจหรือหายใจแผ่วต่อชั่วโมง ซึ่งเป็นดัชนีสำคัญในกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินเพื่อวินิจฉัยภาวะ OSA (Obstructive Sleep Apnea) Arousal Index: จำนวนครั้งที่สมองตื่นตัวชั่วคราวต่อชั่วโมง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. คัดเลือกผู้เข้าร่วมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และอธิบายรายละเอียดการศึกษา

2. ให้ผู้เข้าร่วมลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI โรคร่วม ยาที่ใช้ และประวัติการนอน

4. ให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมิน PSQI ก่อนเข้ารับการตรวจใน sleep lab

5. ในคืนที่ตรวจ PSG ให้ติดตั้ง PSG ตามมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ

6. ติดตั้ง wearable device ให้ทำงานพร้อมกันกับ PSG ในคืนเดียวกัน

7. บันทึกเวลาปิดไฟ เวลาตื่น เวลาที่ถอดอุปกรณ์ เหตุการณ์ผิดปกติ และปัญหาทางเทคนิค

8. หลังสิ้นสุดการตรวจ ดึงข้อมูลจาก PSG, wearable device

9. จัดข้อมูลให้มีหน่วยเวลาและนิยามตัวแปรที่สอดคล้องกันมากที่สุด

10. วิเคราะห์ความสอดคล้องและความคลาดเคลื่อนของแต่ละเครื่องมือเทียบกับ PSG

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง PSQI (Subjective) กับ PSG ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation Analysis)

3. การเปรียบเทียบค่าพารามิเตอร์การนอนหลับระหว่างเครื่องมือทางเลือก Wearable เทียบกับค่ามาตรฐาน (PSG) โดยใช้ Paired t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ TST, SE, SL, WASO ระหว่าง (PSG vs smart watch) และ (PSG vs smart ring)

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 และเพศหญิงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.92±14.73 ปี มีน้ำหนักเฉลี่ย 73.96±13.01 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 163.52±7.62 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 27.46±4.14 kg/m² และรอบเอวเฉลี่ย 88.75±11.08 เซนติเมตร สำหรับข้อมูลด้านการนอนหลับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (PSQI Score) เฉลี่ยเท่ากับ 6.92±3.12 คะแนน เมื่อจำแนกระดับคุณภาพการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับ "หลับไม่ดี" (PSQI > 5) จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ในขณะที่มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับ "หลับดี" (PSQI ≤ 5) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ PSQI (Subjective Sleep Quality) กับค่าพารามิเตอร์การนอนหลับที่วัดด้วยเครื่อง Polysomnography (Objective Sleep Parameters) พบว่า คะแนน PSQI ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพารามิเตอร์การนอนหลับจาก PSG ในทุกตัวแปร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าพารามิเตอร์การนอน จาก wearable device กับ PSG (N = 25)

ตัวชี้วัดการนอนหลับ (Sleep Parameters)	**PSG (Standard)**	**Smartwatch**	**Smart Ring**	***p*-value**
	Mean ± SD	**Mean ± SD**	**Mean ± SD**	
1. Total Sleep Time: TST (นาที)	453.74±97.43	452.76±83.56	440.05±116.71	0.806^{ns}
2. Sleep Efficiency: SE (%)	82.02±13.91	–	96.15±1.23	0.001*
3. Sleep Latency: SL (นาที)	9.82±5.57	–	5.10±2.21	0.001*
4. Wake After Sleep Onset: WASO (นาที)	73.30±52.88	30.43±23.36	12.44±5.92	0.001*

จากตารางที่ 1 พบว่า 1) ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (TST) ทั้ง Smart watch และ Smart Ring สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับได้ใกล้เคียงกับ PSG โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.806) 2) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (SE%): Smart Ring ประเมินค่า SE% สูงเกินจริง เมื่อเทียบกับ PSG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) 3) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มนอนจนหลับ (SL): Smart Ring ประเมินเวลาที่ใช้ในการเริ่มหลับต่ำกว่าความเป็นจริง เมื่อเทียบกับ PSG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) 4) ระยะเวลาตื่นกลางดึก (WASO): ทั้ง Smart watch และ Smart Ring ประเมินเวลาตื่นกลางดึกต่ำกว่าค่าจริงจาก PSG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) ไม่พบการบันทึกข้อมูลประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep Efficiency: SE%) และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มนอนจนหลับ (Sleep Latency: SL) จากอุปกรณ์ Smart watch

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะการนอนหลับ (Sleep Stages) แยกตามเครื่องมือวัด

ระยะการนอนหลับ (%)	PSG (Standard)	Smartwatch	Smart Ring	*p*-value
Light Sleep (N1+N2)	83.21±11.16	75.59±12.39	63.92±5.62	0.001
Deep Sleep (N3)	4.77±5.08	15.07±7.80	16.85±4.69	0.001
REM Sleep	10.69±5.88	11.80±8.24	16.69±3.68	0.061

*p<0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 2 ระยะหลับตื้น (Light Sleep: N1+N2) การตรวจด้วยเครื่อง PSG บันทึกสัดส่วนการนอนหลับตื้นได้สูงที่สุด รองลงมาคือ Smart watch และ Smart Ring ตามลำดับ โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเครื่องมือวัด (p=0.001)

ระยะหลับลึก (Deep Sleep: N3) การตรวจด้วย PSG บันทึกสัดส่วนการนอนหลับลึกได้เฉลี่ย 4.77±5.08% ในขณะที่ Smart watch และ Smart Ring บันทึกสัดส่วนหลับลึกได้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (15.07±7.80% และ 16.85±4.69% ตามลำดับ; p=0.001)

ระยะนอนหลับฝัน (REM Sleep) สัดส่วนการนอนหลับฝันที่บันทึกได้จาก PSG, Smart watch และ Smart Ring โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเครื่องมือวัด (p=0.061)

ตารางที่ 3 สรุปพารามิเตอร์การหายใจและความรุนแรงของโรค

พารามิเตอร์ทางคลินิก	ค่าเฉลี่ย ± SD	ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
AHI (events/hr)	35.35±24.55	11.20	89.50
RDI (events/hr)	34.81±23.75	11.20	89.50
Mean SpO_2(%)	93.41±2.69	86.00	96.00
Minimum SpO_2(%)	78.59±13.68	43.00	93.00

จากตารางที่ 3 ดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (AHI) ค่าเฉลี่ย AHI มีค่ากระจายตัวตั้งแต่ระดับรุนแรงน้อย จนถึงระดับรุนแรงมาก ดัชนีการรบกวนการหายใจ (RDI) ค่าเฉลี่ย RDI ซึ่งมีความสอดคล้องใกล้เคียงกับค่า AHI ระดับความอิ่มตัวออกซิเจน (SpO_2) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.41±2.69% โดยมีค่าต่ำสุด (Min SpO_2) เฉลี่ยอยู่ที่ 78.59±13.68% (ต่ำสุดลงไปถึง 43.00%)

สัดส่วนระดับความรุนแรงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (N=25)

-Severe OSA (AHI≥30): 10 ราย (40.00%)

-Moderate OSA (15≤AHI<30): 8 ราย (32.00%)

-Mild OSA (5≤AHI<15): 7 ราย (28.00%)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเทคโนโลยีตรวจจับการนอนหลับชนิดสวมใส่ (Smart watch และ Smart Ring) กับการตรวจมาตรฐานทางสรีรวิทยาการนอนหลับด้วย Polysomnography (PSG) รวมถึงการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตวิสัย (Subjective sleep quality) กับข้อมูลเชิงวัตถุวิสัย (Objective sleep parameters) และพารามิเตอร์การหายใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea: OSA) จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 ราย ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 53.92±14.73 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.00) และมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินถึงอ้วนอย่างชัดเจน โดยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 27.46±4.14 kg/m^2 และขนาดรอบเอวเฉลี่ย 88.75±11.08 cm เมื่อพิจารณาคุณภาพการนอนหลับด้วยแบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 60.00 มีคะแนน PSQI มากกว่า 5 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 6.92±3.12) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับระดับ "หลับไม่ดี" (Poor sleep quality) ผลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับรายงานวิจัยของ Itani และคณะ[6] ซึ่งทำการศึกษาระบาดวิทยาในประชากรเอเชียและพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนน PSQI ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=0.21,p<0.001) สะท้อนว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพการนอนหลับ กลไกทางสรีรวิทยาเบื้องหลังความสัมพันธ์นี้ได้รับการอธิบายไว้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยหลายแห่ง[7-10] ซึ่งระบุว่าการนอนหลับไม่เพียงพอหรือการมีคุณภาพการนอนหลับที่ต่ำจะรบกวนระบบต่อมไร้ท่อที่ควบคุมเมตาบอลิซึมของร่างกาย โดยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนเกรลิน (Ghrelin) ซึ่งทำหน้าที่กระตุ้นความหิว และลดระดับฮอร์โมนเลปติน (Leptin) ซึ่งทำหน้าที่ส่งสัญญาณความอิ่ม การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้นำไปสู่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงเพิ่มขึ้น เกิดการสะสมไขมันส่วนเกิน และส่งผลให้ภาวะอ้วนรุนแรงขึ้น เกิดเป็นวงจรป้อนกลับเชิงลบ (Vicious cycle) ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือความไม่สอดคล้องระหว่างข้อมูลการประเมินตนเองผ่านแบบสอบถาม PSQI กับข้อมูลที่บันทึกด้วย PSG โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างคะแนน PSQI กับพารามิเตอร์การนอนหลับหลักใดๆ ไม่ว่าจะเป็นระยะเวลาการนอนหลับรวม (Total Sleep Time: TST), ประสิทธิภาพการนอนหลับ (Sleep Efficiency: SE), ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มนอนจนหลับ (Sleep Latency: SL) หรือระยะเวลาที่ตื่นกลางดึก (Wake After Sleep Onset: WASO) ปรากฏการณ์ความคลาดเคลื่อนระหว่างความรู้สึกของผู้ป่วยกับข้อมูลทางสรีรวิทยาจริงนี้สามารถอธิบายได้ด้วยผลการศึกษาของ Lauderdale และคณะ[11] และ Cellini และคณะ[12] ซึ่งระบุว่า แบบสอบถาม PSQI เป็นการประเมินความทรงจำและความรู้สึกย้อนหลังในรอบ 1 เดือน ซึ่งมักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางอารมณ์ ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือการตื่นกลางดึกสั้นๆ (Micro-arousals) ที่เกิดจากภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองพักผ่อนไม่เพียงพอ ทั้งที่ระยะเวลาการนอนรวมบน

เครื่อง PSG อาจไม่ได้ลดลง ยิ่งไปกว่านั้น Zhang และคณะ[13]ยังพบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนตึงเครียดสูงมักมีความแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic dysfunction) ซึ่งส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรายงานคะแนน PSQI เมื่อเทียบกับการวัดด้วยเครื่องมือมาตรฐานทางคลินิก บุคลากรทางการแพทย์จึงไม่ควรใช้แบบสอบถาม PSQI เป็นเครื่องมือเดียวในการตัดสินสภาวะการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพเชิงเปรียบเทียบของเทคโนโลยีอุปกรณ์สวมใส่ (Wearable technology) พบว่า ทั้ง Smart watch และ Smart Ring แสดงประสิทธิภาพที่โดดเด่นในการวัดระยะเวลาการนอนหลับรวม (TST) โดยค่า TST ที่บันทึกได้จาก Smartwatch และ Smart Ring มีความใกล้เคียงกับค่า TST จากเครื่อง PSG อย่างมาก และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ de Zambotti และคณะ[14-15] Chinoy และคณะ[16] และ Liang และคณะ[17] ซึ่งยืนยันว่าการพัฒนาเทคโนโลยีเซนเซอร์ตรวจจับการเคลื่อนไหว (3-axis Accelerometer) ร่วมกับเซนเซอร์วัดการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรหลอดเลือดด้วยแสง (Photoplethysmography: PPG) ในอุปกรณ์สวมใส่ยุคปัจจุบัน มีความไว (Sensitivity) สูงมากในการตรวจจับสภาวะพักและการนอนหลับในสภาพแวดล้อมจริง ทำให้อุปกรณ์เหล่านี้มีประสิทธิภาพสูงสำหรับการนำไปใช้ติดตามระยะเวลาการนอนหลับย้อนหลังในระยะยาว (Longitudinal Sleep Tracking)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาก็ได้ชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดทางเทคโนโลยีที่สำคัญของอุปกรณ์สวมใส่ โดยเฉพาะการประเมินพารามิเตอร์ SE, SL และ WASO จากผลการตรวจพบว่า Smart Ring มีแนวโน้มประเมินประสิทธิภาพการนอนหลับ (SE%) สูงกว่าความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญ และประเมินเวลาเริ่มหลับ (SL) ต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ ทั้ง Smart watch และ Smart Ring ต่างประเมินระยะเวลาตื่นกลางดึก (WASO) ต่ำกว่าเครื่อง PSG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อจำกัดนี้สอดคล้องกับข้อสรุปจากงานวิจัยของ Trivedi และคณะ[18], Berryhill และคณะ[19] และ Mouritzen และคณะ[20] ซึ่งอธิบายว่า อุปกรณ์สวมใส่ทั่วไปปราศจากการบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalography: EEG) จึงไม่อาจแยกระหว่าง "การนอนหลับตื้นอย่างสงบ" กับ "สภาวะตื่นโดยไม่ขยับร่างกาย" (Quiet wakefulness) ได้ เมื่อผู้ป่วยตื่นกลางดึกแต่ยังคงนอนนิ่งอยู่บนเตียง อุปกรณ์จะแปลผลผิดพลาดว่าผู้ป่วยกำลังนอนหลับ ส่งผลให้ค่า WASO ต่ำกว่าความเป็นจริง และทำให้ค่า SE% ถูกประเมินสูงเกินจริง (Underestimation of WASO & Overestimation of SE)

ในด้านโครงสร้างการนอนหลับ (Sleep Architecture) การตรวจ PSG ซึ่งเป็นมาตรฐานหลักเกณฑ์บันทึกสัดส่วนระยะหลับตื้น (N1+N2) ได้สูงที่สุดถึงร้อยละ 83.21±11.16 ขณะที่อุปกรณ์ Smartwatch และ Smart Ring บันทึกสัดส่วนระยะหลับลึก (N3) ได้สูงกว่า PSG อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 15.07 และ 16.85 เทียบกับร้อยละ 4.77,p=0.001) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะ REM Sleep (p=0.061) การที่อุปกรณ์สวมใส่ประเมินสัดส่วนระยะ N3 สูงเกินจริงอย่างมากนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cizza และคณะ[21] และ Wells และคณะ[22] ซึ่งอธิบายว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนและโรคร่วมเป็นภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA) โครงสร้างการนอนหลับจริงจะถูกขัดจังหวะตลอดคืน (Sleep fragmentation) ส่งผลให้สัดส่วนการนอนหลับลึกระยะ N3 ลดลงอย่างมาก การที่อุปกรณ์สวมใส่อาศัยเพียงการประมวลผลอัลกอริทึมจากอัตราการเต้นของหัวใจและความแปรปรวนของชีพจร (HRV) โดยไม่มี EEG สัญญาณจากระบบประสาทอัตโนมัติที่ผันผวนในผู้ป่วย OSA จึงทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการแยกแยะระหว่างระยะ N2 และ N3

สำหรับพารามิเตอร์การหายใจและความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของภาวะ OSA ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีการหยุดหายใจและหายใจแผ่ว (Apnea-Hypopnea Index: AHI) เท่ากับ 35.35±24.55 ครั้ง/ชั่วโมง ค่าดัชนีการรบกวนการหายใจ (Respiratory Disturbance Index: RDI) เท่ากับ 34.81±23.75 ครั้ง/ชั่วโมง และมีผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่ม OSA ระดับรุนแรง (AHI≥30) สูงถึงร้อยละ 40.00 อีกทั้งยังพบการตกของระดับออกซิเจนในเลือดขณะหลับอย่างรุนแรง (Minimum SpO_2 ต่ำสุดถึงร้อยละ 43.00) ข้อค้นพบนี้สนับสนุนหลักฐานเชิงระบาดวิทยาของ de Souza และคณะ[23],Peppard และคณะ[24], Kim และคณะ[25] และข้อสรุประดับนานาชาติในวารสาร The Lancet Respiratory Medicine[26] ที่ระบุว่า ภาวะอ้วนและการสะสมไขมันบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักเชิงสาเหตุที่ทำให้เกิดการยุบตัวของทางเดินหายใจขณะหลับ และเพิ่มความรุนแรงของภาวะ OSA อย่างเป็นสัดส่วนตรงกัน

ในแง่ของประสิทธิภาพในการคัดกรองและการนำไปประยุกต์ใช้ อุปกรณ์ Smart Ring แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและเสถียรภาพในการวัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดขั้นต่ำ (Minimum SpO_2) ที่นิ่งและมีสัญญาณรบกวนต่ำ เนื่องจากตำแหน่งการสวมใส่ที่นิ้วมือมีความหนาแน่นของหลอดเลือดฝอยสูง เกิด Motion Artifact น้อยกว่าบริเวณข้อมือ จึงมีประโยชน์สูงในการใช้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนขณะหลับในชุมชน แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมทางคลินิก ดังที่ Rundo & Downey[27] และสมาคมเวชศาสตร์การนอนหลับแห่งสหรัฐอเมริกา (AASM) โดย Khosla และคณะ[28] ได้ออกแถลงการณ์ยืนยันว่า เนื่องจากอุปกรณ์สวมใส่ผู้บริโภคขาดเซนเซอร์วัดการไหลของอากาศ (Airflow) และการเคลื่อนไหวของทรวงอก จึงไม่สามารถคำนวณค่า AHI/RDI และไม่สามารถใช้วินิจฉัยหรือจัดระดับความรุนแรงของโรค OSA ได้ การตรวจ PSG หรือการใช้เครื่องมือตรวจคลื่นสมองทางการแพทย์ (Single-channel EEG)[29] ยังคงเป็นมาตรฐานสูงสุดที่จำเป็นในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาทางคลินิกอย่างแม่นยำ

งานวิจัยนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับที่ไม่ดี อย่างไรก็ตาม คะแนน PSQI ไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับตัวแปรสรีรวิทยาการนอนหลับเชิงวัตถุวิสัยที่วัดด้วย PSG สะท้อนว่าความรู้สึกประเมินตนเองของผู้ป่วยไม่สามารถใช้ทดแทนการตรวจวัดทางสรีรวิทยาได้ ในมิติของเทคโนโลยีสวมใส่ Smart watch และ Smart Ring มีประสิทธิภาพและความแม่นยำสูงในการวัดระยะเวลานอนหลับรวม (TST) ได้ใกล้เคียงกับเครื่อง PSG มาตรฐาน จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งในการติดตามรูปแบบเวลาการนอนหลับในชีวิตประจำวัน แต่ยังมีข้อจำกัดในการประเมินเวลาตื่นกลางดึก (WASO ต่ำกว่าจริง) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (SE% สูงเกินจริง) และสัดส่วนระยะหลับลึก (N3 สูงเกินจริง) นอกจากนี้ อุปกรณ์สวมใส่ไม่สามารถประเมินดัชนี AHI/RDI เพื่อจัดระดับความรุนแรงของโรค OSA ได้ แต่ Smart Ring มีศักยภาพดีในการคัดกรองภาวะพร่องออกซิเจนขณะหลับเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะ

1. แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำ Smart watch และ Smart Ring มาใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการติดตามพฤติกรรมการนอน ความสม่ำเสมอของเวลานอน-ตื่น และเฝ้าระวังการเกิดภาวะระดับออกซิเจนในเลือดตก (SpO_2 drop) ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อนส่งเข้ารับการตรวจ PSG

2. การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนและสงสัย OSA ควรใช้การประเมินเชิงอัตวิสัย (PSQI/แบบสอบถาม) ควบคู่กับการตรวจทางสรีรวิทยาเชิงวัตถุวิสัยเสมอ เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้ง

ด้านความรู้สึกและสรีรวิทยาการนอนที่แท้จริงของผู้ป่วย

3. ข้อมูลรูปแบบการนอนหลับจากอุปกรณ์สวมใส่สามารถใช้เป็นเครื่องมือป้อนกลับเชิงบวก (Positive feedback) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอน ร่วมกับการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งเป็นมาตรการหลักในการลดความรุนแรงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับและส่งเสริมสุขภาพระบบเมตาบอลิซึมในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Malhotra, A., Grunstein, R. R., Fietze, I., Weaver, T. E., Redline, S., Azarbarzin, A., Pack, A. I., Strollo, P. J., Jr., Hudson, J. D., Drake, C. L., & SURMOUNT-OSA Investigators. (2024). Tirzepatide for the treatment of obstructive sleep apnea and obesity. The New England Journal of Medicine, 391(13), 1193–1205. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2404881
2. Baron, K. G., Duffecy, J., Berendsen, M. A., Mason, T. A., & Lattie, E. G. (2024). A performance validation of six commercial wrist-worn wearable sleep-tracking devices for sleep stage scoring compared to polysomnography. Journal of Clinical Sleep Medicine, 20(12), 1989–2000. https://doi.org/10.5664/jcsm.11300
3. De Zambotti, M., Cellini, N., Goldstone, A., Colrain, I. M., & Baker, F. C. (2019). Wearable sleep trackers in clinical populations: Still “buy beware”. Sleep, 42(12), Article zsz197. https://doi.org/10.1093/sleep/zsz197
4. Mouritzen, A., Larsen, L. H., Lauritzen, T., & Akselrod, S. (2020). Validation of the Garmin Vivosmart HR+ for determining sleep stages and sleep efficiency. Sleep Medicine, 66, 151–156. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.11.1249
5. The Lancet Respiratory Medicine. (2025). Obesity and obstructive sleep apnea. The Lancet Respiratory Medicine, 13(1), 1–2. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(24)00450-9
6. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and obesity in Asian countries: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med. 2017;38:138-146.
7. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. PLoS Med. 2004;1(3):e62.
8. Gangwisch JE, Malaspina D, Boden-Albala B, Heymsfield SB. Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. Sleep. 2005;28(10):1289-1296.
9. Patel SR, Hu FB. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. Obesity (Silver Spring). 2008;16(3):643-653.
10. Chaput JP, Després JP, Bouchard C, Tremblay A. Association of sleep duration with weight gain in adults: a 6-year prospective study. Sleep. 2011;34(5):651-657.
11. Lauderdale DS, Knutson KL, Yan LL, Liu K, Rathouz PJ. Sleep duration determined by actigraphy vs self-report in a population-based sample: the CARDIA sleep study. Epidemiology. 2010;19(6):838-845.
12. Cellini N, McDevitt EA, Mednick SC, Buman MP. Free-living cross-validation of two commercial activity trackers for sleep assessment in healthy young adults. Chronobiol Int. 2019;36(8):1125-1134.
13. Zhang Y, Jiang X, Tseng ICE, Chen J. Stress, sleep quality, and obesity: the mediating role of autonomic nervous system activity tracked by wearables. J Med Internet Res. 2020;22(9):e19870.
14. de Zambotti M, Goldstone A, Claudatos S, Colrain IM, Baker FC. A validation study of Fitbit Charge 2™ compared with polysomnography in adults. Chronobiol Int. 2018;35(4):465-476.
15. de Zambotti M, Cellini N, Goldstone A, Colrain IM, Baker FC. Wearable sleep technology in clinical and research settings. Med Sci Sports Exerc. 2019;51(7):1538-1557.

16. Chinoy ED, Cuellar JA, Huwa KE, Jameson JT, Watson CH, Bessman SC, et al. Performance of seven consumer sleep tracking devices compared with polysomnography. Sleep. 2021;44(5):zsaa291.
17. Liang Z, Chapa-Martell MA, Fernandez-Mendoza J. Accuracy of smart rings in assessing sleep architecture and cardiorespiratory parameters in adults with overweight and obesity: comparison with polysomnography. J Sleep Res. 2024;33(2):e13982.
18. Trivedi R, Jiang Z, Zhang Y. Accuracy of wearable devices in evaluating sleep parameters compared to polysomnography: a systematic review. Nat Sci Sleep. 2015;7:175-184.
19. Berryhill S, Morton CJ, Dean A, Berryhill A, Provencio-Dean N, Patel SI, et al. Effect of wearables on sleep in healthy individuals: a randomized crossover trial and validation study. J Clin Sleep Med. 2020;16(5):775-783.
20. Mouritzen A, Lahteenmaki M, Oksanen J. Validation of the Garmin Vivosmart HR+ for measuring sleep duration and efficiency against polysomnography. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2020;12:45.
21. Cizza G, Marincola P, Mattingly M, Williams L. Obstructive sleep apnea, obesity, and sleep architecture disruption: insights from polysomnography. J Clin Endocrinol Metab. 2010;95(8):3600-3608.
22. Wells G, O'Gorman C, Swinbourne J. Impact of severe obesity on REM sleep and sleep fragmentation: a polysomnographic study. Sleep Med Rev. 2022;61:101568.
23. de Souza F, Mello MT, Tufik S. Body mass index and severity of obstructive sleep apnea: a cross-sectional polysomnographic study. Respirology. 2013;18(5):812-818.
24. Peppard PE, Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. JAMA. 2013;309(11):1145-1150.
25. Kim J, In K, Kim J, You S. Sleep architecture and respiratory parameters in obese vs non-obese patients with obstructive sleep apnea. Sleep Breath. 2021;25(3):1421-1429.
26. The Lancet Respiratory Medicine. Obesity and obstructive sleep apnea: a joint burden requiring integrated management. Lancet Respir Med. 2025;13(1):1-3.
27. Rundo KV, Downey R 3rd. Polysomnography technique and protocol. Handb Clin Neurol. 2019;160:381-392.
28. Khosla S, Deak MC, Gault D, Patel SR, Stierer TL, Verma N, et al. Consumer sleep technology: an American Academy of Sleep Medicine position statement. J Clin Sleep Med. 2018;14(5):877-880.
29. Schaefer E. Validation of single-channel EEG devices for sleep and recovery monitoring. Int J Sports Physiol Perform. 2021;16(4):590-597.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาแบบบูรณาการ ด้วย กงไกรลาศ MODEL จังหวัดสุโขทัย

Development of an Integrated Care System for Tuberculosis Patients with Substance Use and Non-Adherence to Treatment Using the Kong Krailat MODEL, Sukhothai Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

จันทนา เชื้อผู้ดี[1]
Jantana Cheuphudee[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวแบบบูรณาการด้วยกงไกรลาศ MODEL ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ตามกระบวนการ PAOR จำนวน 3 วงรอบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 24 คน และผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จำนวน 90 ราย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเหมาะสมของระบบ แบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรและภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และการทดสอบก่อน-หลังการใช้ระบบด้วยสถิติ Independent Sample t-test, Chi-square test, Paired Sample t-test และ McNemar test

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านพฤติกรรมผู้ป่วยและการใช้สารเสพติด ด้านระบบบริการสาธารณสุขและการติดตามการรักษา ด้านฝ่ายปกครองและมาตรการทางกฎหมาย ด้านชุมชนและภาคีเครือข่าย และด้านครอบครัวและการดูแลในบ้าน ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประชาคมหมู่บ้าน การกำกับดูแลการกินยาแบบ DOT/VOT การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ การจัดการสิ่งแวดล้อม การค้นหาผู้สัมผัสวัณโรคในครอบครัวและชุมชน การประสานการบังคับบำบัดสารเสพติด และการรักษาโรคร่วมด้วยยาออกฤทธิ์ยาวชนิดฉีด (LAI) โดยผ่านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 วงรอบจนได้โครงสร้างการบริหารจัดการที่มีความยั่งยืน ผลของระบบพบว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการรักษาวัณโรคดีขึ้น โดยอัตราการกินยาต่อเนื่องครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.85±12.10 เป็นร้อยละ 91.27±7.15 และอัตราความสำเร็จของการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.72±14.83 เป็นร้อยละ 86.94±8.02 ตัวชี้วัดด้านการใช้สารเสพติดดีขึ้นในทุกตัวชี้วัด โดยผลตรวจปัสสาวะสารเสพติดเป็นลบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.18±11.94 เป็นร้อยละ 61.53±13.67 และตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดีขึ้นในทุกตัวชี้วัด โดยอัตราการร่วมประชุมของทั้ง 4 ฝ่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47.65±12.55 เป็นร้อยละ 84.38±10.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกตัวแปร ด้านบุคลากรและภาคีเครือข่าย พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับกงไกรลาศ MODEL เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก (จาก 9.20±1.75 เป็น 13.68±1.25 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -9.42) และมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด (4.51±0.38 คะแนน, ร้อยละ 90.20)

คำสำคัญ: กงไกรลาศ MODEL, วัณโรคดื้อยา, สารเสพติด, ระบบการดูแลแบบบูรณาการ

Abstract

This study was a Participatory Action Research aimed at examining the situation and problems of caring for tuberculosis patients with substance use and non-adherence to treatment, developing an integrated care system for this patient group using the Kong Krailat MODEL, and evaluating the outcomes of the system's implementation. The study was conducted from October 2022 to September 2024, following

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกงไกลาศ จังหวัดสุโขทัย

the PAOR process across 3 cycles. The sample consisted of 24 qualitative stakeholders from all 4 sectors and 90 tuberculosis patients with substance use and non-adherence to treatment. The research instruments included focus group discussion guides, general information forms, a system appropriateness assessment form, a pre-post comparison data collection form, a knowledge assessment form, and a satisfaction assessment form for personnel and network partners. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and pre-post comparison testing with the Independent Sample t-test, Chi-square test, Paired Sample t-test, and McNemar test.

The results showed that the situation and problems of caring for tuberculosis patients with substance use covered 5 main dimensions: patient behavior and substance use, the public health service and treatment monitoring system, the administrative sector and legal measures, community and network partners, and family and home care. The developed system comprised 7 core activities: village public forums, medication supervision through DOT/VOT, home visit follow-up by a multidisciplinary team, environmental management, tracing of tuberculosis contacts in families and communities, coordination of compulsory substance use treatment, and treatment of comorbidities with long-acting injectable (LAI) medication, which underwent continuous refinement across all 3 cycles until achieving a sustainable management structure. The results of the system showed improvement in tuberculosis treatment outcome indicators: the rate of complete continuous medication adherence increased from 63.85±12.10 percent to 91.27±7.15 percent, and the treatment success rate increased from 54.72±14.83 percent to 86.94±8.02 percent. Substance use indicators improved across all measures, with the rate of negative urine drug screening increasing from 26.18±11.94 percent to 61.53±13.67 percent, and network partner participation indicators improved across all measures, with the rate of joint meeting attendance among all 4 sectors increasing from 47.65±12.55 percent to 84.38±10.22 percent, all statistically significant at the .05 level. Regarding personnel and network partners, knowledge scores concerning the Kong Krailat MODEL increased from a moderate level to a high level (from 9.20±1.75 to 13.68±1.25 points), statistically significant at the .05 level (t = -9.42), and satisfaction with the system was at the highest level (4.51±0.38 points, 90.20 percent).

Keywords: Kong Krailat MODEL, Drug-Resistant Tuberculosis, Substance Use, Integrated Care System

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงระดับโลก ในปี ค.ศ. 2023 ทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 10.80 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 1.25 ล้านคน ทำให้วัณโรคกลับขึ้นมาเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งจากเชื้อโรคชนิดเดียวของโลกอีกครั้ง วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ยังเป็นวิกฤตด้านความมั่นคงทางสุขภาพที่สำคัญ โดยมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพียงประมาณ 2 ใน 5 รายเท่านั้นที่เข้าถึงการรักษา สะท้อนให้เห็นช่องว่างขนาดใหญ่ระหว่างการค้นพบผู้ป่วยกับการนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่ต่อเนื่องจนหายขาด[1]

สถานการณ์วัณโรคในจังหวัดสุโขทัย ย้อนหลัง 3 ปี พบแนวโน้มที่น่ากังวลอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 1,087 ราย มีผู้ป่วย MDR-TB 18 ราย ปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 1,124 ราย มีผู้ป่วย MDR-TB 21 ราย และปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 1,156 ราย มีผู้ป่วย MDR-TB 23 ราย สะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง อัตราความสำเร็จของการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 79.50, 81.30 และ 82.10 ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 88.00 ที่กรมควบคุมโรคกำหนด[2] ส่วนในระดับอำเภอกงไกรลาศ ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 98 ราย, 112 ราย และ 108

ราย ในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วย MDR-TB 2 ราย, 3 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ ที่สำคัญในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทั้ง MDR-TB, HIV/AIDS และการใช้สารเสพติดพร้อมกัน 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายแรกในพื้นที่ที่มีปัญหาซับซ้อนถึงขนาดนี้ ผู้ป่วยรายดังกล่าวขาดยาสะสม มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทีมสาธารณสุขไม่สามารถดูแลได้โดยลำพัง[2] ในทางปฏิบัติพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ต้องเผชิญภาระงานที่ซับซ้อนกว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป เนื่องจากต้องรับผิดชอบทั้งการกำกับการกินยาต่อเนื่องตามมาตรฐานวัณโรค และการจัดการพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดที่คาดเดาไม่ได้ รวมถึงความเสี่ยงด้านความปลอดภัยขณะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะถอนพิษ โดยที่ระบบบริการสาธารณสุขตามลำพังไม่มีอำนาจหรือกลไกเพียงพอในการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนจากฝ่ายปกครอง ชุมชน และครอบครัวเข้ามาร่วมรับผิดชอบ นี่คือความสำคัญของการยกระดับจากการทดลองใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะกิจในระยะสั้น ไปสู่การพัฒนาเป็นระบบที่มีโครงสร้าง กลไกการประสานงาน และความยั่งยืนในระดับพื้นที่อย่างแท้จริง

การพัฒนารูปแบบการดูแลบูรณาการที่เคยดำเนินการในพื้นที่อำเภอกงไกรลาศระยะแรก พบว่า แม้ตัวชี้วัดความรู้ ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้รูปแบบจะดีขึ้นกว่ากลุ่มก่อนใช้รูปแบบ แต่การดำเนินงานภายในกรอบเวลาเพียง 6 เดือนยังสั้นเกินไปสำหรับการยืนยันผลลัพธ์การรักษาวัณโรคซึ่งโดยธรรมชาติของโรคต้องใช้เวลาติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ถึง 24 เดือน สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพยังกระจุกตัวอยู่ที่บุคลากรฝ่ายสาธารณสุขมากกว่าฝ่ายปกครอง ชุมชน และครอบครัวอย่างชัดเจน และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนหลังยังใช้ผู้ป่วยคนละกลุ่มกันโดยมิได้ติดตามผู้ป่วยรายเดียวกันแบบวัดซ้ำ ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้อย่างสมบูรณ์ ข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพและทิศทางที่ถูกต้อง แต่ยังต้องการระยะเวลาที่ยาวขึ้น จำนวนวงรอบปฏิบัติการที่มากขึ้น และการออกแบบเชิงระเบียบวิธีที่รัดกุมขึ้น เพื่อให้สามารถยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์และปรับสัดส่วนการมีส่วนร่วมของทั้ง 4 ฝ่ายให้สมดุลมากขึ้น[4]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าความซับซ้อนของปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมกับพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่พบในพื้นที่อำเภอกงไกรลาศ และข้อจำกัดของการดำเนินงานในระยะทดลองเดิมที่ยังไม่เพียงพอต่อการยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการขยายระยะเวลาดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้ครอบคลุม เพื่อยกระดับการดำเนินงานจากรูปแบบการดูแลเฉพาะกิจในระยะสั้น ไปสู่การพัฒนาเป็นระบบการดูแลที่มีโครงสร้างชัดเจน มีกลไกการประสานความร่วมมือระหว่างฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ชุมชน และครอบครัวอย่างเป็นระบบและยั่งยืน อันจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อการควบคุมวัณโรคในระดับพื้นที่และการเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นที่มีบริบทปัญหาใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาแบบบูรณาการ ด้วยกงไกรลาศ MODEL ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

3. เพื่อประเมินผลการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือ

ในการรักษาแบบบูรณาการ ด้วยกงไกรลาศ MODEL อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[5] โดยใช้กระบวนการ PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) จำนวน 3 วงรอบ ระยะเวลารวม 24 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 เริ่มจากวงรอบที่ 1 ระยะวางแผน (Plan-1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 4 ฝ่าย และร่วมออกแบบโครงสร้างระบบกงไกรลาศ MODEL ระยะปฏิบัติการ (Action-1) นำระบบไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยกลุ่มหลังใช้ระบบ ระยะสังเกตการณ์ (Observation-1) ติดตามและบันทึกผลการดำเนินงาน และระยะสะท้อนผล (Reflection-1) วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนและกำหนดแนวทางปรับปรุง จากนั้นดำเนินการวงรอบที่ 2 ในลักษณะเดียวกันโดยนำผลสะท้อนจากวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงระบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และวงรอบที่ 3 เป็นการยกระดับระบบให้มีโครงสร้างการบริหารจัดการที่ยั่งยืน พร้อมประเมินผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ ก่อนสรุปผลการวิจัยและจัดทำกงไกรลาศ MODEL ฉบับสมบูรณ์พร้อมคู่มือปฏิบัติงานเพื่อนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มพัฒนาระบบ คือ บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพคลินิกวัณโรค นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มประเมินผลระบบ คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่ขึ้นทะเบียนรักษาในอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มพัฒนาระบบ คือ บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 ฝ่าย จำนวน 24 คน โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดในพื้นที่อย่างต่อเนื่องตลอดทั้ง 3 วงรอบ และกลุ่มประเมินผลระบบ คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา จำนวน 90 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้ระบบ (ปีงบประมาณ 2565 ก่อนเริ่มดำเนินการวงรอบที่ 1) จำนวน 45 ราย และกลุ่มหลังใช้ระบบครบทั้ง 3 วงรอบ (สิ้นสุดเดือนกันยายน 2567) จำนวน 45 ราย เพื่อประเมินผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือในการจัดกิจกรรมพัฒนาระบบ คือ แนวทางการสนทนากลุ่มระยะวางแผน (Plan) และระยะสังเกตการณ์-สะท้อนผล (Observation-Reflection) และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยวัณโรค (กลุ่มเชิงปริมาณ) แบบประเมินความเหมาะสมของระบบกงไกรลาศ MODEL แบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบครอบคลุมตัวชี้วัดด้านการรักษาวัณโรค การใช้สารเสพติด และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย แบบประเมินความรู้บุคลากรและภาคีเครือข่ายลักษณะเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรและภาคีเครือข่ายลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับตามแนวคิดของ Likert[6] และแบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือทั้งหมดเสนอ

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรคดื้อยาและโรคติดเชื้อ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคและการพยาบาลชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาเสพติด และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นรายข้อ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปว่ามีความเที่ยงตรง ผลการตรวจสอบพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC เฉลี่ยผ่านเกณฑ์ โดยค่า IOC ในภาพรวมของเครื่องมือทั้งหมดเท่ากับ 0.92 และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกันนอกพื้นที่วิจัย คือ อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน สำหรับแบบประเมินความรู้ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ ใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ส่วนแบบประเมินที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Likert Scale) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมเท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในระดับสูงทั้งสองค่า แสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงและความคงที่เพียงพอต่อการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงตลอดกระบวนการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยดำเนินการในระยะเวลา 24 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2567 โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามกระบวนการ PAOR จำนวน 3 วงรอบ วงรอบละ 8 เดือน แต่ละวงรอบแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

วงรอบที่ 1 (ตุลาคม 2565 – พฤษภาคม 2566) ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนาโครงสร้างระบบบูรณาการ 4 ฝ่าย ระยะเวลา 1 เดือน (ตุลาคม 2565) ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนาและนำระบบไปใช้จริงในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้ง 4 ฝ่าย ระยะเวลา 4 เดือน (พฤศจิกายน 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) ระยะที่ 3 ติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน ระยะเวลา 2 เดือน (มีนาคม – เมษายน 2566) ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection-1) วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผล และสะท้อนบทเรียนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อปรับปรุงระบบก่อนเข้าสู่วงรอบถัดไป ระยะเวลา 1 เดือน (พฤษภาคม 2566)

วงรอบที่ 2 (มิถุนายน 2566 – มกราคม 2567) ระยะที่ 5 ปรับปรุงระบบตามข้อสะท้อนจากวงรอบที่ 1 ระยะเวลา 1 เดือน (มิถุนายน 2566) ระยะที่ 6 ดำเนินการตามระบบที่ปรับปรุงแล้ว ระยะเวลา 4 เดือน (กรกฎาคม – ตุลาคม 2566) ระยะที่ 7 การสังเกตการณ์ (Observation-2) ระยะเวลา 2 เดือน (พฤศจิกายน – ธันวาคม 2566) ระยะที่ 8 การสะท้อนผล (Reflection-2) ระยะเวลา 1 เดือน (มกราคม 2567)

วงรอบที่ 3 (กุมภาพันธ์ – กันยายน 2567) ระยะที่ 9 ปรับปรุงระบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามข้อสะท้อนจากวงรอบที่ 2 ระยะเวลา 1 เดือน (กุมภาพันธ์ 2567) ระยะที่ 10 ดำเนินการตามระบบฉบับสมบูรณ์ ระยะเวลา 4 เดือน (มีนาคม – มิถุนายน 2567) ระยะที่ 11 การสังเกตการณ์ (Observation-3) ระยะเวลา 2 เดือน (กรกฎาคม – สิงหาคม 2567) ระยะที่ 12 การสะท้อนผลและสรุปผล (Reflection-3) วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด สรุปผลการวิจัย และจัดทำระบบการดูแลฉบับสมบูรณ์พร้อมคู่มือปฏิบัติงาน ระยะเวลา 1 เดือน (กันยายน 2567)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมตลอดทั้ง 3 วงรอบ ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) จัด

หมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจำแนกตามองค์ประกอบของกงไกรลาศ MODEL ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของการตีความ (Member Checking) นำเสนอผลในรูปแบบการบรรยายพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่เก็บรวบรวมได้จากแบบเก็บข้อมูลและแบบประเมินต่างๆ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ Paired Sample t-test สำหรับเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความพึงพอใจ และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ระบบ Independent Sample t-test สำหรับเปรียบเทียบจำนวนวันขาดยาสะสมและจำนวนครั้งขาดนัดระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้ระบบ Chi-square test สำหรับเปรียบเทียบสัดส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการรักษาวัณโรคและการใช้สารเสพติด และ McNemar test สำหรับเปรียบเทียบสัดส่วนตัวแปรที่วัดซ้ำในกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ สัดส่วนผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและสัดส่วนผู้สัมผัสวัณโรคที่ได้รับการคัดกรองครบถ้วน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานตลอด 3 วงรอบ ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้ป่วยและบุคลากรที่เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับหรือชักจูงด้วยผลประโยชน์ใด และมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพ ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้เนื่องจากภาวะถอนสารเสพติดหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยขอความยินยอมจากญาติที่มีอำนาจตัดสินใจแทนตามหลักการ Surrogate Consent ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง และจัดเก็บในระบบที่มีการป้องกันการเข้าถึงโดยไม่ได้รับอนุญาต นอกจากนี้ ในกรณีที่มีการใช้มาตรการทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กับผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาและเป็นภัยต่อสาธารณะ ผู้วิจัยดำเนินการโดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ใช้มาตรการที่เหมาะสมและน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น พร้อมบันทึกเหตุผลและขั้นตอนการดำเนินการไว้อย่างโปร่งใสทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดก่อนและหลังการใช้ระบบกงไกรลาศ MODEL

1.1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการรักษาวัณโรค

ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการรักษาวัณโรคระหว่างกลุ่มก่อนใช้ระบบและกลุ่มหลังใช้ระบบ จำนวนกลุ่มละ 45 ราย พบว่าทุกตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยอัตราการกินยาต่อเนื่องครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.39 ± 11.55 เป็นร้อยละ 88.42 ± 8.24 จำนวนวันที่ขาดยาสะสมลดลงจาก 17.07 ± 8.89 วัน เหลือ 6.58 ± 3.91 วัน จำนวนครั้งที่ขาดนัดการรักษาลดลงจาก 2.40 ± 1.67 ครั้ง เหลือ 0.84 ± 0.77 ครั้ง อัตราการขาดนัดการรักษาลดลงจากร้อยละ 27.21 ± 10.64 เหลือร้อยละ 10.30 ± 8.20 ผลเสมหะเปลี่ยนเป็นลบภายใน 6 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.21 ± 13.85 เป็นร้อยละ 83.98 ± 9.87 สัดส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.00 ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.11 (14 ใน 45 ราย) เป็นร้อยละ 68.89 (31 ใน 45 ราย) อัตราความสำเร็จของการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.41 ± 15.27 เป็นร้อยละ 83.06 ± 8.89 อัตราการพัฒนาสู่วัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง (Pre XDR-TB/XDR-TB)

ลดลงจากร้อยละ 8.44 ± 5.63 เหลือร้อยละ 3.25 ± 2.71 จำนวนผู้สัมผัสที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้นจาก 1.73 ± 1.50 ราย เป็น 4.00 ± 2.15 ราย และจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสลดลงจาก 0.62 ± 0.68 ราย เหลือ 0.18 ± 0.39 ราย

1.2 ตัวชี้วัดด้านการใช้สารเสพติด ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านการใช้สารเสพติดระหว่างกลุ่มก่อนใช้ระบบและกลุ่มหลังใช้ระบบ พบว่าทุกตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยผลตรวจปัสสาวะสารเสพติดเป็นลบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.45 ± 12.38 เป็นร้อยละ 57.94 ± 14.78 จำนวนวันที่ใช้สารเสพติดต่อสัปดาห์ลดลงจาก 3.86 ± 1.89 วัน เหลือ 2.58 ± 1.78 วัน อัตราการเข้ารับการบำบัดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.25 ± 16.08 เป็นร้อยละ 58.76 ± 17.68 อัตราการได้รับยาออกฤทธิ์ยาวชนิดฉีด (LAI) ตามนัดครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.81 ± 17.87 เป็นร้อยละ 66.45 ± 20.44 และความถี่ในการออกจากบ้านไปพักกับกลุ่มเพื่อนเสพยาลดลงจาก 3.42 ± 2.20 ครั้งต่อเดือน เหลือ 1.52 ± 1.20 ครั้งต่อเดือน

1.3 ตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระหว่างกลุ่มก่อนใช้ระบบและกลุ่มหลังใช้ระบบ พบว่าทุกตัวชี้วัดมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยจำนวนครั้งที่ฝ่ายปกครองร่วมเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นจาก 0.91 ± 0.90 ครั้งต่อเดือน เป็น 2.29 ± 1.12 ครั้งต่อเดือน จำนวนครั้งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1.24 ± 0.98 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็น 2.51 ± 1.38 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งที่ครอบครัวรายงานปัญหาทันทีเพิ่มขึ้นจาก 1.02 ± 0.75 ครั้ง เป็น 2.13 ± 1.08 ครั้ง จำนวนครั้งที่จัดประชาคมหมู่บ้านเพิ่มขึ้นจาก 0.47 ± 0.50 ครั้ง เป็น 1.71 ± 1.06 ครั้ง และอัตราการร่วมประชุมของทั้ง 4 ฝ่ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.31 ± 13.07 เป็นร้อยละ 80.91 ± 11.40

2. ผลการทดสอบความแตกต่างของระหว่างกลุ่มก่อนใช้ระบบและกลุ่มหลังใช้ระบบ ผลการทดสอบความแตกต่างของระหว่างกลุ่มก่อนใช้ระบบและกลุ่มหลังใช้ระบบด้วยสถิติ Independent Sample t-test พบว่าตัวแปรต่อเนื่องทั้ง 18 ตัวชี้วัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวชี้วัดด้านการรักษาวัณโรค ได้แก่ อัตราการกินยาต่อเนื่องครบถ้วน จำนวนวันขาดยาสะสม จำนวนครั้งขาดนัด อัตราการขาดนัด ผลเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ อัตราความสำเร็จการรักษา อัตราการพัฒนาสู่ Pre XDR-TB/XDR-TB จำนวนผู้สัมผัสที่ได้รับการคัดกรอง และจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในผู้สัมผัส ล้วนมีค่า t ในช่วง 3.80–10.89 ($p<0.001$ ถึง $p=0.0003$) ตัวชี้วัดด้านการใช้สารเสพติดทั้ง 5 ตัวมีค่า t ในช่วง 3.33–10.26 ($p\leq0.001$) และตัวชี้วัดด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้ง 5 ตัวมีค่า t ในช่วง 5.03–12.22 ($p<0.001$)

3. ผลการทดสอบน้ำหนักตัวผู้ป่วย จากการทดสอบด้วย χ^2 พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ขึ้นไป พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเพิ่มจากร้อยละ 31.11 (14 ใน 45 ราย) ในกลุ่มก่อนใช้ระบบ เป็นร้อยละ 68.89 (31 ใน 45 ราย) ในกลุ่มหลังใช้ระบบ (χ^2 = 11.38, df=1, p = 0.0007) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการใช้ระบบกงไกรลาศ MODEL มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

4. การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสวัณโรคในครอบครัวครบถ้วน จากข้อมูลจผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน 45 ราย พบว่าก่อนใช้ระบบมีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสวัณโรคในครอบครัวครบถ้วน จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.78 และเพิ่มขึ้นเป็น 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.44 ภายหลังการใช้ระบบ เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงรายบุคคลพบว่าผู้ป่วย 15 ราย ได้รับการคัดกรองครบถ้วนทั้งก่อน

และหลัง และ 5 ราย ไม่ครบถ้วนทั้งสองช่วงเวลา ขณะที่มีผู้ป่วยถึง 23 ราย ที่เปลี่ยนสถานะจาก "ไม่ครบถ้วน" เป็น "ครบถ้วน" หลังการใช้ระบบ เทียบกับเพียง 2 ราย

5. ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ขึ้นไป ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม จากข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน 45 ราย ที่ถูกติดตามทั้งก่อนและหลังการใช้ระบบกงไกรลาศ MODEL พบว่าก่อนใช้ระบบมีผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ขึ้นไป จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.11 และเพิ่มขึ้นเป็น 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.11 ภายหลังการใช้ระบบ เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงรายบุคคลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ 11 ราย ยังคงเข้าเกณฑ์ทั้งก่อนและหลัง และ 10 ราย ยังคงไม่เข้าเกณฑ์ทั้งสองช่วงเวลา ขณะที่มีผู้ป่วยถึง 21 ราย ที่เปลี่ยนสถานะจาก "ไม่เข้าเกณฑ์" เป็น "เข้าเกณฑ์" หลังการใช้ระบบ เทียบกับเพียง 3 ราย จากการทดสอบทางสถิติด้วย McNemar test พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 12.04, p = 0.0005)

6. ผลการทดสอบการตอบถูกรายข้อความรู้เกี่ยวกับกงไกรลาศ MODEL ก่อนและหลังการใช้ระบบในกลุมบุคลากรและภาคีเครือข่าย ผลการทดสอบการตอบถูกรายข้อความรู้เกี่ยวกับกงไกรลาศ MODEL ก่อนและหลังการใช้ระบบในกลุมบุคลากรและภาคีเครือข่าย พบว่าข้อที่มีสัดส่วนผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือข้อ 15 (ขาดยาเกิน 7 วันถือเป็นระดับสีส้ม) และข้อ 3 (ระยะเวลารักษา MDR-TB 12–15 เดือน) ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 45.83 และร้อยละ 41.67 ตามลำดับ รองลงมาคือข้อ 11 (ครอบครัวไม่มีบทบาทในระบบ) และข้อ 9 (7 กิจกรรมหลัก) ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 41.67 และร้อยละ 37.50 ตามลำดับ ในขณะที่ข้อ 7 (Amphetamine Withdrawal ทำให้ปฏิเสธการรักษาได้) มีสัดส่วนผู้ตอบถูกคงเดิมที่ร้อยละ 75.00 ทั้งก่อนและหลัง และข้อ 1 (นิยาม MDR-TB) เป็นข้อเดียวที่มีสัดส่วนผู้ตอบถูกลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 79.17 เหลือร้อยละ 75.00 โดยรวมแล้วข้อ 3 และข้อ 9 มีผู้ตอบถูกครบทุกคน ร้อยละ 100.00 ภายหลังการใช้ระบบ

7. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกงไกรลาศ MODEL รายข้อ ก่อน-หลังการใช้ระบบ เมื่อพิจารณาความรู้เป็นรายข้อทั้ง 15 ข้อของบุคลากรและภาคีเครือข่าย 24 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบกงไกรลาศ MODEL พบว่าสัดส่วนผู้ตอบถูกเพิ่มขึ้นในทุกข้อยกเว้น 2 ข้อที่คงเดิม ในหมวดที่ 1 ความรู้เรื่อง MDR-TB และ XDR-TB ข้อ 1 (MDR-TB ดื้อต่อยา Isoniazid และ Rifampicin) มีผู้ตอบถูกลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 79.17 เป็นร้อยละ 75.00 ข้อ 2 (ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเสี่ยงสูงต่อ Pre XDR-TB) เพิ่มจากร้อยละ 66.67 เป็นร้อยละ 91.67 ข้อ 3 (ระยะเวลารักษา MDR-TB 12–15 เดือน) เพิ่มจากร้อยละ 58.33 เป็นร้อยละ 100.00 และข้อ 4 (อัตราความสำเร็จการรักษา MDR-TB ทั่วโลกสูงกว่าร้อยละ 80.00 ซึ่งเป็นข้อที่ต้องตอบ "ไม่ใช่") เพิ่มจากร้อยละ 54.17 เป็นร้อยละ 87.50 ในหมวดที่ 2 ความรู้เรื่องการรักษาและ DOT/VOT ข้อ 5 (DOT คือการกินยาเองที่บ้านโดยไม่มีผู้กำกับ ซึ่งต้องตอบ "ไม่ใช่") เพิ่มจากร้อยละ 54.17 เป็นร้อยละ 79.17 ข้อ 6 (VOT คือการติดตามผ่านวิดีโอ) เพิ่มจากร้อยละ 66.67 เป็นร้อยละ 91.67 ข้อ 7 (Amphetamine Withdrawal ทำให้ปฏิเสธการรักษาได้) คงเดิมที่ร้อยละ 75.00 ทั้งก่อนและหลัง และข้อ 8 (ยา LAI ช่วยลดอาการถอนยา) เพิ่มจากร้อยละ 58.33 เป็นร้อยละ 87.50 ในหมวดที่ 3 ความรู้เรื่องกงไกรลาศ MODEL ข้อ 9 (มี 7 กิจกรรมหลัก) เพิ่มจากร้อยละ 62.50 เป็นร้อยละ 100.00 ข้อ 10 (ไกรลาศ HERO มีนายอำเภอเป็นประธาน) เพิ่มจากร้อยละ 58.33 เป็นร้อยละ 95.83 ข้อ 11 (ครอบครัวไม่มีบทบาท ซึ่งต้องตอบ "ไม่ใช่") เพิ่มขึ้นมากที่สุดในหมวดนี้จากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 91.67 และข้อ 12 (การประชาคมหมู่บ้านลดการตีตรา) เพิ่มจากร้อยละ 83.33 เป็นร้อยละ 91.67 และในหมวดที่ 4 ความรู้

เรื่องกฎหมายและมาตรการ ข้อ 13 (พ.ร.บ. โรคติดต่อ มาตรา 34) เพิ่มจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 95.83 ข้อ 14 (ผู้สัมผัสร่วมบ้านควรคัดกรองด้วย CXR และตรวจเสมหะ) เพิ่มจากร้อยละ 58.33 เป็นร้อยละ 83.33 และข้อ 15 (ขาดยาเกิน 7 วันถือเป็นระดับสีส้ม) เพิ่มขึ้นมากที่สุดในภาพรวมจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 95.83 เมื่อสรุปเป็นคะแนนรวมรายหมวดพบว่าทุกหมวดมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก คะแนนความรู้รวมทั้ง 15 ข้อ ที่เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 9.50 คะแนน (S.D.=1.62) อยู่ในระดับปานกลาง เป็น 13.42 คะแนน (S.D.=1.38) อยู่ในระดับมาก

8. **ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้** ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของบุคลากรและภาคีเครือข่าย จำนวน 24 คน ที่วัดซ้ำในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังการใช้ระบบกงไกรลาศ MODEL ด้วยสถิติ Paired Sample t-test พบว่าคะแนนความรู้เรื่องกงไกรลาศ MODEL เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 9.50 ± 1.62 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 63.33 อยู่ในระดับปานกลาง) เป็น 13.42 ± 1.38 คะแนน (คิดเป็นร้อยละ 89.44 อยู่ในระดับมาก) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.78$, $p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ใช้สารเสพติดและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาที่พบครอบคลุม 5 ด้านหลัก สะท้อนความซับซ้อนของปัญหาที่เกิดจากการซ้อนทับกันระหว่างโรคติดเชื้อเรื้อรังกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสารเสพติด สอดคล้องกับข้อค้นพบของนพดล พิมพ์จันทร์[6] ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในชุมชนมักประสบปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานบริการและชุมชนที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรากฐานเดียวกับปัญหาด้านระบบบริการสาธารณสุขและการติดตามการรักษาที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ขณะเดียวกันปัญหาด้านพฤติกรรมผู้ป่วยและการใช้สารเสพติดที่พบยังสอดคล้องกับ Bergman และคณะ[7] ที่ชี้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับการคงอยู่ในระบบการรักษายังมีความไม่แน่นอนสูง เนื่องจากปัจจัยแทรกซ้อนด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ทับซ้อนกันอยู่ ทำให้ปัญหาไม่สามารถแก้ไขด้วยมาตรการทางคลินิกเพียงลำพัง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจบริบทพื้นที่อย่างรอบด้าน ด้านฝ่ายปกครองและมาตรการทางกฎหมายที่พบเป็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ที่มีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับแนวคิดของ Harrison และคณะ[8] ที่ระบุว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีภาวะติดสุราหรือสารเสพติดร่วมมักถูกส่งตัวเข้ารับการควบคุมแบบไม่สมัครใจเมื่อการดูแลตามปกติไม่เพียงพอ ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นที่ฝ่ายปกครองต้องมีบทบาทร่วมกับฝ่ายสาธารณสุขอย่างเป็นระบบมากกว่าการดำเนินการเฉพาะกิจ ส่วนปัญหาด้านชุมชนและภาคีเครือข่ายที่ยังขาดความเข้มแข็งสอดคล้องกับอานนท์ ถุงแก้วหงส์ และคณะ[9] ที่พบว่าการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพสารเสพติดจะไม่ประสบผลสำเร็จหากขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในรูปแบบผู้ดูแลช่วยเหลือเพื่อน ท้ายที่สุดปัญหาด้านครอบครัวและการดูแลในบ้านที่พบยืนยันแนวคิดของ Kale และคณะ[10] ว่าความต่อเนื่องในการรักษาวัณโรคเป็นกระบวนการเชิงพฤติกรรมที่ฝังรากอยู่ในบริบททางวัฒนธรรมและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย มิใช่เพียงเรื่องความรู้ทางการแพทย์ ข้อค้นพบทั้ง 5 ด้านจึงชี้ให้เห็นว่าปัญหาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นระบบนิเวศที่เกี่ยวโยงกันหลายภาคส่วน การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือข้ามภาคส่วนอย่างแท้จริง มากกว่าการปรับปรุงงานเฉพาะจุดของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเพียงลำพัง

การพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการด้วยกงไกรลาศ MODEL การพัฒนาระบบผ่าน

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 วงรอบ ทำให้เกิดโครงสร้างความร่วมมือ 4 ฝ่ายที่มีความชัดเจนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามหลักการของ Kemmis และ McTaggart[5] ที่ระบุว่าการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในแต่ละวงรอบจะนำไปสู่การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับสาลินี ไวยนนท์ และคณะ[11] ที่พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมวัณโรคจังหวัดขอนแก่นด้วยองค์ประกอบด้านโครงสร้าง ศักยภาพเครือข่ายการมีส่วนร่วม และการติดตามประเมินผล ซึ่งมีทิศทางเดียวกับโครงสร้างของกงไกรลาศ MODEL ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ การนำเทคโนโลยีการกำกับการกินยาแบบ DOT/VOT ร่วมกับระบบรายงานผ่านแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในระบบที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Santosa และคณะ[12] ที่พบว่าเทคโนโลยีการกำกับการกินยาแบบดิจิทัลมีประสิทธิผลเหนือกว่าการกำกับแบบสังเกตโดยตรงแบบดั้งเดิมอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในบริบทที่บุคลากรมีข้อจำกัดด้านเวลาในการลงพื้นที่ทุกวัน การบูรณาการเทคโนโลยีเข้ากับกลไกความร่วมมือของมนุษย์จึงเป็นจุดแข็งสำคัญของระบบที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้การออกแบบกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านยังสอดคล้องกับอมรรัตน์ วิริยะประสพโชค และคณะ[13] ที่ยืนยันว่าการเยี่ยมบ้านอย่างทันเวลาและครอบคลุมเป็นกลไกสำคัญของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ในมิติของการบูรณาการการดูแลด้านจิตสังคมเข้ากับการรักษาวัณโรค ผลการพัฒนาระบบสอดคล้องกับข้อเสนอของ Poddar และคณะ[14] ที่ระบุว่าการสร้างความตระหนักในทีมผู้ให้บริการวัณโรคเกี่ยวกับปัญหาที่ซ้อนทับ ร่วมกับการใช้ผู้มีประสบการณ์ตรงในชุมชนเป็นผู้ถ่ายทอดและสนับสนุน เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบบูรณาการที่ยั่งยืน การที่ระบบที่พัฒนาขึ้นให้ความสำคัญกับบทบาทของฝ่ายปกครองในการประสานการบังคับบำบัดสารเสพติด จึงเป็นการเติมเต็มช่องว่างที่งานวิจัยก่อนหน้ายังไม่ได้ให้น้ำหนักมากนัก และเป็นจุดเด่นเฉพาะของบริบทพื้นที่อำเภอกงไกรลาศ

ผลการใช้ระบบการดูแลแบบบูรณาการด้วยกงไกรลาศ MODEL ผลการประเมินที่พบว่าตัวชี้วัดด้านการรักษาวัณโรค การใช้สารเสพติด และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ยืนยันแนวคิดการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับทีมสหวิชาชีพของ Harrison และคณะ[8] ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีภาวะติดสุราสามารถบรรลุความต่อเนื่องในการรักษาในระดับดีได้ หากได้รับการดูแลแบบบูรณาการที่มีทั้งมิติทางคลินิกและมิติทางสังคมควบคู่กัน แม้จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ตามธรรมชาติของโรคก็ตาม ผลลัพธ์ดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าการบูรณาการความร่วมมือ 4 ฝ่ายสามารถชดเชยข้อจำกัดของระบบบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการเพียงลำพังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านความรู้และทัศนคติของบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีทิศทางเดียวกับเชาวฤทธิ์ บุญลี[15] ที่พบว่าการอบรมและมอบหมายบทบาทที่ชัดเจนแก่ผู้ดูแลในชุมชนส่งผลให้คะแนนความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน สะท้อนว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควบคู่กับการมอบบทบาทที่ชัดเจนเป็นกลไกร่วมที่ทำให้ระบบบูรณาการหลายพื้นที่ประสบผลสำเร็จในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับสาลินี ไวยนนท์ และคณะ[11] ที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมก่อนและหลังพัฒนารูปแบบเช่นกันอย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของอมรรัตน์ วิริยะประสพโชค และคณะ[13] ที่พบว่าตัวชี้วัดด้านอัตราการเสียชีวิตและการขาดการรักษาแม้มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะเวลาการศึกษาที่จำกัด ชี้ให้เห็นความสำคัญของระยะเวลาติดตามที่เพียงพอต่อการยืนยันผลลัพธ์ระยะยาว การที่การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการต่อเนื่องถึง 3 วงรอบ

ตลอดระยะเวลา 24 เดือน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวชี้วัดหลายด้านได้ครบถ้วนกว่าการศึกษาระยะสั้น และยืนยันว่าระบบบูรณาการที่ผ่านการปรับปรุงซ้ำหลายวงรอบมีความยั่งยืนและมีศักยภาพในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาระบบกงไกรลาศ MODEL ให้เน้นกลไกที่เป็นรูปธรรมและมีโครงสร้างถาวรมากยิ่งขึ้น โดยปรับคู่มือปฏิบัติงานและ 7 กิจกรรมหลักให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นของแต่ละพื้นที่ และเลือกใช้เทคโนโลยีที่บุคลากรและครอบครัวผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย

2. ควรมีการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายทั้ง 4 ฝ่ายอย่างต่อเนื่องทุกวงรอบ โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ MDR-TB การใช้สารเสพติด และการใช้ระบบ DOT/VOT อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกลุ่มฝ่ายปกครอง ชุมชน และครอบครัวที่ควรได้รับการเสริมสร้างความรู้เพิ่มเติมให้ทัดเทียมกับฝ่ายสาธารณสุข

3. ควรมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นทางการ โดยจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนความร่วมมือระดับตำบลและอำเภอ พร้อมสร้างกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาล ฝ่ายปกครอง ตำรวจ และหน่วยงานบำบัดยาเสพติด เพื่อให้การใช้มาตรการทางกฎหมายและการบังคับบำบัดเป็นไปอย่างเหมาะสมและทันเวลา

4. ควรจัดตั้งระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเกินกว่า 24 เดือน โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนตามแบบเก็บข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ และสามารถวัดผลได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์การรักษาวัณโรค

5. ควรสร้างกลไกการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยให้ความรู้และฝึกอบรมสมาชิกครอบครัวและผู้นำชุมชนให้สามารถกำกับการกินยาและจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างถูกต้อง

6. ควรพัฒนาระบบการรายงานและแจ้งเตือนที่มีประสิทธิภาพผ่านระบบ Line กลุ่มและมาตรการระดับสี เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของทั้ง 4 ฝ่ายได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

7. ควรถ่ายโอนความรับผิดชอบการดำเนินระบบให้หน่วยงานในพื้นที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างเป็นทางการภายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัย เพื่อให้กงไกรลาศ MODEL เป็นระบบที่ยั่งยืนและสามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจตลอดระยะเวลา 24 เดือน บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายทั้ง 4 ฝ่ายที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 วงรอบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกงไกรลาศที่ให้การสนับสนุน และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและประเมินความเหมาะสมของระบบที่พัฒนาขึ้น รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). Global tuberculosis report 2024.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี. (2566). รายงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ด้านวัณโรค ปีงบประมาณ 2566.
3. คลินิกวัณโรค. 2567. สถานการณ์วัณโรค. โรงพยาบาลกงไกรลาศ

4. World Health Organization. (2024). Global tuberculosis report 2024.
5. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research planner (3rd ed.). Deakin University Press
6. นพดล พิมพ์จันทร์. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษา อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(4), 355–364.
7. Bergman, A. J., Di Giacomo, E., Leonard, A., Jung, I., & Heysell, S. K. (2026). Illicit substance use and its impact on tuberculosis care engagement: A systematic review and Meta-analysis of prevalence. Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases, 44, 100620.
8. Harrison, R. E., Shyleika, V., Vishneuski, R., Leonovich, O., Vetushko, D., Skrahina, A., Mar, H. T., Garsevanidze, E., Falkenstein, C., Sayakci, Ö., Martin, A. I. C., Tan, C., Sitali, N., Viney, K., Lonnroth, K., Stringer, B., Ariti, C., & Sinha, A. (2024). Supporting multidrug-resistant or rifampicin-resistant TB treatment adherence in people with harmful use of alcohol through person-centred care. International Health, 17(3), 313–323.
9. อานนท์ ถุงแก้วหงส์, จตุพร เหลืองอุบล, และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการขาดนัดของผู้เสพยาเสพติดกลุ่มเมทแอมเฟตามีน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(4), 19.
10. Kale, E. D., Nursalam, N., Makhfudli, M., Polsook, R., & Juanamasta, I. G. (2026). Culturally responsive counseling and tuberculosis treatment adherence: Development and validation of an integrated model. Nursing Reports, 16(6), 190.
11. สาลินี ไวยนนท์, อดิเรก เร่งมานะวงษ์, และเอ็มวิกา แสงชาติ. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(3), e270935.
12. Santosa, A., Juniarti, N., Pahria, T., & Susanti, R. D. (2025). Digital adherence technology to improve medication adherence in tuberculosis patients: A systematic review and meta-analysis randomized control trials. npj Primary Care Respiratory Medicine, 35, 52.
13. อมรรัตน์ วิริยะประสพโชค, พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์, ภมรศรี อินทร์ชน, สิริมาดา สุขสวัสดิ์, และนิศานาถ ใจบุญเรือง. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร, 17(2), 109–121.
14. Poddar, M., Nalavade, M. T., Suryavanshi, N., Golub, J. E., Bass, J., & Kemp, C. G. (2026). Designing integrated care models for mental health and tuberculosis in Pune, India: A formative qualitative study of patient, caregiver and provider perspectives. Cambridge Prisms: Global Mental Health.
15. เชาวฤทธิ์ บุญลี. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(4), 49–59.

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Development of a Health Literacy Promotion Model for At-Risk Individuals to Prevent Diabetes and Hypertension, Ban Thung Ko Sub-district Health Promotion Hospital, Bo Nok Sub-district, Mueang District, Prachuap Khiri Khan Province.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ดรุณี พิชิตชัยวัฒนกุล[1]
Darunee Pichitchaivattanakul[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design)นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความตระหนัก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม/ทักษะ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ และ 2) พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ 30–59 ปี จำนวน 34 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) และแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงที่สุด จาก 41.88 (SD=7.67) เป็น 48.00 (SD=4.43) (t=-7.661, p < .001) โดยสัดส่วนภาพรวมเพิ่มจากระดับดี (ร้อยละ 74.51) เป็นระดับดีมาก (ร้อยละ 80.00) ด้านความตระหนักด้านสุขภาพ (t=-2.318, p = .027) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (t=-2.523, p = .017) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน สู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 82.16 และ 80.00 ตามลำดับ) ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม/ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แม้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติเนื่องจากฐานคะแนนเดิมสูง แต่พบพัฒนาการเด่นชัดในทักษะการออกกำลังกายและแรงสนับสนุนจากครอบครัว

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This Quasi-Experimental Research by One-Group Pretest-Posttest Design aimed to: 1) assess health awareness, health literacy, environmental/essential skills, social support, and health behaviors; and 2) develop and evaluate a health literacy enhancement model (Ban Thung Ko Model: 3S 4A) for diabetes and hypertension prevention. A purposive sample of 34 at-risk individuals aged 30–59 years participated in the 12-week program. Data were collected pre- and post-intervention using structured questionnaires and analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results showed that after participating in the program, the mean health behavior score increased significantly from 41.88 (SD=7.67) to 48.00 (SD=4.43) (t=-7.661, p < .001), elevating the overall level from Good (74.51%) to Very Good (80.00%). Health awareness (t=-2.318, p = .027) and health literacy (t=-2.523, p = .017) also showed statistically significant increases to Very Good levels (82.16% and 80.00%, respectively). Environmental skills and social support scores improved slightly without statistical significance due to high baseline scores, but marked improvements were observed in exercise skills and family support.

Keywords: Health Literacy, Diabetes and Hypertension, At-Risk Population

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาวะ ผลิตภาพการทำงาน และความยั่งยืนทางการคลังของระบบสาธารณสุข[1] จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 17 ล้านคน ซึ่งเกิดขึ้นในประเทศรายได้น้อยและปานกลางสูงถึงร้อยละ 86 สำหรับประเทศไทย ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 91 เกิดจากค่าใช้จ่ายแฝงของการสูญเสียกำลังผลิตภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1,2,3]

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารรสจัด โดยเฉพาะโซเดียมที่สูงเกินมาตรฐานของคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกถึงเกือบเท่าตัว การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์[1,4] การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้นับเป็นกลไกหลักในการป้องกันและควบคุมโรค โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นตัวกำหนดสำคัญ[5] สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[6] ทั้งนี้ ปัจจุบันพบว่าประชากรไทยยังมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น[7] จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนายกระดับอย่างเป็นระบบ และเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เป้าหมายย่อยที่ 3.4.1 และแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570) ที่มุ่งลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[1,8] การขับเคลื่อนงานในระดับปฐมภูมิ ผ่านระบบการจัดการสุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจำต้องอาศัยกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาบริการสุขภาพเน้นการป้องกันเชิงรุก[9,10] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีโครงสร้าง และกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน สมบูรณ์ และสอดคล้องกับบริบทชุมชน จึงเป็นกลวิธีสำคัญในการสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน[5]

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์" โดยผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางเชิงประจักษ์สำหรับสถานบริการ ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อลดภาระโรค และส่งเสริมสุขภาวะที่ยั่งยืนของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาระดับความตระหนักด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ประกอบด้วย กระบวนการ 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ บริบทและต้นทุนเดิม ได้แก่ สถานะสุขภาพ ระดับความตระหนักด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก โดยใช้แบบสอบถามก่อนการทดลอง ตามโครงสร้างที่ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น ครอบคลุมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสะท้อนโจทย์ปัญหาและจุดขาดที่ต้องนำไปแก้ไขในระยะถัดไป

ระยะที่ 2 การพัฒนาร่าง รูปแบบและชุดนวัตกรรม/ กิจกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ กองสุขศึกษา[3,9,10] โดยการนำผลวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาบูรณาการเข้ากับกรอบแนวคิด ซึ่งเน้นกระบวนการ เข้าถึง เข้าใจข้อมูล ซักถามประเมินความน่าเชื่อถือ และนำไปประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยองค์ประกอบของรูปแบบฯที่ดำเนินการนี้ ประกอบด้วย โครงสร้างกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะอ่านฉลากโภชนาการ การฝึกนับคาร์โบไฮเดรตและโซเดียม การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน การจัดทำคู่มือ/ นวัตกรรมสื่อสนับสนุน คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มเสี่ยง สมุดบันทึกสุขภาพตนเอง และสื่อดิจิทัล/ แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มในการแจ้งเตือนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งกลไกสนับสนุนทางสังคม การสร้างระบบเพื่อนช่วยเพื่อน และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชี่ยวชาญโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการเยี่ยมบ้านและติดตามผล

ระยะที่ 3 การตรวจสอบ ประเมินความเหมาะสม และพัฒนารูปแบบ ความเป็นไปได้ และปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์เชิงวิชาการ และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ก่อนนำไปทดลองใช้จริง มีกระบวนการดำเนินงาน การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยนำร่างรูปแบบฯ และนวัตกรรมสื่อ/คู่มือ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และด้าน Health Literacy และอาจารย์ผู้ชำนาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของกิจกรรม มีการจัดสนทนากลุ่ม เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.), ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), และตัวแทนกลุ่มเสี่ยง เพื่อปรับปรุงกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม มีการทดลองใช้เครื่องมือ และนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (นอกพื้นที่ศึกษา) จำนวน 10 –15 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ ระยะเวลาที่ใช้ และปรับภาษาในสื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น หลังจากนั้นจึงจัดทำรูปแบบฯ ฉบับสมบูรณ์ สรุปและปรับปรุง จนได้รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่พร้อมนำไปทดลองจริง

ระยะที่ 4 การทดลองใช้ และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ นำรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบในระยะที่ 3 ไปปฏิบัติจริงกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยง ตามระยะเวลาที่กำหนด 12 สัปดาห์ โดยมีการติดตามและสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องโดยทีม รพ.สต. และ อสม. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

ร่วมกับการตรวจประเมินสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและค่าตัวชี้วัดทางกายภาพก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง อายุ 30 - 59 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโก ตำบลบ่อนอก อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 280 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power จำนวนตัวอย่าง 34 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เป็นประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง อายุ 30 – 59 ปี สามารถเข้าใจและสื่อสารด้วยภาษาไทย มีสมาร์ทโฟนและสามารถในการใช้สมาร์ทโฟนตั้งแต่ขั้นพื้นฐานขึ้นไป มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพของ ประชาชน ซึ่งประกอบด้วย

ตอนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ เป็นคำถามแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเมินจากการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเองตามระดับความเป็นจริง แบ่งเป็น 5 ระดับ (ปฏิบัติทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติ) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 ความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ประเมินจากการรับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ประโยชน์และอุปสรรคด้านสุขภาพของตนเองตามระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 4 การจัดสภาพแวดล้อม และทักษะที่จำเป็นในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบ้าง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประเมินการปฏิบัติตามหลัก 3 อ. 2 ส. โดยตอบตามการปฏิบัติในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ประเมินความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์ (6-7วัน/ สัปดาห์, 4-5 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 1-2 วัน/สัปดาห์ และแทบไม่ได้ปฏิบัติ) โดยมีระดับคะแนนด้านบวก 5 – 1 และระดับคะแนนข้อด้านลบ ระดับคะแนน 1 – 5 จำนวน 12 ข้อ

2. รูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง (Ban Thung Ko Model: 3S 4A) เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานบูรณาการกลไก 3S เข้ากับกระบวนการเรียนรู้ 4A ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนากลไกหนุนเสริมสิ่งแวดล้อมและสังคม (3S Framework)

- S1 (Site Support) พัฒนาพื้นที่ชุมชนโดยจัดตั้งมุมสุขภาพประจำหมู่บ้าน พร้อมอุปกรณ์ตรวจประเมินสุขภาพเบื้องต้น และประสานร้านค้าชุมชนเพื่อจัดทำสัญลักษณ์เมนูชูสุขภาพลดเสี่ยง

- S2 (Social Support) อบรมจัดตั้ง อสม. แกนนำประจำกลุ่มชุมชน และส่งเสริมระบบคู่หูสุขภาพในครอบครัว (Family Buddy) เพื่อสร้างแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และคำชมเชย

- S3 (System Support) วางระบบเฝ้าระวังโดยจัดทำสมุดบันทึกพิชิตตัวเลข (จำแนกตามแถบสีเขียว-เหลือง-ส้ม) และกำหนดปฏิทินเยี่ยมบ้านติดตามผลทุก 2 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 การพัฒนากิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 สัปดาห์ (4A Literacy Intervention)

- สัปดาห์ที่ 1 (Access) กิจกรรมรู้ช่องทางเข้าถึงสื่อชัวร์ ฝึกค้นหาข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงที่ถูกต้อง

- สัปดาห์ที่ 2 (Understand & Appraise) กิจกรรมอ่านฉลากเป็น เท่าทันสื่อหลอก ฝึกอ่านฉลากโภชนาการโซเดียม/ น้ำตาลแฝง และคัดกรองข่าวปลอม

- สัปดาห์ที่ 3 (Apply/Self-management) กิจกรรม จานสเกล 2:1:1 พิชิต NCDs ฝึกตวงสัดส่วนอาหารจริง ปรุงอาหาร Plant-based และจัดเวลาขยับกาย/ ออกกำลังกาย

- สัปดาห์ที่ 4 (Advocate/ Communication) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สื่อสารบอกต่อ ฝึกการถ่ายทอดความรู้แก่ครอบครัวและเพื่อนบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเชิงอนุมานเพื่อสรุปอ้างอิงผลจากกลุ่มตัวอย่างไปยังประชากร ได้แก่ การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2568 ถึง เดือน กันยายน 2569

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 114/2568 เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.59 เพศชาย ร้อยละ 29.41 อายุ 50 -59 ปี ร้อยละ 55.88 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 26.47 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.29 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.59 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 47.06 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.35 โดยก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความตระหนักด้านสุขภาพในภาพรวม ร้อยละ 77.45 และหลังการทดลอง คะแนนความตระหนักด้านสุขภาพในภาพรวมเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 82.16 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ระดับความตระหนักด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกข้อ โดยข้อที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ การคิดว่าการลดการกินอาหารหวาน มัน และเค็ม เป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพ คะแนนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.82 เป็นร้อยละ 86.47 รองลงมา คือ การรู้สึกว่าพฤติกรรมการกินอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งผลเสียต่อสุขภาพในอนาคต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.88 เป็นร้อยละ 83.53 และ ความพยายามสังเกตและควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเอง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.53 เป็นร้อยละ 81.18

ด้านระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมร้อยละ 76.59 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 80.00 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายข้อเพิ่มขึ้นทุกข้อ ได้แก่ ความสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แอปฯ, เว็บไซต์หมอ, อสม. การเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 77.65 เป็น ร้อยละ 81.18 และการเข้าใจข้อมูลสุขภาพหรือฉลากโภชนาการ (หวาน มัน เค็ม) ที่ได้รับอย่างชัดเจน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 77.06 เป็น 78.24 และความสามารถแยกแยะได้ว่า ข้อมูลสุขภาพในสื่อต่าง ๆ เรื่องใดน่าเชื่อถือหรือเรื่องใดโฆษณาเกินจริง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 77.65 เป็น 81.76

ด้านการจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น คะแนนเฉลี่ยรวม ร้อยละ 66.82 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 70.35 การวิเคราะห์จำแนกรายข้อ พบข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ได้แก่ ทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด จากร้อยละ 64.71 เป็นร้อยละ 72.35 รองลงมาคือ การเข้าถึงพื้นที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัยได้สะดวก มีการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 65.88 เป็นร้อยละ 70.00 และ การมีอุปกรณ์สำหรับตรวจสุขภาพเบื้องต้นอย่างเพียงพอ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.65 เป็นร้อยละ 60.59

ด้านการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากจาก ร้อยละ 75.41 เป็น ร้อยละ 77.18 การวิเคราะห์รายข้อ พบว่า การสนับสนุนและกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด จากร้อยละ 77.65 เป็นร้อยละ 81.76 รองลงมาคือ การได้รับคำแนะนำและกำลังใจจาก อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.41 เป็นร้อยละ 80.59 และการได้รับคำชมเชยเมื่อควบคุมค่าน้ำตาล/ ความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.53 เป็นร้อยละ 74.12

ด้านระดับพฤติกรรมสุขภาพภาพรวม คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ร้อยละ 74.51 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80.00 เมื่อจำแนกตามกลุ่มพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างนี้มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง คือการไม่ดื่มแอลกอฮอล์จนมึนเมา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.12 เป็นร้อยละ 99.41 รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 84.71 เป็นร้อยละ 98.24 และการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.29

การเปรียบเทียบผลการทดลอง พบว่า ด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงที่สุด จาก 41.88 เป็น 48.00 ค่า S.D. ลดลงจาก 7.67 เหลือ 4.43 ผลทางสถิติ t = -7.661, P = .000 ($p < .001$) ส่วนความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.06 เป็น 24.65 (t = -2.318, P = .027) ด้านความรอบรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 19.15 เป็น 20.00 (t = -2.523, P = .017) ผลทางสถิติ ทั้งสองด้านมีค่า P-value < .05 ส่วนการจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 17.59 เป็น 18.00 (t = -1.521, P = .138) และด้านการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 19.29 เป็น 19.79 (t = -1.654, P = .108) ผลทางสถิติ ทั้งสองด้านมีค่า P-value > .05

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.59 เพศชาย ร้อยละ 29.41 ส่วนใหญ่ อายุ 50 -59 ปี ร้อยละ 55.88 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 26.47 สอดคล้องกับการศึกษาในบริบทสังคมไทย พบเพศหญิงมักมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ที่มักทำหน้าที่จัดเตรียมอาหารและดูแลความเป็นอยู่ของครัวเรือน การยกระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มสตรี จึงส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินของสมาชิกในครอบครัวด้วย โดยเป็นวัยกลางคนถึงวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงชีวิตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากเริ่มมีความเสื่อมถอยทางชีววิทยาของร่างกาย ร่วมกับการสะสมพฤติกรรมเสี่ยงมาเป็นเวลานาน การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มอายุนี้ นับเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ตรงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชะลอการเกิดโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน[11,12] ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.29 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.59 สะท้อนถึงความจำเป็นในการออกแบบ

กระบวนการเรียนรู้ที่ไม่เน้นการบรรยายเชิงทฤษฎีที่ซับซ้อน แต่เน้นการใช้อุปกรณ์ช่วยมองเห็น สื่อรูปธรรม และการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam & Lloyd[13] และขวัญเมือง แก้วดำเกิง[14] ที่ระบุว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน อาจมีข้อจำกัดด้านการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่เป็นทางการ ดังนั้นการนำนวัตกรรมจานสเกล 2:1:1 และเครื่องมือสื่อสารเชิงรูปธรรม ตามความหลากหลายแนวคิดมาพัฒนาใช้ในโปรแกรมฯ จึงช่วยลดภาระทางความคิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติตามได้ง่าย โดยไม่ถูกจำกัดด้วยระดับการศึกษา[7,15,16] กลุ่มตัวอย่างมีการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.06 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.35 ลักษณะงานเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป มักมีการใช้แรงงานหนักในบางช่วงเวลา แต่มักประสบปัญหาเรื่องเวลาที่ไม่แน่นอน และแบบแผนการบริโภคอาหารที่เน้นความสะดวกรวดเร็ว รสจัด (เค็ม/มัน/หวาน) เพื่อเสริมพลังงานในการทำงาน รวมถึงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงพื้นที่ออกกำลังกายที่เป็นกิจลักษณะ

การศึกษาระดับความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความตระหนักด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากระดับดีเป็นระดับดีมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการให้กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก ร่วมกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารเชิงรูปธรรม ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความตระหนักรู้และรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11,12] โดยความคิดว่าการลดการกินอาหารหวาน มัน และเค็ม เป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุดจากระดับดี เป็นระดับดีมาก และการรู้สึกว่าพฤติกรรมการกินอาหารหวาน มัน เค็ม ส่งผลเสียต่อสุขภาพในอนาคตมีระดับเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนมุมมองจากการปรับอาหารเป็นเรื่องยุ่งยากมาเป็นการตระหนักถึงผลกระทบระยะยาวในอนาคต สอดคล้องกับแนวคิดของ อังศินันท์ อินทรกำแหง[4] และ Nutbeam & Lloyd[13] ที่ระบุว่าการตระหนักถึงภัยเงียบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปกป้องตนเอง ส่วนด้านความพยายามสังเกตและควบคุมพฤติกรรมการกินของตนเอง และการที่คะแนนการสังเกตตนเองเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด อาจเป็นผลมาจากการนำนวัตกรรมจานอาหารสัดส่วน 2:1:1 และสมุดบันทึกสุขภาพมาใช้ใน สอดคล้องกับ แนวทางการปรับพฤติกรรมของ สมเกียรติ แสงวัฒนารัษฎ์[16] ซึ่งระบุว่าเครื่องมือช่วยจำ และอุปกรณ์เชิงรูปธรรมจะช่วยลดภาระทางความคิด ช่วยเตือนสติให้บุคคล เกิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมการกินของตนเองในชีวิตประจำวัน นำไปสู่ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เข้มแข็งขึ้น ประเด็นรองลงมา คือความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารให้ดีต่อสุขภาพมากขึ้น ความสามารถในการระบุประเภทอาหารที่มีรสหวาน มัน หรือเค็มสูง และการกินอาหารรสจืดและไม่ปรุงเพิ่มเป็นข้อที่มีคะแนนความตระหนักสูงตั้งแต่ก่อนทดลอง สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความตระหนักเรื่องการไม่ปรุงเพิ่มในระดับที่ดีอยู่แล้ว ซึ่งขวัญเมือง แก้วดำเกิง[16] อธิบายว่าการพัฒนาความตระหนักรู้ผ่านทักษะการแยกแยะข้อมูล จะเป็นฐานรองรับสำคัญในการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในมิติการประเมินและการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัย

ด้านระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับดีขึ้นไปสู่ระดับดีมาก สัดส่วนผู้มีระดับความรอบรู้ดีมากเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ลดลงจาก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[17] และ Sørensen et al.[18] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาและยกระดับขึ้นได้ ผ่านกระบวนการเรียนรู้และสื่อสารสุขภาพที่ออกแบบอย่างเหมาะสมกับบริบทของผู้เรียน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีโครงสร้างชัดเจนและการปฏิบัติจริง ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] โดยความสามารถค้นหาข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เช่น แอปฯ, เว็บไซต์หมอ, อสม. การค้นหาข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการมีคู่มือและกระบวนการทำงานร่วมกับ อสม. ช่วยเพิ่มช่องทางและเพิ่มทักษะของประชาชนในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้ง่ายขึ้น แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการบทบาทของ อสม. และช่องทางการสื่อสารในชุมชน ช่วยทลายอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพหรือฉลากโภชนาการ (หวาน มัน เค็ม) ที่ได้รับอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยที่ระบุว่าการมีผู้ช่วยเหลือหรือแกนนำสุขภาพในระดับชุมชน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมข้อมูล จะช่วยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือได้ง่ายขึ้น ความเข้าใจข้อมูลเป็นรากฐานสำคัญในการเปลี่ยนข้อมูลเชิงทฤษฎีให้เป็นทักษะพื้นฐานที่นำไปสู่การตัดสินใจด้านสุขภาพ[12,14] ส่วนความสามารถแยกแยะได้ว่าข้อมูลสุขภาพในสื่อต่าง ๆ เรื่องใดน่าเชื่อถือหรือเรื่องใดโฆษณาเกินจริง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่นจากระดับดี เป็นระดับดีมาก สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ของฐานเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 2 ที่เน้นการฝึกวิเคราะห์ และเท่าทันข่าวปลอม/ โฆษณาชวนเชื่อในโซเชียลมีเดียได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Nutbeam & Lloyd[13] ที่เน้นย้ำว่าทักษะการประเมิน เป็นขั้นสูงสุดของความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล ที่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเกิดภูมิคุ้มกันทางข้อมูล และไม่ตกเป็นเหยื่อของการหลงเชื่อ ส่วนการประยุกต์ใช้และการบอกต่อ โดยสามารถนำคำแนะนำ เรื่องการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มาปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือช่วยลงมือทำจริงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้และสามารถอธิบายวิธีการดูแลสุขภาพป้องกันโรคได้ แสดงถึงทักษะที่เพิ่มขึ้นในการสื่อสาร และถ่ายทอดความรู้ในการป้องกันโรคให้กับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับ แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยอุปกรณ์ช่วยมองเห็น ซึ่ง สมเกียรติ แสงวัฒนารัษฎ์[16] ระบุว่าอุปกรณ์เชิงรูปธรรมจะช่วยลดภาระทางความคิด ทำให้กลุ่มเสี่ยงแปลงความรู้ไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันและถ่ายทอดแก่คนในครอบครัวได้ง่ายและต่อเนื่องยิ่งขึ้น

การจัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็นในการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นจากระดับพอใช้เป็นระดับดี สามารถอภิปรายได้ว่า การยกระดับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน สามารถพึ่งพาการพัฒนาทักษะหรือความรู้ระดับบุคคลและจำเป็นต้องอาศัยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการสนับสนุนทางสังคมควบคู่กันไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[17] ซึ่งเน้นย้ำว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ต้องเกิดจากการจัดการปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติตัวร่วมกับการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจ และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง[19,20] นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า การปรับสิ่งแวดล้อมทางสังคมร่วมกับการจัดกิจกรรมสร้างทักษะ เช่น การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน การใช้ตัวแบบในชุมชน และการใช้นโยบายร่วมกันในพื้นที่ สามารถยกระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการให้ความรู้แบบบรรยายเพียงอย่างเดียว และการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการสร้างพันธะสัญญา และการติดตามสนับสนุนในชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การมีระบบติดตามและสิ่งแวดล้อมที่คอยกระตุ้นเตือน ช่วยให้เกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี [20,21] และสอดคล้องกับการศึกษา[19] ที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนา

ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำหน้าที่จัดการปัจจัยแวดล้อมในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับข้อเสนอแนะที่ระบุว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องบูรณาการร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อม และบริการที่เอื้ออำนวย การสร้างเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมในการกำกับตนเอง และยืนยันตรงกันว่า การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีการควบคุมสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนแรงจูงใจและการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มเมแทบอลิกซินโดรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[22,23,24] แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย[25] ที่ได้สำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน และพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งยังมีพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี เนื่องจากข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน การเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพ และความเร่งรีบในวิถีชีวิต ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า หากขาดการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพแล้ว การพัฒนาทักษะระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว จะไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้[20,25] จึงสรุปได้ว่า การจัดกิจกรรมสร้างทักษะ ร่วมกับการปรับสภาพแวดล้อมและแรงสนับสนุน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่มีประสิทธิผลสูงในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญและยั่งยืน

การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 75.41 ในระดับดี เป็น ร้อยละ 77.18 ระดับดี การวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่มีพัฒนาการสูงสุด คือ การสนับสนุนและกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด จากร้อยละ 77.65 เป็น 81.76 โดยครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมใกล้ชิดที่สุด ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การที่ครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยา การประกอบอาหารลดหวาน-มัน-เค็ม และการร่วมออกกำลังกาย ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะโครงสร้างสิ่งแวดล้อมใกล้ชิดในระดับครัวเรือนและชุมชน เป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ ที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง การที่คะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มขึ้นสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งการคอยกระตุ้นเตือนเรื่องการรับประทานยา การจัดหาและประกอบอาหารลดหวาน-มัน-เค็ม และการร่วมออกกำลังกาย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย[20] ที่ระบุว่าการปรับสิ่งแวดล้อมทางสังคมในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการสร้างส่วนร่วมและพันธะสัญญาร่วมกันภายในบ้านและกลุ่มเพื่อน ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง และการกำกับตนเองในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[17] ที่ระบุว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้ออำนวย[17,19] บทบาท อสม. และทีมสุขภาพประจำคุ้มบ้านในฐานะผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ การได้รับคำแนะนำและกำลังใจจาก อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.41 ระดับดี เป็น 80.59 ระดับดีมาก รวมทั้งการได้รับคำชมเชยเมื่อควบคุมค่าระดับน้ำตาล/ ความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.53 เป็น 74.12 (ระดับดี) แสดงให้เห็นถึงบทบาทอันเข้มแข็งของ อสม. และทีมสุขภาพประจำชุมชน ในฐานะผู้เสริมสร้างแรงพลัง และผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร การเยี่ยมบ้านและการให้แรงเสริมทางบวกด้วยคำชมเชย ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความภาคภูมิใจ และมีแรงจูงใจในการควบคุม

ระดับน้ำตาลและความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง การได้รับคำแนะนำ กำลังใจ และการติดตามอย่างสม่ำเสมอจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตอกย้ำบทบาทของ อสม. ในฐานะผู้ให้ข้อมูลข่าวสาร และผู้เสริมสร้างพลังอำนาจในระดับชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพปฐมภูมิ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] และยังตรงกับ งานวิจัย[19] ที่ย้ำว่าการพัฒนา อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงติดตามในชุมชน ส่งผลโดยตรงให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[19] ส่วนการใช้แรงเสริมทางบวกผ่านการเยี่ยมบ้านและคำชมเชย การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชมเชย เมื่อสามารถควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ดี สะท้อนถึงการนำหลักการเสริมแรงทางบวกมาประยุกต์ใช้ในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ และมีแรงจูงใจในการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้ ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัย[23,25] ซึ่งยืนยันตรงกันว่า การจัดโปรแกรมที่มีการติดตามประเมินผล และให้แรงเสริมเชิงบวกแก่ผู้เข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อีกงานวิจัย[25] ได้ระบุว่าการขาดแคลนระบบสนับสนุนและคำแนะนำที่ต่อเนื่อง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนวัยทำงานไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ[25] สรุปได้ว่า การผสมผสานการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวร่วมกับการทำหน้าที่ของ อสม. และทีมสุขภาพในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และเสริมแรงทางบวกด้วยคำชมเชย ถือเป็นยุทธศาสตร์การจัดการสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีประสิทธิผลสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างยั่งยืน

ด้านพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก ระดับดี เป็น ระดับดีมาก โดยสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดีมาก เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากร้อยละ 33.58 เป็นร้อยละ 40.93 ในขณะที่กลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับไม่ดีลดลงจากร้อยละ 13.73 เหลือเพียงร้อยละ 8.82 แสดงถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงบวกอย่างเป็นรูปธรรม โดยการไม่ดื่มแอลกอฮอล์จนมึนเมา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.12 เป็นร้อยละ 99.41 การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสองและการไม่สูบบุหรี่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.71 เป็นร้อยละ 98.24 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานพฤติกรรมด้านการปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีอยู่แล้ว และเมื่อได้รับความรู้บวกกับการหนุนเสริมจากข้อตกลงชุมชน ทำให้เกิดทักษะการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมเสี่ยง สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปกป้องตนเองจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีฐานพฤติกรรมด้านการปฏิเสธบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีอยู่แล้วในระดับหนึ่ง และเมื่อได้รับการยกระดับความรู้ควบคู่กับการหนุนเสริมจากข้อตกลงร่วมของชุมชน ส่งผลให้เกิดทักษะในการหลีกเลี่ยงและจัดการตนเองจากสิ่งแวดล้อมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปกป้องตนเองจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ของ Nutbeam[17] ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง จะช่วยให้บุคคลเกิดทักษะการตัดสินใจ การประเมินความเสี่ยง และการตอบสนองเพื่อปกป้องตนเองจากปัจจัยคุกคามทางสิ่งแวดล้อมและสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การสร้างกติกาหรือข้อตกลงร่วมกันในพื้นที่ และการจัดสภาพแวดล้อมปลอดปัจจัยเสี่ยง สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมตนเองของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการให้ความรู้

รายบุคคลเพียงอย่างเดียว ซึ่งการมีกติกาชุมชนจะช่วยลดแรงกดดันทางสังคม ในการดื่มหรือสูบ และสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิเสธปัจจัยเสี่ยง[20,22] และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. รวมถึงการลดละเลิกบุหรี่และสุรา พบว่าทำให้กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] เช่นเดียวกับ งานวิจัย[19] ที่พบว่าการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน อสม. ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการลดลงของกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการกระตุ้นการกำกับตนเองซึ่งตรงกับผลการศึกษา[23,24] ที่สรุปว่า กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการฝึกทักษะหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าและการติดตามอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างชัดเจน ในขณะที่อีกงานวิจัยระบุว่า การขาดทักษะการปฏิเสธและการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งเร้าเสี่ยงสูงเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้กลุ่มวัยทำงานยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม[25] สรุปได้ว่า การผสมผสานการให้ความรู้ด้านสุขภาพเข้ากับการสร้างข้อตกลงร่วมในชุมชน เป็นการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยเสริมสร้างทักษะในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเชิงบวกอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

ข้อสรุป ความสำเร็จของโปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) ในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เกิดจากการออกแบบโปรแกรมที่สอดรับกับบริบทของประชากรในพื้นที่อย่างแท้จริง ช่วยยกระดับความตระหนักรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เป็นตัวกระตุ้นภายในบุคคล ซึ่งเมื่อทำงานบูรณาการควบคู่กับปัจจัยหนุนเสริมภายนอกอย่างองค์ประกอบ ทำให้ประชาชนเกิดทักษะการจัดการตนเองและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2) การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงที่สุด จาก 41.88 เป็น 48.00 ค่า S.D. ลดลงจาก 7.67 เหลือ 4.43 ซึ่งค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลง แสดงถึงการกระจายของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นสม่ำเสมอกัน และเกาะกลุ่มกันมากขึ้น ผลทางสถิติ $t = -7.661$, $P = .000$ ($p < .001$) แสดงว่าโปรแกรมส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่สร้างขึ้น ส่งผลกระทบเชิงบวก ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam[17] ที่ระบุว่าการยกระดับทักษะความรอบรู้ร่วมกับการจัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติจริง เช่น การใช้จานสเกล 2:1:1 และการส่งเสริมกิจกรรมกายกรรม ช่วยให้เกิดการนำทักษะไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกรวดเร็วและเห็นผลเป็นรูปธรรม ส่วนความตระหนักด้านสุขภาพ พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 24.06 เป็น 24.65 ($t = -2.318$, $P = .027$) ด้านความรอบรู้ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 19.15 เป็น 20.00 ($t = -2.523$, $P = .017$) แสดงว่าการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยเพิ่มความตระหนักและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้เชิงรุกช่วยพัฒนาทั้งความรอบรู้และความตระหนักไปพร้อมกัน[11] การ

จัดสภาพแวดล้อมและทักษะที่จำเป็น และด้านการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก ผลทางสถิติ ทั้งสองด้านมีค่า P-value > .05 แสดงว่า คะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า ฐานคะแนนเดิมที่อยู่ในระดับสูงในระดับหนึ่งก่อนเริ่มโปรแกรม ในระยะเวลาการทดลอง การเปลี่ยนบริบทสิ่งแวดล้อมเชิงโครงสร้างและการปรับเปลี่ยนทัศนคติ/ พฤติกรรมการสนับสนุนของคนรอบข้าง (ครอบครัว ชุมชน) ต้องใช้ระยะเวลาในการปลูกฝังยาวนานกว่าการปรับเปลี่ยนทักษะและพฤติกรรมระดับบุคคล รวมทั้งข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เช่น อุปกรณ์ตรวจเช็กสุขภาพหรือโครงสร้างพื้นฐานในชุมชนบางอย่าง ต้องอาศัยงบประมาณและทรัพยากรระดับนโยบาย การเปลี่ยนแปลงในระยะสั้นจึงแสดงผลในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับข้อสังเกตของ Nutbeam & Lloyd[13] เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม

ผลการวิเคราะห์ พบว่า โปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) มีความสมบูรณ์ โดยด้านความรอบรู้และความตระหนักด้านสุขภาพเป็นปัจจัยนำและการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยหนุนเสริมเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลลัพธ์พฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนทางสังคม สะท้อนให้เห็นถึงการบูรณาการพลัง 3 ประสาน ได้แก่ บ้าน (ครอบครัว) - ชุมชน (อสม./แกนนำ) - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (บุคลากรสาธารณสุข) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยระบบสุขภาพชุมชนในประเทศไทย[4] ที่พบว่าการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเชิงรุกไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนของผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยส่งผ่านสำคัญที่ช่วยเปลี่ยน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กลายเป็น พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน[4] การบูรณาการสิ่งแวดล้อมและสังคมตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงโครงสร้าง การที่โปรแกรมจัดให้มีสิ่งแวดล้อมหนุนเสริม เช่น มุมสุขภาพประจำกลุ่มบ้าน กิจกรรมออกกำลังกาย และการปรับอาหารควบคู่กับพลัง 3 ประสาน สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[17] ที่ระบุว่าการยกระดับสุขภาพในระดับชุมชน ต้องอาศัยการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการปฏิบัติตน ซึ่งได้รับการยืนยันโดย งานวิจัยที่พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างส่วนร่วมจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อน สามารถยกระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง และเกิดพฤติกรรมการควบคุมตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20] ส่วนการเยี่ยมบ้านและแรงเสริมทางบวก โดยทีมสุขภาพปฐมภูมิ บทบาทเข้มแข็งของ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ และให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มเสี่ยงควบคุมค่าน้ำตาล/ความดันได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจและการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรม 3อ. 2ส. ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[21] และ งานวิจัยที่ยืนยันว่า อสม. ที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำจัดการปัจจัยแวดล้อมและให้แรงสนับสนุนเชิงบวก ช่วยส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[19] ในขณะที่ งานวิจัย[23,24] ระบุตรงกันว่าการให้แรงเสริมเชิงบวกและการประเมินตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเมตาบอลิกได้อย่างยั่งยืน

สรุปได้ว่า โปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) ได้พิสูจน์ให้เห็นถึงความสอดคล้องกับวรรณกรรมทางสาธารณสุขอย่างรอบด้าน โดยใช้พลัง 3 ประสานและการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นตัวขับเคลื่อนและส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผลสูง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เชิงปฏิบัติการโดยนำโปรแกรม Ban Thung Ko Model (3S 4A) ไปขยายผลใช้เป็นรูปแบบมาตรฐานในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการใช้นวัตกรรมเชิงรูปธรรม เช่น จานสเกล 2:1:1 และ สมุดบันทึกสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้เชิงรุก

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการสร้างสิ่งแวดล้อมหนุนเสริม โดยควรผลักดันการจัดทำข้อตกลงร่วมของชุมชน เช่น การจัดเมนูชูสุขภาพลดเสี่ยง หรือการจัดพื้นที่ปลอดปัจจัยเสี่ยง (บุหรี่/สุรา) เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

การวิจัยในอนาคต

1. การติดตามผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว โดยการออกแบบการศึกษาติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะยาว (เช่น 6 เดือน, 1 ปี หรือ 2 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

2. การประเมินตัวชี้วัดทางกายภาพและผลลัพธ์ทางชีวเคมี โดยมุ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงรูปธรรมเพิ่มเติม เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c), ระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) และการลดลงของดัชนีมวลกาย (BMI) หรือรอบเอวอย่างเป็นระบบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ต่อการชะลอและลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังรายใหม่ได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

แนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถใช้เป็นรูปแบบมาตรฐานในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

2. ด้านการพัฒนาศักยภาพชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยการเสริมสร้างบทบาท อสม. เชี่ยวชาญ NCDs และการขับเคลื่อนพลัง 3 ประสาน ใช้เป็นกรอบการทำงานบูรณาการร่วมกันเพื่อสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมเชิงรุกที่ช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/21112023-113615-1061.pdf
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF
3. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา; 2568.
4. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการสร้างเสริม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://online.pubhtml5.com/twmt/nuvy/#p=2
5. ศิริศักดิ์ วงษ์ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง. วารสารสุขภาพและการพยาบาล. 2562;10(2):45–56.
6. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ, พลอยไพลิน จันทร์มณี. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2019-09-03-1-18-2840654.pdf
7. กัญญาพัชร บัดแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hdl.handle.net/20.500.14770/7944

8. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2566.
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/05.pdf
10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์; 2561.
11. พัชรี ศรีงาม, วิชิต มุกดาหาร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(4):652–63.
12. ก้องเกียรติ เติมสมบูรณ์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2563;50(2):182–94.
13. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2021;42(1):159–73.
14. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติ สู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2564.
15. ศิรินทร ปัญจะทองคำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;8(2):1–8.
16. สมเกียรติ แสงวัฒนารัษฎ์. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยอาหารเน้นพืชเป็นหลัก (Plant-based Diet) และจานอาหารสัดส่วน 2:1:1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2563.
17. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259–67.
18. 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(1):80.
19. ละอองดาว ศรีวะรมย์, บุญตอม แสนสุข, สุมาลี ทองแก้ว, ปรีชา ประสมรักษ์. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567;16(1):160–74.
20. ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน [ปริญญานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
21. สุชาดา สวนนุ่ม, วิไลวรรณ สิทธิสาตร์, ธนิสร ราศิริ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ต.วัดพริก อ.เมือง จ.พิษณุโลก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2566;6(1):29–41.
22. ประเวช ชุ่มเกษรกูลกิจ, นฤมล ไชยพาน, สมคิด บุญกล้า, จิตติมา พลราชม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(3):25–36.
23. ประภาส พยมพฤกษ์, ณัฐพล ผุยนวล, สรณ์ชัย ลอยความสุข. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้านการออกกำลังกายด้วยวิธีร่วงย้อนยุคและการควบคุมอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้เสี่ยงสูงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 2567;4(1):E000590.
24. สุรีย์ ทั่งทอง, สุมินทร ขนอม. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2564;1(2):1–15.
25. ศิรินทร ปัญจะทองคำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงานในสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 4. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):1–8.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of an Integrated Care Model for HIV Patients and Infected Persons through the Participation of a Multidisciplinary Team, Families, and Community Network Partners in Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

กัลยาณี ประทุมทอง[1] วิยดา ดุลยเกียรติ[1] ลภณพร วงษ์อินตา[1] ภิรญา พินิจกลาง[1]
Kullayanee Pratumtong[1] Wiyada Dulayakiat[1] Lapanaporn Wonginta[1] Piraya Phinitklang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแล พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงกันยายน พ.ศ. 2567 แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา พัฒนารูปแบบจำนวน 2 วงรอบ และประเมินผลรูปแบบ โดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านกระบวนการ 5A's ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยบุคลากรทีมสหวิชาชีพ 25 คน และครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน 42 คน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบจำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินความพึงพอใจ การสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินแบบองค์รวมและจำแนกความเสี่ยง 2) การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะบุคคล 3) การส่งเสริมการจัดการตนเองและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 4) การประสานการดูแลแบบบูรณาการ และ 5) การติดตามต่อเนื่องเชิงรุก ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มจาก 30.84 ± 4.76 เป็น 39.26 ± 3.58 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองมีความครบถ้วนอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ผู้ติดเชื้อมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและการมาตามนัดเพิ่มขึ้น ขณะที่การขาดนัดและการสูญหายจากระบบลดลง อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษาและการกดปริมาณไวรัสสำเร็จเพิ่มขึ้น นอกจากนี้คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 78.46 ± 9.82 เป็น 86.35 ± 8.14 คะแนน ผู้รับบริการและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, การดูแลแบบบูรณาการ, การจัดการตนเอง, ทีมสหวิชาชีพ, ภาคีเครือข่ายชุมชน

Abstract

This action research aimed to examine the situation and problems related to HIV care, develop an integrated care model, and evaluate the outcomes of the model through the participation of a multidisciplinary team, families, and community network partners in Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province, Thailand. The study was conducted from July 2023 to September 2024 and comprised three phases: situation and problem analysis, model development through two action research cycles, and model evaluation. The model was developed by integrating the Self-Management Support concept using the 5A's process with Creer's Self-Management concept. Participants involved in model development included 25 multidisciplinary healthcare professionals and 42 family members, caregivers, and community network

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

partners. In addition, 80 patients and people living with HIV who received care according to the developed model were purposively selected. Data were collected using clinical record forms, a self-management behavior questionnaire, a self-management support process checklist, a quality-of-life questionnaire, satisfaction questionnaires, interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed integrated care model consisted of five key components: (1) holistic assessment and risk stratification, (2) individualized information and counseling, (3) promotion of self-management and shared goal setting, (4) integrated care coordination, and (5) continuous and proactive follow-up. After implementation of the model, the overall mean self-management behavior score increased from 30.84 ± 4.76 to 39.26 ± 3.58, with a statistically significant difference ($p < .001$). The self-management support process was implemented at a high level of completeness across all components. Improvements were also observed in antiretroviral therapy adherence and appointment attendance, while missed appointments and loss to follow-up decreased. Retention in care and viral load suppression increased following implementation of the model. In addition, the mean quality-of-life score increased from 78.46 ± 9.82 to 86.35 ± 8.14. Both service recipients and multidisciplinary healthcare professionals reported the highest level of satisfaction with the model.

Keywords: HIV, integrated care, self-management, multidisciplinary team, community network

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในระดับโลกและประเทศไทย แม้ความก้าวหน้าด้านการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวและสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงบุคคลทั่วไปมากขึ้น แต่การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องดำเนินอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจติดตามตามนัด การเฝ้าระวังผลข้างเคียงและโรคร่วม ตลอดจนการจัดการปัญหาด้านจิตใจ สังคม และการตีตรา ซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและการคงอยู่ในระบบบริการ องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญกับการจัดบริการเอชไอวีที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการบูรณาการบริการ การสนับสนุนความร่วมมือในการรักษา และการสร้างความต่อเนื่องของการดูแล[1] ขณะที่ยุทธศาสตร์เอดส์โลกของ UNAIDS ให้ความสำคัญกับเป้าหมาย 95–95–95 และการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ในฐานะภัยคุกคามด้านสาธารณสุขภายในปี ค.ศ. 2030 หรือ พ.ศ. 2573[2] สำหรับประเทศไทย แม้การดำเนินงานด้านเอชไอวีมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีช่องว่างในการค้นหาผู้ติดเชื้อและนำเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา โดยข้อมูลคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวีของประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 8,124 คนต่อปี[3] และข้อมูลคาดประมาณปี พ.ศ. 2568 พบว่าประเทศไทยยังมีประชาชนเกือบ 58,000 คนที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง[4] สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการที่เข้าถึงง่าย ต่อเนื่อง และสนับสนุนให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

สำหรับจังหวัดมหาสารคาม สถานการณ์เอชไอวียังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยหนุ่มสาวและวัยแรงงาน อำเภอยางสีสุราชเป็นอำเภอชนบทของจังหวัดมหาสารคาม มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 ตำบล 91 หมู่บ้าน โรงพยาบาลยางสีสุราชเป็นโรงพยาบาล

ชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง และดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคีเครือข่ายในชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การกระจายตัวของประชากรและบริบทการประกอบอาชีพที่มีการเคลื่อนย้ายออกนอกพื้นที่ ทำให้การจัดระบบติดตามดูแลผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่องมีความท้าทาย จากข้อมูลคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นจาก 112 ราย เป็น 124 ราย และ 125 ราย ตามลำดับ มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษา 9 ราย 15 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ อัตราการกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (Viral Load Suppression: VL < 200 copies/ml) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.5 เป็นร้อยละ 88.7 และร้อยละ 90.8 ตามลำดับ แม้มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ขณะที่อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.8 เป็นร้อยละ 91.4 และร้อยละ 92.6 ส่วนอัตราการขาดนัดรับยาลดลงจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 9.8 และร้อยละ 8.2 แต่ยังพบผู้ติดเชื้อสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) จำนวน 12 ราย 10 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ[5] ปัญหาสำคัญที่พบจากการติดตาม ได้แก่ การย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเดินทางไม่สะดวก การขาดแหล่งสนับสนุนในการดูแล และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยา การมาตามนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา และความสำเร็จในการควบคุมปริมาณไวรัส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้การติดเชื้อเอชไอวีมีลักษณะเป็นภาวะเรื้อรังที่บุคคลต้องจัดการสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน การให้ความรู้หรือกำชับให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติตามคำแนะนำเพียงอย่างเดียวจึงอาจไม่เพียงพอ ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย สังเกตและประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง แก้ไขปัญหา ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ชีวิต หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ ART โดยใช้กิจกรรมหลายองค์ประกอบ เช่น การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา การติดตามทางโทรศัพท์หรือเทคโนโลยี และการสนับสนุนทางสังคม มีแนวโน้มช่วยพัฒนาความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การจัดการอาการ การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิต[6]

ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ของ Glasgow และคณะ เป็นกรอบในการออกแบบกระบวนการดูแล โดยเน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง และให้บุคลากรสุขภาพทำหน้าที่สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง[7] ผ่านกระบวนการ 5A's ได้แก่ การประเมิน (Assess) การให้คำแนะนำ (Advise) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Agree) การช่วยเหลือและสนับสนุน (Assist) และการจัดระบบติดตาม (Arrange) ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลในการประเมินแบบองค์รวม ให้คำปรึกษา ส่งเสริมการแก้ปัญหา และประสานการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ควบคู่กับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ผ่านกระบวนการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง[8] เพื่อนำไปสู่การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตามนัด การติดตามผล Viral Load และการปรับแผนการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จากการทบทวนรูปแบบการให้บริการของอำเภอยางสีสุราช พบว่าการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีช่องว่างด้านการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้ติดเชื้อ ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน การติดตามส่วนใหญ่ยังขึ้นอยู่กับระบบบริการของสถานพยาบาล ขณะที่ปัจจัยที่

ส่งผลต่อการรับประทานยาและการมาตามนัด จำนวนมากเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อ ทั้งด้านการประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ การเดินทาง ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความกังวลต่อการเปิดเผยสถาน[5] ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลจึงควรเปลี่ยนจากการมุ่งให้บริการเมื่อผู้ติดเชื้อมารับบริการในโรงพยาบาล ไปสู่ระบบที่ส่งเสริมศักยภาพของผู้ติดเชื้อให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และมีระบบสนับสนุนที่เชื่อมโยงระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงสิทธิ ความสมัครใจ ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเป็นสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ในการพัฒนารูปแบบโดยพยาบาลทำหน้าที่สำคัญในการประเมิน สนับสนุน เสริมพลัง ประสาน และติดตามการดูแล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนเชื่อมโยงครอบครัวและภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง มาตามนัด ลดการขาดนัดและการสูญหายจากระบบ เพิ่มการคงอยู่ในการรักษาและการกดปริมาณไวรัส รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิต อันจะนำไปสู่ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความต่อเนื่อง บูรณาการและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[9] ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหา ระยะพัฒนารูปแบบ (2 วงรอบ) ระยะประเมินผล เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชน อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support) ของ Glasgow และคณะ[7] ผ่านกระบวนการ 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Creer[8] ซึ่งประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในทุกขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ หมายถึง บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวหรือผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยมีบทบาทร่วมในกระบวนการวิจัยตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบรูปแบบการดูแล การนำรูปแบบไปทดลองใช้ การติดตามประเมินผล การสะท้อนผล และการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 2 กลุ่มย่อย ดังนี้ 1.1) บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยบุคลากรที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเอชไอวี พยาบาลจิตเวชและพยาบาลชุมชนเกี่ยวข้องกับการดูแลและติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 25 คน **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ เป็นบุคลากรที่มีหน้าที่หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบได้ต่อเนื่องและสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ บุคลากรที่ย้ายหน่วยงาน ลาศึกษาต่อ ลาปฏิบัติงานเป็นระยะเวลานาน หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงดำเนินการวิจัย 1.2) ครอบครัว ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียินยอมให้มีส่วนร่วมในการดูแล และตัวแทนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาจากผู้ที่มีบทบาทในการสนับสนุน ดูแล หรือติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบได้ สำหรับสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล ต้องเป็นบุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับทราบและยินยอมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเท่านั้น เนื่องจากสถานะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นข้อมูลสุขภาพที่มีความอ่อนไหว ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อแก่บุคคลในครอบครัวหรือภาคีเครือข่ายโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ติดเชื้อ จำนวน 42 คน **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ เป็นสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล หรือบุคลากร/ตัวแทนเครือข่ายที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ติดเชื้อให้มีส่วนร่วมในการดูแล สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การวิเคราะห์ปัญหาหรือการสะท้อนผลของรูปแบบได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย **เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีถอนความยินยอมในการให้สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้เข้าร่วมขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนารูปแบบหรือการสะท้อนผลได้อย่างต่อเนื่อง ย้ายออกจากพื้นที่จน ไม่สามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยต่อได้ มีเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเปิดเผยข้อมูลหรือสถานะการติดเชื้อของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยไม่สามารถดำเนินการต่อได้อย่างปลอดภัยและเป็นไปตามหลักการรักษาความลับ

2) กลุ่มผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนและรับบริการในคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ที่มารับบริการและได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการติดตามตามรูปแบบที่กำหนด และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 80 คน **เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ผู้ที่ย้ายไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นหรือขอถอนตัวจากการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา เดือนกรกฎาคม–กันยายน พ.ศ. 2566 โดยการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในอำเภอยางสีสุราช เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการพัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวนผู้รับยาต้านไวรัส การรับประทานยา การมาตามนัดและการขาดนัด การสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) การคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) และผลการกดปริมาณไวรัส (Viral Load Suppression) รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดนัด การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการหลุดจากระบบบริการ ศึกษาระบบบริการและกระบวนการดูแลเดิม ตั้งแต่การเข้าสู่ระบบบริการ การประเมิน การรับยาต้านไวรัส การให้คำปรึกษา การนัดหมาย การติดตามผู้ขาดนัด การติดตามผล Viral Load ตลอดจนการประสานงานระหว่างคลินิกเอชไอวี ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อค้นหาช่องว่างของระบบการดูแล ทำการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่มกับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และอุปสรรคต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเอง การรับประทานยา การมาตามนัด การเดินทาง เศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ การสนับสนุนจากครอบครัว การประสานงานของทีมและการเชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชน จากนั้นนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ พร้อมจัดประชุมคืนข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหา ความต้องการ เป้าหมาย และแนวทางในการพัฒนารูปแบบ โดยนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ และแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer มาเป็นกรอบในการออกแบบรูปแบบการดูแล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแล เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – สิงหาคม พ.ศ. 2567 ระยะนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วงรอบ เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ติดเชื้อ ครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดบทบาทหน้าที่ ออกแบบแนวทางการดูแลตามกระบวนการ 5A's พัฒนาระบบติดตามผู้ขาดนัดและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหลุดจากระบบ ตลอดจนร่วมสังเกต สะท้อนผล และปรับปรุงรูปแบบครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เสนอแนวทางสนับสนุนการรับประทานยา การมาตามนัด และการจัดการตนเอง ตลอดจนร่วมพัฒนากลไกการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชนตามความเหมาะสม ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้หลักการรักษาความลับ สิทธิ ความสมัครใจ และความเป็นส่วนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี **วงรอบที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567** ผู้วิจัยนำผลจากระยะศึกษา สถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหามาคืนข้อมูลและประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแล กำหนดเป้าหมายและองค์ประกอบของรูปแบบ รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนร่วมออกแบบแนวทาง เครื่องมือ และระบบการติดตามดูแล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะผ่านกระบวนการ 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ติดเชื้อ และบริบทการให้บริการของอำเภอยางสีสุราช หลังจากนั้นผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการไปทดลองใช้ โดยเริ่มจากการประเมินผู้ติดเชื้อแบบองค์รวม (Assess) ครอบคลุมภาวะสุขภาพ การรับประทานยาต้านไวรัส ความรู้

และพฤติกรรมการจัดการตนเอง การมาตามนัด ผล Viral Load โรคร่วม สุขภาพจิต ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ความพร้อมของครอบครัว แหล่งสนับสนุน และปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดนัดหรือหลุดจากระบบการรักษา จากนั้นให้ข้อมูลและคำปรึกษารายบุคคล (Advise) เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การรับประทานยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงของยา การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส การติดตาม Viral Load การดูแลสุขภาพ และแนวทางจัดการปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมกับพยาบาลและทีมสุขภาพในการกำหนดเป้าหมายการดูแลตนเอง (Agree) ที่เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของแต่ละบุคคล เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา การมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมปริมาณไวรัส พร้อมทั้งได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุน (Assist) ให้เกิดทักษะการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง รวมทั้งร่วมค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยและทีมร่วมกันพัฒนาระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง (Arrange) โดยจัดระบบนัด ระบบแจ้งเตือนและติดตามผู้ขาดนัด การติดตามทางโทรศัพท์หรือ Telenursing และการประสานการดูแลระหว่างคลินิกเอชไอวี ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว ผู้ดูแล และหน่วยบริการในเครือข่ายตามความเหมาะสม ทั้งนี้ การประสานครอบครัวหรือภาคีเครือข่ายดำเนินการเฉพาะกรณีที่ผู้ติดเชื้อให้ความยินยอม โดยคำนึงถึงสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของสถานะการติดเชื้อเป็นสำคัญ ควบคู่กับการทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยจัดประชุมทบทวนแนวทางการดูแล การใช้เครื่องมือประเมิน การสนับสนุนการจัดการตนเอง การให้คำปรึกษา การติดตามผู้ขาดนัด การประสานงานระหว่างทีม และการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อ เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่และทำให้ทีมสามารถดำเนินการตามรูปแบบในแนวทางเดียวกัน พร้อมทั้งติดตามผลจากการทดลองใช้รูปแบบ โดยรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัดและการขาดนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา การสูญหายจากระบบการรักษา ผล Viral Load ความครบถ้วนของการดำเนินงานตามกระบวนการ 5A’s การประสานงานของทีม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสม รวมทั้งความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ติดเชื้อและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบในการปฏิบัติจริง ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องเพื่อสรุปและสะท้อนผลการทดลองใช้รูปแบบ รวมทั้งรับฟังประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับการจัดการตนเอง การได้รับการสนับสนุน และการเข้าถึงระบบบริการ นำผลที่ได้มาปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบ เครื่องมือ การประเมินความเสี่ยง ระบบติดตามผู้ขาดนัด การให้คำปรึกษา ช่องทางการติดต่อสื่อสาร และการประสานงานของทีม เพื่อจัดทำ**รูปแบบการดูแลฉบับปรับปรุง** สำหรับนำไปดำเนินการในวงรอบที่ 2 ต่อไป **วงรอบที่ 2 เดือนเมษายน–สิงหาคม พ.ศ. 2567** ผู้วิจัยนำผลการดำเนินงานและข้อค้นพบจากการสะท้อนผลในวงรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมผู้พัฒนารูปแบบ เพื่อวิเคราะห์ประเด็นที่ยังเป็นปัญหา อุปสรรค และช่องว่างของการดำเนินงาน พร้อมทั้งร่วมกันปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบ แนวทางปฏิบัติ เครื่องมือ และระบบการติดตามดูแลให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญกับการประเมินและจำแนกผู้ติดเชื้อตามปัญหาและระดับความเสี่ยง การติดตามผู้ขาดนัดหรือมีแนวโน้มสูญหายจากระบบการรักษา

การสนับสนุนการจัดการตนเอง การประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ และการเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสม รวมทั้งปรับแนวทางการดำเนินงานตามกระบวนการ 5A's ให้สามารถนำไปใช้ได้สะดวกและต่อเนื่องมากขึ้น หลังจากนั้นนำ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการฉบับปรับปรุง ไปใช้ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินผู้ติดเชื้อแบบองค์รวม ให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล ร่วมกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนจัดระบบติดตามต่อเนื่องตามกระบวนการ 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange ควบคู่กับการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Creer เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถกำหนดเป้าหมาย รวบรวมและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับผู้ติดเชื้อที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการขาดนัด รับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง มีปัญหาในการจัดการตนเอง หรือมีแนวโน้มหลุดออกจากระบบการรักษา ผู้วิจัยและทีมดำเนินการประเมินปัญหาเชิงลึกและวางแผนการดูแลเฉพาะราย โดยประสานทีมสหวิชาชีพตามปัญหาและความต้องการ รวมทั้งเชื่อมโยงสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล หรือภาคีเครือข่ายเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ติดเชื้อ เพื่อสนับสนุนการรับประทานยา การมาตามนัด และการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้ดำเนินการภายใต้หลักการรักษาความลับ เคารพสิทธิ ความสมัครใจ และความเป็นส่วนตัวของผู้ติดเชื้อเป็นสำคัญ นอกจากนี้ มีการประชุมทบทวนกรณีศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม และการนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถนำรูปแบบไปใช้ในแนวทางเดียวกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการติดตามและรวบรวมผลจากการนำรูปแบบฉบับปรับปรุงไปใช้ ทั้งด้านผู้ติดเชื้อและด้านระบบบริการ โดยติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัดและการขาดนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) การสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) ผลการกดปริมาณไวรัส (Viral Load Suppression) ความครบถ้วนของการดำเนินงานตามกระบวนการ 5A's การมีส่วนร่วมและการประสานงานของทีมตลอดจนความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากร พร้อมทั้งรวบรวมความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ติดเชื้อและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 2 ผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อร่วมกันสรุปและสะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และข้อเสนอแนะจากการนำรูปแบบไปใช้จริง รวมทั้งพิจารณาประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน การจัดการตนเอง และความต่อเนื่องของการดูแล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงองค์ประกอบ กระบวนการ เครื่องมือ และระบบสนับสนุนต่าง ๆ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จัดทำเป็น **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการฉบับสมบูรณ์** เพื่อนำไปประเมินผลในระยะที่ 3 เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ภายหลังการพัฒนารูปแบบครบทั้ง 2 วงรอบ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการ ได้แก่ การประเมินผลด้านผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัด อัตราการขาดนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) การสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) การกดปริมาณไวรัส (Viral Load Suppression) และ

คุณภาพชีวิต เพื่อสะท้อนผลของรูปแบบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ในด้านกระบวนการและระบบบริการ ผู้วิจัยประเมินความครบถ้วนของการดำเนินงานตามกระบวนการ 5A's ความต่อเนื่องของการดูแล ประสิทธิภาพของระบบติดตามผู้ขาดนัด การประสานงานของทีมสหวิชาชีพ และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อประเมินว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงและช่วยให้ระบบการดูแลมีความเชื่อมโยงต่อเนื่องมากขึ้นเพียงใด นอกจากนี้ ผู้วิจัยประเมินผลด้านผู้มีส่วนร่วม โดยศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรต่อรูปแบบ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระบบบริการจริง จากนั้นผู้วิจัยสังเคราะห์ผลการดำเนินงานทั้งหมด จัดทำเป็น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ฉบับสมบูรณ์ พร้อมกำหนดแนวทางการนำรูปแบบเข้าสู่ระบบงานประจำ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยง เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งผู้วิจัยและทีมร่วมกันพัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องได้ นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังหรือการจัดการตนเอง และด้านการวิจัย เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเหมาะสม ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย ตลอดจนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ในวงรอบการพัฒนารูปแบบ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส โรคร่วม และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษา รวมทั้ง แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านการรักษาและความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งใช้บันทึกความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัดและการขาดนัด อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) การสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) และผลการตรวจ Viral Load 2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer 3) แบบตรวจสอบการดำเนินงานด้านการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อประเมินความครบถ้วนของของทีมผู้ให้บริการ 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและการดำเนินชีวิต 5) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรต่อรูปแบบการดูแล และ 6) แบบประเมินความพึงพอใขของทีมสหวิชาชีพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทีมสหวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาประสบการณ์ ปัญหา ความต้องการ อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดูแล 2) แนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มและการสะท้อนผล ในแต่ละวงรอบ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน ปัญหาที่พบ ปัจจัย

สนับสนุน และแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริง เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ นิยามตัวแปร และกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความชัดเจน ความเข้าใจ ความสะดวกในการตอบ และความเป็นไปได้ในการนำเครื่องมือไปใช้จริง สำหรับแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า เช่น แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบความเชื่อมั่นที่เหมาะสมกับลักษณะของเครื่องมือ ส่วนเครื่องมือมาตรฐานที่นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต ให้ดำเนินการตามวิธีการให้คะแนนและการแปลผลของเครื่องมือต้นฉบับและพิจารณาคุณสมบัติด้านความตรงและความเชื่อมั่นของฉบับภาษาไทยที่นำมาใช้ สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามการประชุมกลุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน และความสอดคล้องของประเด็นคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเข้าใจและลำดับของคำถาม ก่อนปรับปรุงให้เหมาะสมและนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง ทั้งนี้ เครื่องมือทุกชุดได้รับการปรับปรุงตามข้อค้นพบจากการดำเนินงานและการสะท้อนผลในแต่ละวงรอบ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและกระบวนการพัฒนารูปแบบมากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ของรูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การมาตามนัด การขาดนัด Retention Rate, Lost to Follow-up, Viral Load Suppression คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ด้านกระบวนการบริการ การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ใช้ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม การสังเกต และการสะท้อนผลวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน ความเหมาะสม และประสบการณ์จากการใช้รูปแบบ เพื่อนำผลไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบและสรุปผลการพัฒนารูปแบบในภาพรวม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของเครือข่ายบริการยางสีสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 11/2566 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาสถานการณ์โดยการทบทวนเวชระเบียนและฐานข้อมูลคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ร่วมกับการศึกษากระบวนการให้บริการ การสัมภาษณ์ และการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง พบว่า การดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มของผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีขึ้น แต่ยังมีปัญหาด้านความต่อเนื่องในการรักษา การจัดการตนเอง และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน ข้อมูล

คลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นจาก 112 ราย เป็น 124 ราย และ 125 ราย ตามลำดับ มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เข้าสู่ระบบการรักษา 9 ราย 15 ราย และ 11 ราย ตามลำดับ อัตราการกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (Viral Load Suppression: VL < 200 copies/ml) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.5 เป็นร้อยละ 88.7 และร้อยละ 90.8 ตามลำดับ ขณะที่อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 89.8 เป็นร้อยละ 91.4 และร้อยละ 92.6 ส่วนอัตราการขาดนัดรับยาลดลงจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 9.8 และร้อยละ 8.2 และจำนวนผู้ติดเชื้อที่สูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) ลดลงจาก 12 ราย เป็น 10 ราย และ 8 ราย ตามลำดับ แม้ผลลัพธ์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มดีขึ้น แต่อัตราการกดปริมาณไวรัสยังไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนด และยังพบผู้ติดเชื้อขาดนัดและสูญหายจากระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อวิเคราะห์ปัญหาในระดับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ พบปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการรักษา ได้แก่ การย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเดินทางมารับบริการไม่สะดวก การขาดแหล่งสนับสนุนในการดูแล และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมาตามนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา และโอกาสในการควบคุมปริมาณไวรัสได้ตามเป้าหมาย ด้านการจัดการตนเอง พบว่าผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ทั้งการรับประทานยาต้านไวรัส การสังเกตอาการและผลข้างเคียง การมาตรวจตามนัด และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้หรือคำแนะนำเพียงอย่างเดียวจึงยังไม่เพียงพอ ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้สามารถกำหนดเป้าหมาย ประเมินภาวะสุขภาพ แก้ไขปัญหา ตัดสินใจ และปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ชีวิตของตน ในด้านระบบบริการ พบว่า การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีช่องว่างของการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้ติดเชื้อ ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน การติดตามผู้ติดเชื้อยังพึ่งพาระบบบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก ขณะที่ปัญหาหลายประการที่ส่งผลต่อการรักษาเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและชุมชน เช่น การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ การเดินทาง ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะ นอกจากนี้ การประสานข้อมูล การติดตามผู้ขาดนัด และการเชื่อมโยงบทบาทของทีมและเครือข่ายยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้ติดเชื้อแต่ละราย จากผลการศึกษาสถานการณ์ดังกล่าว สามารถสรุปประเด็นปัญหาสำคัญได้ว่า แม้ผลลัพธ์ด้านการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบช่องว่างสำคัญ ได้แก่ 1) ผู้ติดเชื้อบางส่วนยังขาดนัดและสูญหายจากระบบการรักษา 2) การกดปริมาณไวรัสยังไม่บรรลุเป้าหมาย 3) ผู้ติดเชื้อมีข้อจำกัดในการจัดการตนเองจากปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจ สังคม และการประกอบอาชีพ 4) ระบบติดตามและการประสานงานระหว่างทีมยังไม่เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ และ 5) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่ายชุมชนในการสนับสนุนการดูแลยังมีข้อจำกัด จึงนำไปสู่ความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อและเชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน จากผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหา พบว่าระบบการดูแลเดิมยังมีช่องว่างด้านการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อ ความต่อเนื่องในการติดตาม การประสานงานระหว่างทีม และการเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยจึง

นำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow และคณะ ผ่านกระบวนการ 5A's ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer เพื่อให้การดูแลมุ่งเน้นผู้ติดเชื้อเป็นศูนย์กลางและสามารถเชื่อมโยงการดูแลจากสถานบริการไปสู่ครอบครัวและชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบจำนวน 2 วงรอบ ทำให้รูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากขึ้น โดยวงรอบแรกทำให้เกิดแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินปัญหา การให้ข้อมูลและคำปรึกษา การร่วมกำหนดเป้าหมาย การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการติดตามต่อเนื่อง รวมทั้งทำให้บทบาทของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพมีความชัดเจนขึ้น ตลอดจนเกิดการเชื่อมโยงครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสม ผลจากการทดลองใช้และสะท้อนผลในวงรอบแรกนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบในวงรอบที่สอง โดยเพิ่มความชัดเจนของการจำแนกผู้ติดเชื้อตามปัญหาและระดับความเสี่ยง การดูแลเฉพาะรายสำหรับผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน การติดตามผู้ขาดนัดหรือมีแนวโน้มสูญหายจากระบบ การประสานงานของทีม และช่องทางการติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลมีลักษณะเชิงรุกและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ติดเชื้อแต่ละรายมากขึ้น ขณะเดียวกันบุคลากรมีแนวทางปฏิบัติร่วมกันและสามารถเชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิกเอชไอวี ทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่ายบริการสุขภาพได้เป็นระบบมากขึ้น จากการพัฒนารูปแบบทั้ง 2 วงรอบ ผู้วิจัยสังเคราะห์ได้**รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการ** โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ประเมินและจัดบริการตามปัญหาและระดับความเสี่ยง พร้อมเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจ แก้ปัญหา และดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินแบบองค์รวมและจำแนกความเสี่ยง การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะบุคคล การส่งเสริมการจัดการตนเองและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การประสานการดูแลแบบบูรณาการ และการติดตามต่อเนื่องเชิงรุก โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การสนับสนุนของพยาบาลทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน รูปแบบดังกล่าวเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่ประเมิน ให้คำปรึกษา เสริมพลังประสาน และติดตามการดูแล ขณะที่ผู้ติดเชื้อมีบทบาทในการกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการดูแลตนเอง ส่วนครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทสนับสนุนตามความเหมาะสม ภายใต้หลักสิทธิ ความสมัครใจ และการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อ รายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบและความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของทีมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อ และครอบครัว/ผู้ดูแล แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน

องค์ประกอบของรูปแบบ	การสนับสนุนของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ	การจัดการตนเองของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ	บทบาทครอบครัว/ผู้ดูแล
1. ประเมินแบบองค์รวมและจำแนกความเสี่ยง	ประเมินสุขภาพกาย จิตใจ การรับประทานยา การมาตามนัด โรคร่วม เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว	สังเกตและรวบรวมข้อมูลตนเอง เช่น การรับประทานยา อาการผิดปกติ ผลข้างเคียง ปัญหาการมาตามนัด และ	ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล ปัญหาใน

	และปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดยา/ขาดนัด พร้อมจำแนกระดับความเสี่ยง	ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค พร้อมแจ้งข้อมูลที่จำเป็นแก่ทีม	ชีวิตประจำวัน และแหล่งสนับสนุนเท่าที่ผู้ติดเชื้อยินยอม
2. ให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะบุคคล	ให้ความรู้และคำปรึกษาตามปัญหาและบริบท เช่น ART, Viral Load, ผลข้างเคียง โรคร่วม สุขภาพจิต และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน	นำข้อมูลมาประเมินและทำความเข้าใจสุขภาพตนเอง ซักถามข้อสงสัย วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะกับตนเอง	ช่วยรับฟัง ให้กำลังใจ และสนับสนุนการนำคำแนะนำไปใช้โดยไม่กดดันหรือตัดสิน
3. ส่งเสริมการจัดการตนเองและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน	ร่วมกับผู้ติดเชื้อกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ สนับสนุนทักษะการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และเสริมพลังให้เกิดความมั่นใจ	กำหนดเป้าหมาย–ตัดสินใจ– ลงมือปฏิบัติ–ประเมินตนเอง เช่น รับประทานยาตรงเวลา มาตามนัด ปรับพฤติกรรมสุขภาพ สังเกตผลการปฏิบัติ และปรับแผนเมื่อไม่บรรลุเป้าหมาย	ช่วยเตือนยา เตือนนัด สนับสนุนการเดินทางหรือกิจวัตร และให้แรงเสริมเมื่อผู้ติดเชื้อปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย
4. ประสานการดูแลแบบบูรณาการ	ประสานแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทีมสุขภาพจิต งานปฐมภูมิ และเครือข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนและเชื่อมต่อบริการ	รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือและใช้แหล่งบริการที่เหมาะสม รู้ว่าจะติดต่อใครเมื่อมีปัญหา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแล	เป็นแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ หรือการเดินทาง และช่วยประสานทีมเมื่อจำเป็นภายใต้ความยินยอมของผู้ติดเชื้อ
5. ติดตามต่อเนื่องและ เชิงรุก	จัดระบบนัด แจ้งเตือน ติดตามผู้ขาดนัด ใช้โทรศัพท์/Telenursing และติดตามรายเสี่ยงอย่างใกล้ชิด	ติดตามผลและประเมินความก้าวหน้าของตนเอง เช่น ตรวจสอบการกินยา การมาตามนัด ผล Viral Load ปัญหาที่เกิดขึ้น และแจ้งทีมเมื่อไม่สามารถดำเนินตามแผนได้	ช่วยเตือนและสนับสนุนการมาตามนัด สังเกตปัญหา และแจ้งทีมเมื่อพบความเสี่ยง โดยคำนึงถึงสิทธิและความลับของผู้ติดเชื้อ

3. ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

3.1 ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 80 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 58.75 มีอายุเฉลี่ย 46.80 ± 11.20 ปี โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 40–49 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคืออายุ 50–59 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 47.50 ด้านภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคร่วม จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 และมีโรคร่วม จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 โดยโรคร่วมที่พบมาก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส พบว่ามีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 11.20 ± 6.30 ปี และส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสมานานมากกว่า 10 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50

3.2 ผลด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมสูงขึ้นจากก่อนการพัฒนา โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 30.84 ± 4.76 คะแนน เป็น 39.26 ± 3.58 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเพิ่มขึ้นทุกด้าน ทั้งการกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเอง สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีบทบาทและความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 80)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนพัฒนา Mean ± SD	หลังพัฒนา Mean ± SD	p-value
- การกำหนดเป้าหมาย	5.12 ± 1.04	6.61 ± 0.82	<.001
- การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง	5.28 ± 0.96	6.54 ± 0.79	<.001
- การประมวลและประเมินข้อมูล	4.86 ± 1.08	6.43 ± 0.84	<.001
- การตัดสินใจ	5.05 ± 0.92	6.55 ± 0.75	<.001
- การลงมือปฏิบัติ	5.47 ± 0.88	6.71 ± 0.70	<.001
- การประเมินและปรับพฤติกรรมตนเอง	5.06 ± 1.01	6.42 ± 0.83	<.001
คะแนนรวม	30.84 ± 4.76	39.26 ± 3.58	<.001

3.3 ผลด้านกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ภายหลังนำรูปแบบการดูแลไปใช้ พบว่า การดำเนินงานมีความครบถ้วนในระดับสูงทุกด้าน โดยการประเมินแบบองค์รวม มีความครบถ้วนสูงที่สุด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 98.75 รองลงมา ได้แก่ การให้ข้อมูลและคำปรึกษา จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 97.50 และการจัดระบบติดตามต่อเนื่อง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 96.25 สำหรับ Agree: การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ดำเนินการได้จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 95.00 ขณะที่การช่วยเหลือและสนับสนุน มีจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 แม้จะมีสัดส่วนต่ำกว่าองค์ประกอบอื่นเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในระดับสูง ผลดังกล่าวสะท้อนว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำกระบวนการ 5A's มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความเสี่ยง การให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสม การร่วมกำหนดเป้าหมาย การสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อสามารถจัดการตนเอง ตลอดจนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินแบบองค์รวมและการให้ข้อมูลคำปรึกษาที่มีความครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 97 อย่างไรก็ตาม ด้านการช่วยเหลือและสนับสนุน (Assist) มีสัดส่วนต่ำที่สุด จึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาการสนับสนุนการแก้ปัญหาและการจัดการตนเองให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อทุกรายมากยิ่งขึ้น

3.4 ผลลัพธ์ด้านการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแล ภายหลังใช้รูปแบบ พบว่า ผลลัพธ์ด้านการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลดีขึ้น โดยผู้ติดเชื้อที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 77.50 เป็นร้อยละ 92.50 อัตราการมาตามนัดเพิ่มจากร้อยละ 88.75 เป็นร้อยละ 96.25 ขณะที่อัตราการขาดนัดลดลงจากร้อยละ 11.25 เหลือร้อยละ 3.75 อัตราการคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate) เพิ่มจากร้อยละ 90.00 เป็นร้อยละ 97.50 และผู้ที่สูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up) ลดจาก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.00 เหลือ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50 ส่วนอัตราการกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (Viral Load Suppression) เพิ่มจากร้อยละ 87.50 เป็นร้อยละ 95.00 แสดงให้เห็นแนวโน้มว่ารูปแบบช่วยส่งเสริมความต่อเนื่องของการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ติดเชื้อ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ด้านการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 80)

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา n (%)	หลังพัฒนา n (%)
- ร้อยละผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ ≥95%	62 (77.50)	74 (92.50)

- ร้อยละผู้ป่วยมาตามนัด	71 (88.75)	77 (96.25)
- ร้อยละการขาดนัด	9 (11.25)	3 (3.75)
- ร้อยละผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการรักษา (Retention Rate)	72 (90.00)	78 (97.50)
- ร้อยละผู้ป่วยสูญหายจากระบบการรักษา (Lost to Follow-up)	8 (10.00)	2 (2.50)
- ร้อยละผู้ป่วยที่มีการกดปริมาณไวรัสสำเร็จ (Viral Load Suppression)	70 (87.50)	76 (95.00)

ภายหลังใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 78.46 ± 9.82 คะแนน และหลังการพัฒนา 86.35 ± 8.14 คะแนน สะท้อนว่าการส่งเสริมการจัดการตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัวและเครือข่าย มีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

3.6 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.56 ± 0.41 คะแนน บุคลากรทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.52 ± 0.43 คะแนน โดยสรุป ภายหลังใช้รูปแบบพบแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การมาตามนัด การคงอยู่ในระบบการรักษา การกดปริมาณไวรัส คุณภาพชีวิต ความครบถ้วนของกระบวนการดูแล และความพึงพอใจต่อบริการ ซึ่งสะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างการสนับสนุนจากพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ การจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อ และการสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่าย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินแบบองค์รวมและจำแนกความเสี่ยง การให้ข้อมูลและคำปรึกษาเฉพาะบุคคล การส่งเสริมการจัดการตนเองและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การประสานการดูแลแบบบูรณาการ และการติดตามต่อเนื่องเชิงรุก โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ประเมินและจัดบริการตามปัญหาและระดับความเสี่ยง ขณะที่ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ตัดสินใจแก้ปัญหา และดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงครอบครัว ผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายตามความเหมาะสมและภายใต้ความยินยอมของผู้ติดเชื้อ การที่รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เกิดจากกระบวนการพัฒนาที่เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ทั้งการขาดนัด การสูญหายจากระบบ การกดปริมาณไวรัสที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ตลอดจนข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง การประกอบอาชีพ การขาดแหล่งสนับสนุน และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะ รวมทั้งระบบติดตามและการประสานงานระหว่างทีมที่ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ การนำปัญหาเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ ทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รูปแบบสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อแต่ละรายได้มากกว่าการให้บริการในรูปแบบเดิมที่เน้นการมารับบริการในโรงพยาบาลเป็นหลัก โดยเฉพาะในวงรอบที่ 2 ที่มีการเพิ่มความชัดเจนของการจำแนกผู้ติดเชื้อตามปัญหาและระดับความเสี่ยง การดูแลเฉพาะรายในผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน การติดตามผู้ขาดนัดหรือมีแนวโน้มสูญหายจากระบบ ตลอดจนการประสาน

ทีมและเพิ่มช่องทางติดตามต่อเนื่อง ทำให้การดูแลมีลักษณะเชิงรุกและตอบสนองต่อบริบทของผู้ติดเชื้อแต่ละรายมากขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสัจพงษ์ โชคคติวัฒน์และดวงฤดี วรชิณ[10] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับทีมและผู้รับบริการ และพัฒนาระบบบริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แนวทางปฏิบัติ และระบบนัดหมาย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อที่ขาดนัดสามารถกลับเข้าสู่ระบบการรับยาได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ประจักร เหิกขุนทด[11] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพทีม การจัดทำแนวปฏิบัติ และการสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำให้ระบบบริการมีความเชื่อมโยงและสนับสนุนการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อได้ดีขึ้น ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภายหลังใช้รูปแบบพบว่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มจาก 30.84 ± 4.76 เป็น 39.26 ± 3.58 คะแนน และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ โดยคะแนนเพิ่มขึ้นทุกด้าน ผลดังกล่าวอธิบายได้จากรูปแบบที่มิได้มุ่งเพียงการให้ความรู้หรือกำชับให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การเลือกวิธีปฏิบัติ การตัดสินใจแก้ไขปัญหา และการประเมินผลของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[8] ที่มุ่งให้บุคคลสามารถกำหนดเป้าหมาย รวบรวมและประเมินข้อมูล ตัดสินใจ ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันพยาบาลและทีมสุขภาพทำหน้าที่สนับสนุนผ่านกระบวนการ 5A's[7] จึงทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่าง “ผู้ให้บริการที่สนับสนุน” และ “ผู้ติดเชื้อที่ลงมือจัดการตนเอง” ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีบทบาทและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Areri, Marshall และ Harvey[12] ซึ่งศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาต้านไวรัส พบว่าโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลายองค์ประกอบ เช่น การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษา การติดตามทางโทรศัพท์ การใช้เทคโนโลยี และการสนับสนุนทางสังคม มีแนวโน้มช่วยพัฒนาการจัดการตนเอง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับรูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ที่ใช้ทั้งการประเมินรายบุคคล การเสริมทักษะ การให้คำปรึกษา การติดตามต่อเนื่อง และ Telenursing ร่วมกัน

เมื่อพิจารณาผลด้านกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าบุคลากรสามารถดำเนินงานตามกระบวนการ 5A's ได้ครบถ้วนในระดับสูงทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าสามารถประยุกต์ใช้เป็นกรอบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชนได้ ตั้งแต่การค้นหาปัญหาและความเสี่ยง การให้ข้อมูล การร่วมกำหนดเป้าหมาย การช่วยเหลือแก้ไขอุปสรรค ไปจนถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประเมินแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ การรับประทานยา การมาตามนัด โรคร่วม เศรษฐกิจสังคม และครอบครัว ทำให้ทีมสามารถค้นหาปัญหาและความเสี่ยงได้ตั้งแต่ระยะแรกและนำไปสู่การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล กันตพานิชการ[13] ที่พัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยดำเนินงานผ่านทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ พบว่าภายหลังพัฒนารูปแบบ ความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเข้าใจเรื่องยาต้านไวรัส และผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและการทำงานร่วมกันของ

ทีมเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านการช่วยเหลือและสนับสนุนมีความครบถ้วนต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย ซึ่งอาจเนื่องจากการช่วยให้ผู้ติดเชื้อแก้ไขปัญหาและสามารถนำแผนการดูแลไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวันมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจ การเดินทาง ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความกังวลต่อการเปิดเผยสถานะ ดังนั้นการพัฒนาระบบต่อไปควรให้ความสำคัญกับการวางแผนแก้ปัญหารายบุคคล การเสริมพลังและการหาแหล่งสนับสนุนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ติดเชื้อแต่ละรายมากยิ่งขึ้น

ด้านผลลัพธ์การรักษาและความต่อเนื่องในการดูแล ภายหลังใช้รูปแบบพบว่า ผู้ติดเชื้อมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสและการมาตามนัดดีขึ้น ขณะที่การขาดนัดและการสูญหายจากระบบลดลง รวมทั้งมีการคงอยู่ในระบบการรักษาและการกดปริมาณไวรัสสำเร็จเพิ่มขึ้น ผลดังกล่าวเกิดจากการดำเนินงานร่วมกันของหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินและจำแนกความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ติดเชื้อ การส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง การติดตามผู้ขาดนัด การติดตามทางโทรศัพท์หรือ Telenursing และการประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย ทำให้สามารถค้นหาและจัดการอุปสรรคต่อการรักษาได้รวดเร็วและเหมาะสมกับแต่ละบุคคล สอดคล้องกับมงคล กันตพานิชการ[13] ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบโดยใช้ทีมสหวิชาชีพและการติดตามอย่างเป็นระบบช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส และสอดคล้องกับประจักร เหิกขุนทด (2564)[11] ที่พบว่าการพัฒนาทีมแนวทางปฏิบัติและเครือข่ายในชุมชนช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องในการรักษาและการกดปริมาณไวรัส นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Areri และคณะ[12] ที่พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกิจกรรมหลายองค์ประกอบมีผลดีต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับด้านคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ ภายหลังใช้รูปแบบพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มดีขึ้น และทั้งผู้รับบริการและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง ซึ่งเกิดจากรูปแบบที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทชีวิต มีการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีระบบติดตามช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันรูปแบบยังช่วยให้บทบาทของทีม การประสานงาน และกระบวนการติดตามมีความชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรมุ่งเฉพาะการให้ความรู้หรือการรักษาทางคลินิกเท่านั้น แต่ควรผสมผสานการส่งเสริมการจัดการตนเอง การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ การติดตามเชิงรุก และการเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัวและชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงสะท้อนการเปลี่ยนแปลงจากการดูแลที่พึ่งพาระบบบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก ไปสู่การดูแลที่ยึดผู้ติดเชื้อเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเอง และมีระบบสนับสนุนที่เชื่อมโยงจากทีมสุขภาพไปสู่ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการสร้างความต่อเนื่องในการรักษาและการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Updated recommendations on service delivery for the treatment and care of people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2021.

2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities. End AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021.
3. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. State of HIV Epidemic in Thailand in 2024. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2025.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์คาดประมาณเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย ปี 2567 และการรณรงค์ตรวจเอชไอวี “เทสเลย รู้ไว ไปต่อได้”. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567.
5. โรงพยาบาลยางสีสุราช. สรุปผลการดำเนินงานคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ 2564–2566. มหาสารคาม: โรงพยาบาลยางสีสุราช; 2566. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
6. Areri HA, Marshall A, Harvey G. Interventions to improve self-management of adults living with HIV on antiretroviral therapy: a systematic review. PLoS One. 2020;15(5). doi:10.1371/journal.pone.0232709.
7. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Jt Comm J Qual Saf. 2003;29(11):563–574. doi:10.1016/S1549-3741(03)29067-5.
8. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of Self-Regulation. San Diego: Academic Press; 2000. p. 601–629. doi:10.1016/B978-012109890-2/50047-0.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. โชคคติวัฒน์ ส, วรชิณ ด. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลเจริญศิลป์. วารสารโรคเอดส์. 2563;32(1):15-27. doi:10.14456/taj.2020.2.
11. ประจักร เหิกขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลส่องดาว. วารสาโรคเอดส์. 2564;33(3):151-164. doi:10.14456/taj.2021.13.
12. Areri HA, Marshall A, Harvey G. Interventions to improve self-management of adults living with HIV on antiretroviral therapy: a systematic review. PLoS One. 2020;15(5). doi:10.1371/journal.pone.0232709.
13. มงคล กันตพานิชการ. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาและความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(1):88-100.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ palliative reality โดยบูรณาการ กงไกรลาศโมเดล ร่วมกับชุมชนโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Development of a Palliative Care System for Patients with End-Stage Chronic Kidney Disease and Cancer toward Palliative Reality through Integration of the Kongkrailas Model with Community, Kongkrailat Hospital, Sukhothai Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ฐณัชชา ต้นประสงค์[1]
Thanatcha Tongprasong[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 21 เดือน แบ่งเป็น 3 วงรอบตามกระบวนการ PAOR กลุ่มตัวอย่างในระยะพัฒนารูปแบบ คือ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างในระยะประเมินผล คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 36 ราย พร้อมผู้ดูแลหลัก 36 คน และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 34 ราย พร้อมผู้ดูแลหลัก 34 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 160 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้รูปแบบการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One Group Pretest-Posttest Design) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ระบบ "กงไกรลาศโมเดล" ฉบับบูรณาการ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง แบบประเมินอาการรบกวน ESAS และ PPS แบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า และแบบประเมินความพึงพอใจ

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายมีคะแนนอาการรบกวน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 42.50±10.80 คะแนน เป็น 24.30±8.20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 110 คะแนน (t=13.62, p<.001) และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคะแนนอาการรบกวนลดลงจาก 42.18±8.65 คะแนน เป็น 24.35±6.92 คะแนน (p<.001) ด้านตัวชี้วัดเชิงระบบ พบว่าอัตราการทำ ACP/Family Meeting ครบถ้วนในกลุ่มไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 91.67 และในกลุ่มมะเร็งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.59 เป็นร้อยละ 97.06 อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (Good Death) ในกลุ่มไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.44 เป็นร้อยละ 91.67 และในกลุ่มมะเร็งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.65 เป็นร้อยละ 91.18 อัตราการเสียชีวิตในสถานที่ที่ปรารถนาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 88.89 ในกลุ่มไตเรื้อรัง และจากร้อยละ 58.82 เป็นร้อยละ 85.29 ในกลุ่มมะเร็ง เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งระบบบูรณาการ อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.57 เป็นร้อยละ 91.43 และผู้ป่วยมีเพียงส่วนน้อยที่ต้องเริ่มบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินหรือถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวหลังใช้ระบบอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งสองกลุ่มโรค ($\bar{X}$=4.62±0.38 ในกลุ่มไตเรื้อรัง และ $\bar{X}$=4.58±0.35 ในกลุ่มมะเร็ง) และผลการประเมินความเหมาะสมของระบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าเฉลี่ยรวม 4.58±0.41 จากคะแนนเต็ม 5 อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย, การดูแลแบบประคับประคองบูรณาการ, กงไกรลาศโมเดล

Abstract

This study employed Participatory Action Research (PAOR) with the objectives of developing and evaluating a palliative care system for patients with end-stage chronic kidney disease and terminal cancer toward Palliative Reality, through integration of the "Kongkrailas Model" with community participation, at Kongkrailat Hospital and its network of 16 sub-district health-promoting hospitals, Sukhothai Province. The study was conducted between January 2023 and September 2024, a total duration of 21 months, divided into 3 cycles following the PAOR process. The sample in the model development phase comprised an interprofessional team and network partners, totaling 20 members, while the sample in the evaluation phase comprised 36 patients with CKD Stage 5 together with 36

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกงไกลาศ จังหวัดสุโขทัย

primary caregivers, and 34 terminal cancer patients together with 34 primary caregivers, totaling 160 participants, selected through purposive sampling. A one-group pretest-posttest design was employed. Research instruments included the integrated "Kongkrailas Model," a knowledge assessment on palliative care, the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and the Palliative Performance Scale (PPS), an advance care planning assessment form, and a satisfaction assessment form.

The results showed that following implementation of the developed system, patients with end-stage chronic kidney disease had significantly decreased ESAS symptom distress scores, from 42.50±10.80 to 24.30±8.20 out of a total of 110 points ($t = 13.62$, $p < .001$), and terminal cancer patients had decreased symptom distress scores from 42.18±8.65 to 24.35±6.92 ($p < .001$). Regarding system-level indicators, the rate of complete ACP/Family Meeting increased from 75.00% to 91.67% in the CKD group and from 70.59% to 97.06% in the cancer group. The rate of dignified death (Good Death) increased from 69.44% to 91.67% in the CKD group and from 67.65% to 91.18% in the cancer group. The rate of death occurring in the patient's desired location increased from 61.11% to 88.89% in the CKD group and from 58.82% to 85.29% in the cancer group. When considering the integrated system overall, the overall rate of dignified death increased from 68.57% to 91.43%, and only a small proportion of patients required unplanned initiation of renal replacement therapy or unnecessary hospital transfer. Patient and family satisfaction after using the system was at the highest level in both disease groups ($\bar{x}$ = 4.62±0.38 for the CKD group and $\bar{x}$ = 4.58±0.35 for the cancer group), and the expert evaluation of the appropriateness of the system yielded an overall mean score of 4.58±0.41 out of 5, rated at the highest level of appropriateness.

Keywords: end-stage chronic kidney disease, terminal cancer, integrated palliative care, Kongkrailas Model

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองเป็นความจำเป็นเร่งด่วนของระบบสุขภาพโลก แต่ละปีมีผู้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 56.80 ล้านคน ในจำนวนนี้ 25.70 ล้านคนอยู่ในปีสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 78.00 อาศัยอยู่ในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง แต่มีเพียงร้อยละ 14.00 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และคาดว่าความต้องการจะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าภายในปี ค.ศ. 2060[1]กลุ่มโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 39.00 รองลงมาคือโรคมะเร็ง ร้อยละ 34.00 และโรคปอดเรื้อรัง ร้อยละ 10.00[2] สำหรับโรคมะเร็ง องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติรายงานผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลก 20 ล้านคน เสียชีวิต 9.70 ล้านคนในปี ค.ศ. 2565 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 35 ล้านคนในปี ค.ศ. 2593 เพิ่มขึ้นร้อยละ 77.00 จากปัจจุบัน[3] ส่วนโรคไตเรื้อรังส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณร้อยละ 9.50 และคาดว่าจะเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับที่ 5 ของโลกภายในปี ค.ศ. 2040[4] ทั้งสองกลุ่มโรคดำเนินไปสู่วาระสุดท้ายของชีวิตด้วยวิถีที่แตกต่างกัน โรคมะเร็งมักทรุดลงอย่างรวดเร็วในช่วงท้าย ขณะที่โรคไตเรื้อรังทรุดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นระยะเวลานาน แต่ระบบบริการส่วนใหญ่ยังคงแยกดูแลตามกลุ่มโรค ขาดโครงสร้างร่วมที่เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงบ้านและชุมชน หากปล่อยให้เป็นเช่นนี้ต่อไป ผู้ป่วยกลุ่มโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะท้ายจะเข้าถึงบริการไม่เท่าเทียมกัน ขึ้นอยู่กับว่าโรงพยาบาลมีโปรแกรมเฉพาะโรคนั้นหรือไม่

จังหวัดสุโขทัยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 144,591 คน อัตราตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จาก 85.30 เป็น 88.70 และ 92.10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ เมื่อประมาณการอัตราชุกโรคไตเรื้อรังระดับประเทศกับประชากรจังหวัดสุโขทัยประมาณ 514,000 คน คาดว่าจังหวัดสุโขทัยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่ต่ำกว่า 9,000 คน ในระดับอำเภอ โรงพยาบาลกงไกรลาศมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นทะเบียนดูแลแบบประคับประคอง 107, 119 และ 99 ราย ในปี 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ[5] ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ก่อนเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตขึ้นทะเบียนในระบบประคับประคองเฉลี่ยปีละ 8–12 ราย สะสม 3

ปีงบประมาณรวมประมาณ 30–36 ราย ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนว่าโรงพยาบาลกงไกรลาศต้องดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากทั้งสองกลุ่มโรคพร้อมกันในพื้นที่รับผิดชอบเดียวกัน แต่ระบบงานยังจัดวางแยกส่วน[6]

โรงพยาบาลกงไกรลาศได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาแล้ว 3 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านร่วมกับแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายร่วมกับการวางแผนดูแลล่วงหน้าผ่านระบบปรึกษาทางไกล และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายแบบประคับประคองก่อนเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต แต่ละรูปแบบพัฒนาองค์ประกอบเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิผล ทั้งระบบประเมินอาการ ระบบส่งต่อ ระบบปรึกษาทางไกล และการเสริมศักยภาพผู้ดูแล[6] อย่างไรก็ตาม ทั้งสามรูปแบบดำเนินการคู่ขนานกันโดยไม่มีโครงสร้างร่วม ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของเครื่องมือ ระบบข้อมูล และการฝึกอบรมบุคลากรและอาสาสมัครในพื้นที่เดียวกัน การทบทวนองค์ประกอบของทั้งสามรูปแบบพบว่ามีหลายส่วนที่สามารถนำมาสังเคราะห์ร่วมกันได้ เช่น แนวทางการส่งต่อไร้รอยต่อ กระบวนการ Family Meeting/ACP ระบบประเมินอาการแบบ ESAS ช่องทางปรึกษาทางไกล และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ใช้กรอบ Six Building Blocks of a Health System บูรณาการทรัพยากรและบุคลากรให้ครอบคลุมผู้ป่วยระยะท้ายทุกกลุ่มโรคในพื้นที่เดียวกัน[7]

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าแนวโน้มผู้ป่วยไตเรื้อรังและมะเร็งระยะท้ายเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ประกอบกับนโยบายสถานชีวาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการเชื่อมโยงการดูแลโรงพยาบาล บ้าน และชุมชนเข้าด้วยกัน และองค์ความรู้ที่สั่งสมจากการพัฒนารูปแบบเฉพาะโรคทั้งสามเรื่องก่อนหน้านี้ จึงยังคงมีช่องว่างความรู้ว่าองค์ประกอบของรูปแบบเฉพาะโรคเหล่านี้จะบูรณาการเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเดียวที่ครอบคลุมทั้งโรคไตเรื้อรังและมะเร็ง เชื่อมโยงกับชุมชนอย่างยั่งยืนได้อย่างไร การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อสังเคราะห์และพัฒนาระบบการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่อำเภอกงไกรลาศได้อย่างครอบคลุมและเป็นเอกภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAOR) ที่มุ่งพัฒนารูปแบบ "กงไกรลาศโมเดล" การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการร่วมกับชุมชน โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 21 เดือน ดำเนินการตามวงจร PAOR จำนวน 3 วงรอบ (Cycles) ต่อเนื่องกัน วงรอบละประมาณ 7 เดือน ดังนี้

วงรอบที่ 1 (มกราคม – กรกฎาคม 2566): วางฐานโครงสร้างร่วมของรูปแบบและนำร่องใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเล็ก

วงรอบที่ 2 (สิงหาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567): ขยายผลและปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบตามข้อค้นพบจากวงรอบที่ 1

วงรอบที่ 3 (มีนาคม – กันยายน 2567): ยืนยันความเหมาะสมและความยั่งยืนของรูปแบบฉบับสมบูรณ์

โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่มโรค ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act) พัฒนาและทดลองใช้องค์ประกอบของรูปแบบ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของรูปแบบในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) สรุปปัญหาที่พบ ปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบ แล้วนำเข้าสู่วงรอบถัดไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ ขั้นตอนการวางแผนและการปฏิบัติ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งกลุ่มโรคไตเรื้อรังและมะเร็งในโรงพยาบาลกงไกรลาศและเครือข่ายสุขภาพอำเภอกงไกรลาศ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้ประสานงานการดูแลแบบประคับประคอง (PCN) เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเครือข่าย รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง และขั้นตอนการสังเกตและสะท้อนผล ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 2 กลุ่มโรค คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (CKD Stage 5) ที่ยังไม่เข้าสู่ระยะการบำบัดทดแทนไต และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พร้อมทั้งผู้ดูแลหลัก ที่ขึ้นทะเบียนรับการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลกงไกรลาศและเครือข่าย รพ.สต. อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การวางแผนและพัฒนารูปแบบ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่มโรค คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหรือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไม่น้อยกว่า 1 ปี กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ตลอด 3 วงรอบ ได้แก่ **1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5** ท จำนวน 36 ราย และผู้ดูแลหลัก จำนวน 36 คน และ **2) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย**ที่ขึ้นทะเบียนรับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 34 ราย และผู้ดูแลหลัก จำนวน 34 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นรวม 160 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยประคับประคองของโรงพยาบาลกงไกรลาศ กระจายการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ครอบคลุมทั้ง 3 วงรอบเพื่อสะท้อนพัฒนาการของรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรค และผู้ดูแลหลัก แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แบบประเมินอาการรบกวน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) และ Palliative Performance Scale (PPS) ที่ใช้ร่วมกันทั้งสองกลุ่มโรค แบบประเมินการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Family Meeting/Advance Care Planning) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ "กงไกรลาศโมเดล" ฉบับบูรณาการ และแบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบ ได้แก่ อัตราการทำ ACP ครบถ้วน อัตรา Admit ซ้ำ อัตราการเริ่ม RRT ฉุกเฉินในกลุ่มโรคไตเรื้อรัง อัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความปรารถนา

และอัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (Good Death)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรค และผู้ดูแลหลัก เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ คะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง คะแนนอาการรบกวน (ESAS) และตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบในแต่ละวงรอบ (One Group Pretest-Posttest) ด้วยสถิติ Paired Samples t-test หรือ Wilcoxon Signed-rank Test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และสถิติ McNemar Test หรือ Chi-square Test/Fisher's Exact Test สำหรับข้อมูลเชิงหมวดหมู่ โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test ก่อนเลือกสถิติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = 0.05 พร้อมทั้งเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ระหว่าง 3 วงรอบด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA หรือ Friedman Test ตามความเหมาะสมของการแจกแจงข้อมูล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและบันทึกภาคสนามในแต่ละวงรอบ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) และการยืนยันความถูกต้องจากผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) จัดหมวดหมู่เป็นประเด็นย่อยและประเด็นหลัก เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบในวงรอบถัดไปให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอกงไกรลาศ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในมนุษย์ทุกประการ ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอย่างละเอียดก่อนขอความยินยอมและให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ด้วยความสมัครใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่มโรคและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยคำนึงถึงสภาวะทางร่างกายและจิตใจที่เปราะบาง จึงจัดเก็บข้อมูลในช่วงเวลาและสถานที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวสะดวก ไม่ก่อให้เกิดความเครียดหรือรบกวนกระบวนการดูแลรักษาตามปกติ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขั้นตอนโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และจัดเก็บแบบสอบถามและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในสถานที่ปลอดภัยที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยและทีมวิจัยเท่านั้น ตลอดจนทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่กำหนดตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการวิจัย

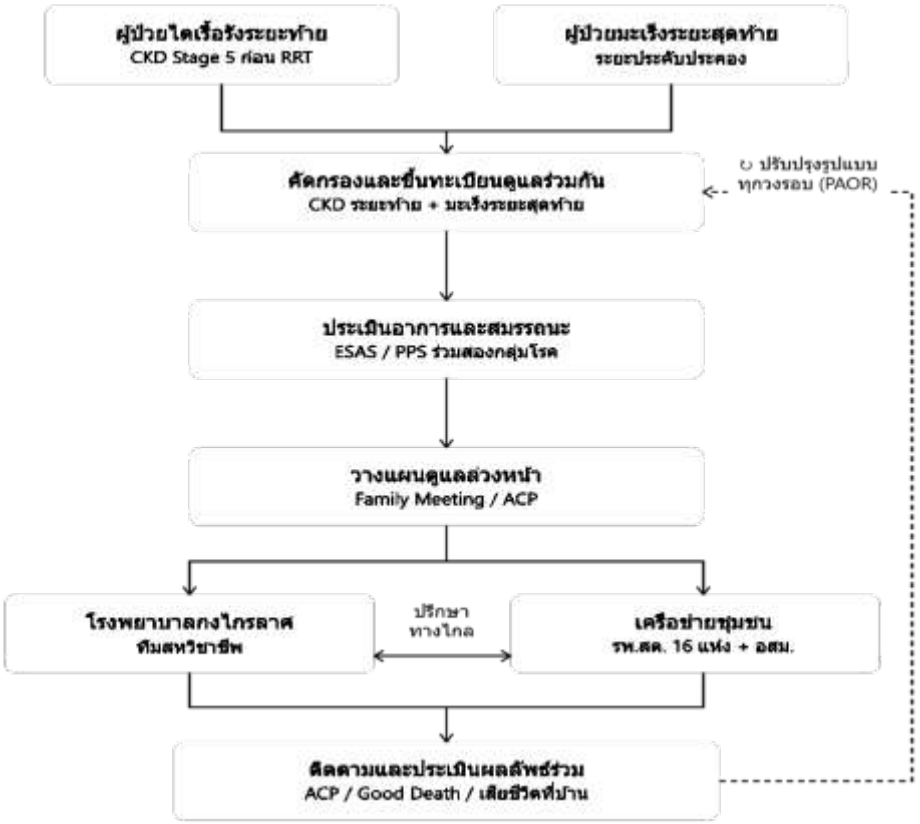
1. สภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียน Palliative Care ของโรงพยาบาลกงไกรลาศและเครือข่าย รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568 และการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ จำนวน 20 คน พบปัญหาหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การขาดรูปแบบการจัดการอาการและการดูแลตนเองที่เป็นระบบและครอบคลุมทั้งสองกลุ่มโรค พบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังและครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและน้ำที่เหมาะสม ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคะแนนอาการรบกวนก่อนพัฒนารูปแบบเฉลี่ย 42.18 คะแนน (S.D. = 8.65) อยู่ในระดับสูง ทั้งสองกลุ่มโรคยังใช้เครื่องมือประเมินอาการคนละชุดโดยไม่มีมาตรฐานร่วม ส่งผลให้อาการรบกวนสะสมและคุณภาพชีวิตลดลง ด้านที่ 2 การขาดกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่ครอบคลุมทั้งระบบ พบว่าอัตราการทำ ACP/Family Meeting ในกลุ่ม

ผู้ป่วยไตเรื้อรังอยู่ที่ร้อยละ 61.54–77.78 และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอยู่ที่ร้อยละ 70.59 ในช่วงปี 2566–2568 ยังไม่ถึงเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศที่ร้อยละ 80.00 ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนยังเริ่มฟอกไตแบบฉุกเฉินหรือเสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยไม่ตรงตามความปรารถนา และด้านที่ 3 การขาดการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่าย รพ.สต. และระหว่างรูปแบบการดูแลเฉพาะโรค พบว่าโรงพยาบาลกงไกรลาศมีรูปแบบการดูแลเฉพาะโรค 2 รูปแบบที่พัฒนาแยกกันมาก่อนหน้า คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ดำเนินการคู่ขนานโดยไม่มีโครงสร้างร่วม เกิดความซ้ำซ้อนของเครื่องมือและระบบข้อมูล อัตราการเยี่ยมบ้านครบถ้วนของกลุ่มไตเรื้อรังผันผวน (ร้อยละ 76.30–81.30) และอัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความปรารถนาของกลุ่มมะเร็งยังไม่คงที่ (ร้อยละ 58.82–85.29) สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่บูรณาการทั้งสองกลุ่มโรคเข้าด้วยกันและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่อำเภอกงไกรลาศ

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน จากการพัฒนารูปแบบดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 21 เดือน โดยมีทีมสหวิชาชีพ 20 คน เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดทั้ง 3 วงรอบ ในขั้นตอน Plan ของแต่ละวงรอบ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และจัดการสนทนากลุ่มเพื่อสังเคราะห์กรอบการพัฒนารูปแบบ โดยบูรณาการแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management) ของ Lorig and Holman แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก แนวทาง Conservative Kidney Management (CKM) ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และแนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ในขั้นตอน Act นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 36 ราย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 34 ราย และผู้ดูแลหลักของทั้งสองกลุ่มรวม 70 คน กระจายการนำร่องและขยายผลตลอด 3 วงรอบ ในขั้นตอน Observe เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัยทั้งหมดทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบในแต่ละวงรอบ และในขั้นตอน Reflect จัดประชุมสะท้อนผลร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อสรุปบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบก่อนนำเข้าสู่วงรอบถัดไป รูปแบบ "กงไกรลาศโมเดล" ฉบับบูรณาการที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิด KONGKRAILAS ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 K-Knowledge Enhancement การเสริมความรู้เรื่องโรคและการดูแลแบบประคับประคองสำหรับทั้งสองกลุ่มโรคตามแนวคิด 5 รู้ องค์ประกอบที่ 2 O-Ongoing Symptom Assessment การประเมินอาการรบกวนต่อเนื่องด้วย ESAS และ PPS ร่วมกันทั้งสองกลุ่มโรค องค์ประกอบที่ 3 N-Nutrition and Symptom Management การจัดการอาหาร น้ำ และอาการรบกวนเฉพาะโรค องค์ประกอบที่ 4 G-Goal of Care Discussion การพูดคุยเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว องค์ประกอบที่ 5 K-Kidney and Oncology Palliative Care การดูแลแบบประคับประคองเฉพาะโรค ทั้งแนวทาง CKM สำหรับไตเรื้อรังและแนวทางเฉพาะสำหรับมะเร็งระยะท้าย องค์ประกอบที่ 6 R-Readiness for Decision-making การเตรียมความพร้อมตัดสินใจเรื่อง RRT สำหรับกลุ่มไตเรื้อรัง และการตัดสินใจเป้าหมายการรักษาระยะท้ายสำหรับกลุ่มมะเร็ง องค์ประกอบที่ 7 A-Advance Care Planning การวางแผนการดูแลล่วงหน้าผ่านกระบวนการ Family Meeting องค์ประกอบที่ 8 I-Interprofessional Team การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ องค์ประกอบที่ 9 L-Long-term Follow-up การติดตามต่อเนื่องโดยพยาบาล PCCN อาสาสมัครสาธารณสุข และระบบปรึกษาทางไกล องค์ประกอบที่ 10 A-Active Family Participation การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการ

ดูแล และองค์ประกอบที่ 11 S-Social and Spiritual Support การสนับสนุนด้านสังคมและจิตวิญญาณ รูปแบบดังกล่าวผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้รับคะแนนเฉลี่ยรวม 4.58 (S.D. = 0.41) อยู่ในระดับมากที่สุด และได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารโรงพยาบาลกงไกรลาศ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งสองกลุ่มโรคในเครือข่ายโรงพยาบาลกงไกรลาศและ รพ.สต. ทั้ง 16 แห่งอย่างเป็นทางการต่อไป

3. ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality จากการบูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน เป็นระบบที่เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงชุมชนเข้าเป็นโครงสร้างเดียว โดยเริ่มจากกระบวนการคัดกรองและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งสองกลุ่มโรคเข้าสู่ระบบประคับประคองร่วมกัน จากนั้นทีมสหวิชาชีพประเมินอาการและสมรรถนะด้วยเครื่องมือกลาง ได้แก่ ESAS และ PPS ควบคู่กับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (Family Meeting/ACP) ที่ปรับให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินโรคของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ก่อนส่งต่อเข้าสู่การดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อผ่านเครือข่าย รพ.สต. ทั้ง 16 แห่ง โดยมีระบบปรึกษาทางไกล (Tele-consultation) เป็นช่องทางเชื่อมทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน ควบคู่กับการเสริมศักยภาพครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลต่อเนื่อง และปิดท้ายด้วยระบบติดตามประเมินผลตัวชี้วัดร่วมของทั้งสองกลุ่มโรค เช่น อัตราการทำ ACP อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และอัตราการเสียชีวิตที่บ้านตามความปรารถนา เพื่อนำผลกลับมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่องในแต่ละวงรอบของกระบวนการวิจัย ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ฉบับสมบูรณ์

3. ผลการประเมินการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชนโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพที่เข้าร่วมพัฒนาระบบ จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่ร่วมพัฒนาระบบทั้งสองกลุ่มโรค จำนวน 20 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุเฉลี่ย 39.80±7.45 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 31–40 ปี ร้อยละ 45.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 ด้านวิชาชีพพบว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (PCN/PCWN/PCCN) ร้อยละ 45.00 รองลงมาคือเจ้าพนักงานสาธารณสุขในเครือข่าย รพ.สต. ร้อยละ 30.00 ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มที่มีประสบการณ์ 1–3 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 45.00

3.2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรค ก่อนและหลังการใช้ระบบ

3.2.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 (n = 36) ก่อนใช้ระบบ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 21 ราย ร้อยละ 58.33 อายุเฉลี่ย 68.25±10.42 ปี โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.22 ค่า eGFR เฉลี่ย 9.85±2.74 ml/min/1.73 m² ค่า PPS เฉลี่ย 52.36±8.15 อัตราการได้รับ ACP/Family Meeting ครั้งแรกร้อยละ 75.00 หลังใช้ระบบ ค่า eGFR เฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเป็น 9.42±2.68 ค่า PPS คงที่ที่ 53.61±7.88 อัตราการได้รับ ACP/Family Meeting ครบถ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 91.67 และการเข้าถึงระบบติดตามผ่านโทรศัพท์/Line เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.22 เป็นร้อยละ 80.56

3.2.2 ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (n = 34) ก่อนใช้ระบบ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 ราย ร้อยละ 55.88 อายุเฉลี่ย 66.80±11.20 ปี การวินิจฉัยส่วนมากเป็นมะเร็งปอด 8 ราย ร้อยละ 23.53 อัตราการได้รับ ACP/Family Meeting ครั้งแรกร้อยละ 70.59 หลังใช้ระบบ อัตราการได้รับ ACP/Family Meeting ครบถ้วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.06 และการเข้าถึงระบบปรึกษาทางไกลผ่าน Line video call เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 94.12

3.3 ผลด้านอาการรบกวน วัดด้วยแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย มีคะแนนอาการรบกวนโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 42.50±10.80 คะแนน เป็น 24.30±8.20 คะแนน จากคะแนนเต็ม 110 คะแนน ($t = 13.62$, $p < .001$) โดยอาการที่มีพัฒนาการมากที่สุดคืออ่อนเพลีย (Fatigue) รองลงมาคือวิตกกังวลและหายใจเหนื่อย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีคะแนนอาการรบกวนลดลงจาก 42.18±8.65 คะแนน เป็น 24.35±6.92 คะแนน ($t = 12.95$, $p < .001$) โดยอาการที่มีพัฒนาการมากที่สุดคือปวด (Pain) รองลงมาคืออ่อนเพลียและหายใจเหนื่อย

3.4 ผลลัพธ์ด้านการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี (Good Death) การได้รับ ACP ครบถ้วน และการเสียชีวิตในสถานที่ที่ปรารถนา ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.44 เป็นร้อยละ 91.67 ($\chi^2 = 6.125$, $p = .013$) การได้รับ ACP ครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 91.67 ($\chi^2 = 5.143$, $p = .023$) เสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 88.89 ($\chi^2 = 6.750$, $p = .009$) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.65 เป็นร้อยละ 91.18 ($p = .003$) การได้รับ FM/ACP ครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.59 เป็นร้อยละ 97.06 ($p = .001$) เสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.82 เป็นร้อยละ 85.29 ($p = .005$) เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งระบบบูรณาการทั้งสองกลุ่มโรค (n = 70) อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.57 เป็นร้อยละ 91.43

3.5 ผลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อระบบการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มโรคไตเรื้อรังมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ

มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.62±0.38) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ($\bar{X}$ = 4.74±0.31) กลุ่มโรคมะเร็งมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($\bar{X}$ = 4.58±0.35) โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) เช่นเดียวกัน ($\bar{X}$ = 4.70±0.33) เมื่อรวมทั้งสองกลุ่มโรค ความพึงพอใจโดยรวมของระบบบูรณาการอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.60±0.37)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบปัญหาหลักสามด้าน ได้แก่ การขาดรูปแบบการจัดการอาการที่เป็นระบบร่วมกันทั้งสองกลุ่มโรค การขาดกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครอบคลุม และการขาดการบูรณาการระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา สายันเกณะ[8] ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบเดิมยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแลก่อนเข้าสู่ระบบคลินิกเฉพาะทาง สะท้อนช่องว่างเชิงระบบในลักษณะเดียวกับที่พบในพื้นที่อำเภอกงไกรลาศ เช่นเดียวกับ นันท์นภัส ประไพ และนันทิกานต์ หวังจิ[9] ที่พบว่าโรงพยาบาลระดับชุมชนยังเริ่มต้นบทสนทนาเรื่องการดูแลระยะท้ายได้ล่าช้า อันเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่ทันเวลา ปรากฏการณ์การดำเนินรูปแบบเฉพาะโรคแยกจากกันโดยไม่มีโครงสร้างร่วมยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ เพ็ญศรี รักษ์วงค์ และคณะ[10] ที่ชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในบริบทไทยเผชิญปัญหาความไม่ต่อเนื่องของบริการอันเนื่องมาจากขาดระบบเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการ ในระดับนานาชาติ Hojjat-Assari และคณะ[11]พบว่าการพัฒนารูปแบบดูแลแบบประคับประคองโดยชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการสำรวจสภาพปัญหาเชิงลึกก่อนออกแบบรูปแบบเสมอ เนื่องจากบริบทของแต่ละพื้นที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและวัฒนธรรมการดูแลที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้จึงยืนยันหลักการดังกล่าวว่าการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างรอบด้านเป็นรากฐานสำคัญก่อนพัฒนารูปแบบใด ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทจริง นอกจากนี้ ปัญหาการดำเนินงานคู่ขนานโดยไม่บูรณาการยังสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดของแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพแบบแยกส่วนตามกลุ่มโรค ซึ่งไม่สอดรับกับแนวโน้มการดำเนินนโยบายเชิงระบบที่มุ่งเชื่อมโยงการดูแลข้ามกลุ่มโรคเข้าด้วยกัน ดังที่ปรากฏในนโยบายสถานชีวาภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ค้นพบยังชี้ให้เห็นโอกาสสำคัญในการพัฒนา กล่าวคือ องค์ประกอบของรูปแบบเฉพาะโรคที่มีอยู่เดิมสามารถนำมาสังเคราะห์และปรับใช้ร่วมกันได้ โดยไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นพัฒนาใหม่ทั้งหมด อันเป็นจุดตั้งต้นสำคัญของกระบวนการพัฒนารูปแบบในวัตถุประสงค์ข้อถัดไป

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality โดยบูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน ระบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิในระดับสูงสุด สะท้อนความสอดคล้องของกรอบแนวคิด KONGKRAILAS กับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคด้วยทรัพยากรจำกัด ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ เพ็ญศรี รักษ์วงค์ และคณะ (2568) ที่พบว่าระบบการพยาบาลไร้รอยต่อซึ่งบูรณาการการจัดการรายกรณีร่วมกับการพยาบาลทางไกลช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิผล เช่นเดียวกับกระบวนการพัฒนาระบบครั้งนี้ที่อาศัยระบบปรึกษาทางไกลเป็นกลไกเชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน สอดคล้องกับข้อเสนอของ Kates และคณะ[12] ที่ระบุว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผ่านระบบทางไกลช่วยลดอุปสรรคด้านระยะทางและการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างเป็นรูปธรรม การบูรณาการองค์ประกอบการวางแผนดูแลล่วงหน้าเข้าเป็นแกนกลางของระบบยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Hojjat-Assari และคณะ[11] ที่เสนอว่ารูปแบบการดูแล

แบบประคับประคองโดยชุมชนควรยึดกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเป็นฐาน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระบวนการพัฒนารูปแบบผ่านวงจร PAOR หลายวงรอบในการศึกษาครั้งนี้ยังช่วยให้เกิดการปรับปรุงต่อเนื่องตามข้อจำกัดที่ค้นพบในแต่ละรอบ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเฉพาะโรคที่พัฒนาแยกกันมาก่อนหน้า และช่วยลดความซ้ำซ้อนของเครื่องมือประเมินระหว่างสองกลุ่มโรคได้อย่างเป็นระบบ ผลการยอมรับรูปแบบจากผู้บริหารโรงพยาบาลยังสะท้อนถึงความเป็นไปได้ในการนำไปขยายผลเชิงนโยบายระดับเครือข่าย ซึ่งสอดรับกับทิศทางนโยบายสถานชีวาภิบาลที่มุ่งเชื่อมโยงการดูแลโรงพยาบาล บ้าน และชุมชนเข้าด้วยกันในระดับประเทศ

การประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้น ผลการประเมินพบว่าอัตราการวางแผนดูแลล่วงหน้าครบถ้วน อัตราการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และอัตราการเสียชีวิตในสถานที่ที่ปรารถนาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทั้งสองกลุ่มโรค ขณะที่คะแนนอาการรบกวนลดลงอย่างเป็นระบบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ Scherer และคณะ[13] ที่พบว่าการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้ากับการดูแลโรคไตช่วยลดภาระอาการโดยรวมและเพิ่มการทำเอกสารวางแผนดูแลล่วงหน้าเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ เช่นเดียวกับ Song และคณะ[14] ที่พบว่าโปรแกรมวางแผนดูแลล่วงหน้าเชิงโครงสร้างช่วยเพิ่มความสอดคล้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้แทนตัดสินใจเรื่องเป้าหมายการดูแลระยะสุดท้าย และลดความวิตกกังวลของผู้แทนตัดสินใจภายหลังการสูญเสีย ในบริบทไทย ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระดับสูงสุดยังสอดคล้องกับ จิระมารถ กระเป๋าทอง[15] และ นันท์นภัส ประไพ และนันทิกานต์ หวังจิ[9] ที่พบว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองซึ่งมีองค์ประกอบด้านการวางแผนดูแลล่วงหน้าชัดเจนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการไปพร้อมกัน ผลด้านการลดการนำส่งโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นและการลดการเริ่มบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินยังสะท้อนถึงประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังอาการและการสื่อสารเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจนล่วงหน้า สอดคล้องกับแนวคิดของ ชุมศรี ต้นเกตุ และคณะ[16] ที่ชี้ว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีโครงสร้างชัดเจนส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกโดยตรง ผลลัพธ์เชิงระบบที่ดีขึ้นพร้อมกันในทั้งสองกลุ่มโรคจึงยืนยันว่าการบูรณาการองค์ประกอบร่วมของรูปแบบเฉพาะโรคเดิมเข้าเป็นระบบเดียว มิได้ลดทอนประสิทธิผลเฉพาะทางของแต่ละกลุ่มโรคลง แต่กลับเสริมความเข้มแข็งของระบบโดยรวมผ่านการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและมะเร็งระยะสุดท้ายสู่ Palliative Reality ที่บูรณาการ "กงไกรลาศโมเดล" ร่วมกับชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยปรับองค์ประกอบทั้ง 11 ด้านของกรอบแนวคิด KONGKRAILAS ให้เหมาะสมกับบริบทด้านกำลังคนและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพจากทั้งฝั่งโรคไตเรื้อรังและมะเร็งตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนและออกแบบระบบ

2. ควรจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) การประเมินอาการร่วมด้วย ESAS/PPS และการใช้ระบบ Tele-consultation ซ้ำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อรักษาระดับความรู้และทักษะของทีมสหวิชาชีพให้คงไว้อย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรค โดยเฉพาะบุคลากรใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานในระบบ

3. ควรดำเนินการประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อทบทวนกระบวนการ FM/ACP และผลการดูแลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มโรคผ่านระบบ Tele-consultation อย่างสม่ำเสมอในทุกวงรอบของ PAOR เพื่อทบทวนปัญหาที่พบในการดำเนินงาน วิเคราะห์สาเหตุ และนำผลไปปรับปรุงระบบการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้นในวงรอบถัดไป

4. ควรพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัด Service Plan สาขาชีวาภิบาลในรูปแบบ Real-time Dashboard ที่รวมตัวชี้วัดของทั้งสองกลุ่มโรคไว้ในภาพเดียวกัน เพื่อให้หัวหน้างานและผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถติดตามอัตรา Good Death อัตราการได้รับ FM/ACP อัตราการเริ่ม RRT ฉุกเฉิน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างรวดเร็ว

5. ควรประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 16 แห่งในพื้นที่อำเภอกงไกรลาศ เพื่อจัดระบบสนับสนุนอุปกรณ์สื่อสารและอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ขาดความพร้อมด้านเทคโนโลยี อันจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบการปรึกษาทางไกลของระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มโรคไตเรื้อรังหรือมะเร็งก็ตาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโรคและผู้ดูแลหลักทุกท่าน ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรโรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนตลอดทั้ง 3 วงรอบ ขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลกงไกรลาศและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2021). Palliative care [Fact sheet].
2. World Health Organization. (2558). Improving access to palliative care [Fact sheet, WHO/NMH/NVI/15.5].
3. Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(3), 229–263.
4. Bello, A. K., Okpechi, I. G., Levin, A., et al. (2024). An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. Lancet Global Health, 12, e382–e395.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2568). รายงานสถานการณ์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ประจำปี 2567. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
6. โรงพยาบาลกงไกรลาศ. (2568). รายงานประจำปีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประจำปี 2567. กงไกรลาศ: โรงพยาบาลกงไกรลาศ.
7. ชมพูนุช พายุหะ, สิริมาพร นาศพัฒน์, เพราพนิต สอนสิทธิ์ และกาญจนา จันทะนุย. (2568). การพัฒนาระบบบริการศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 47–59.
8. สุภัทรา สายันเกณะ. (2567). ระบบการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ปี 2567. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(4), 423–431.
9. นันท์นภัส ประไพ, และนันทิกานต์ หวังจิ. (2568). การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 10(1), 721–730.
10. เพ็ญศรี รักษ์วงค์, สุณัฏดา คเชนทร์ชัย, และมุจจรินทร์ อัศวพัฒน์. (2568). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองบูรณาการไร้รอยต่อเครือข่าย รพ.มหาราชนครราชสีมา ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 43(4), e281574.
11. Hojjat-Assari, S., Rassouli, M., Madani, M., & Heydari, H. (2021). Developing an integrated model of community-based palliative care into the primary health care (PHC) for terminally ill cancer patients in Iran. BMC Palliative Care, 20(1), 94.

12. Kates, J., Stricker, C. T., Rising, K. L., Gentsch, A. T., Solomon, E., Powers, V., Salcedo, V. J., & Worster, B. (2024). Perspectives from patients with chronic lung disease on a telehealth-facilitated integrated palliative care model: A qualitative content analysis study. BMC Palliative Care, 23(1), 100.
13. Scherer, J. S., Rau, M. E., Krieger, A., Xia, Y., Zhong, H., Brody, A., Charytan, D. M., & Chodosh, J. (2022). A pilot randomized controlled trial of integrated palliative care and nephrology care. Kidney360, 3(10), 1720–1729.
14. Song, M. K., Manatunga, A., Plantinga, L., Metzger, M., Kshirsagar, A. V., Lea, J., Abdel-Rahman, E. M., Jhamb, M., Wu, E., Englert, J., & Ward, S. E. (2024). Effectiveness of an advance care planning intervention in adults receiving dialysis and their families: A cluster randomized clinical trial. JAMA Network Open, 7(1), e2351511.
15. จิระมารถ กระเป๋าทอง. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาลโคกสำโรง. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 10(5), 517–525.
16. ชุมศรี ต้นเกตุ, อรพิน นวพงศกร, ปัณณทัต บนขุนทด, และณรงค์กร ชัยวงศ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(1), 20–30.

การพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Development of a Seamless Service Model for Colorectal Cancer : From Screening to Treatment – Ban Phai District Health Service Network, Khon Kaen Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สราวุธ พิชิตสุริยา[1]
Sarawut Pichitsuriya[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบและ 3) ประเมินผลรูปแบบ ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่าย จำนวน 58 คน ร่วมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีผล FIT Test เป็นบวก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและผู้ดูแลหลัก เครื่องมือวิจัย : รูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ แนวปฏิบัติการคัดกรองและเตรียมส่องกล้อง ระบบสารสนเทศเพื่อการติดตาม แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและระบบบริการ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ระบบมาตรฐานการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน 2) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตาม 3) ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) และ 4) ช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระดับชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านไผ่จนถึงโรงพยาบาลศูนย์ ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผลลัพธ์ของระบบบริการมีแนวโน้มดีขึ้น โดยความครอบคลุมของการคัดกรองด้วย FIT Test เพิ่มจากร้อยละ 65.30 เป็นร้อยละ 94.07 ผู้มีผล FIT Test เป็นบวกได้รับ Colonoscopy เพิ่มจากร้อยละ 91.67 เป็นร้อยละ 94.90 และได้รับ Colonoscopy ภายใน 30 วันเพิ่มจากร้อยละ 75.76 เป็นร้อยละ 92.47 ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยจากผล FIT Test เป็นบวกถึง Colonoscopy ลดจาก 39.2 ± 14.6 วัน เหลือ 23.6 ± 8.4 วัน คุณภาพการเตรียมลำไส้ที่เหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 84.85 เป็นร้อยละ 95.70 และการเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์หรือต้องเลื่อนตรวจลดจากร้อยละ 15.15 เหลือร้อยละ 4.30 นอกจากนี้ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 66.67 เป็นร้อยละ 91.67 การได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 87.50 การได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 75.00 และการส่งกลับเพื่อติดตามต่อเนื่องในเครือข่ายเพิ่มจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 92.86 บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.53 ± 0.42 และผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.57 ± 0.40 โดยด้านความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 4.63 ± 0.37

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การดูแลแบบไร้รอยต่อ, คัดกรอง

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a seamless service model for colorectal cancer, covering the continuum from screening to treatment, within the Ban Phai District Health Service Network, Khon Kaen Province. The study was conducted between July 2025-August 2026,utilizing the action research framework of Kemmis and McTaggart. It comprised three phases: 1) situational analysis and problem assessment; 2) model development through two cycles of planning, acting, observing, and reflecting; and 3) model evaluation. Participants involved in the development included 58 multidisciplinary personnel and

[1] โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

network stakeholders, alongside the target population (individuals with positive FIT test results), colorectal cancer patients, and their primary caregivers. Research instruments included the seamless care model, guidelines for screening and colonoscopy preparation, a monitoring information system, clinical and service outcome record forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research findings revealed that... The developed seamless service model comprises four key components: 1) standardized screening and collaborative care protocols; 2) an information technology system for monitoring; 3) case managers; and 4) communication channels among the multidisciplinary team. These elements link care across the community, primary care units, Ban Phai Hospital, and the regional hospital. Following the model's development, service outcomes have shown improvement. Screening coverage using the FIT test increased from 65.30% to 94.07%. The rate of colonoscopy uptake among those with positive FIT results rose from 91.67% to 94.90%, with the proportion undergoing the procedure within 30 days increasing from 75.76% to 92.47%. Meanwhile, the average time from a positive FIT result to colonoscopy decreased from 39.2 ± 14.6 days to 23.6 ± 8.4 days. Adequate bowel preparation quality improved from 84.85% to 95.70%, while instances of incomplete bowel preparation or procedure postponement dropped from 15.15% to 4.30%. Furthermore, the rate of patients undergoing surgery within four weeks rose from 66.67% to 91.67%; chemotherapy initiation within six weeks increased from 60.00% to 87.50%; radiotherapy initiation within six weeks rose from 50.00% to 75.00%; and referrals for continued follow-up within the network increased from 75.00% to 92.86%. Staff satisfaction with the overall model was at the highest level (mean 4.53 ± 0.42), as was the overall satisfaction of patients and primary caregivers (mean 4.57 ± 0.40), with staff attentiveness receiving the highest mean score (4.63 ± 0.37).

Keywords : Colorectal cancer, seamless care, FIT test, colonoscopy

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรทั่วโลก จากรายงานสถิติมะเร็งโลก GLOBOCAN 2022 พบว่า ในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกเกือบ 20 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.7 ล้านราย โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal Cancer: CRC) เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ของโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอันดับ 2 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1.9 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 900,000 รายต่อปี[1] ประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 4 ในเพศหญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีตามการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ได้แก่ การบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารแปรรูป การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน และการขาดการออกกำลังกาย[2,3] โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ หากตรวจพบตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือระยะเริ่มแรก เนื่องจากมะเร็งส่วนใหญ่พัฒนามาจากติ่งเนื้อชนิด Adenomatous polyp ซึ่งใช้เวลาหลายปีจึงเปลี่ยนเป็นมะเร็ง การตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test: FIT) ร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในผู้ที่มีผล FIT Test เป็นบวก สามารถตรวจพบและตัดติ่งเนื้อได้ก่อนเกิดมะเร็ง ส่งผลให้ลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ [4,5]

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาขาสำคัญของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการสาขามะเร็งควบคู่กับการจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) เพื่อให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การค้นหากลุ่มเสี่ยง การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ ตลอดจนการติดตามดูแลภายหลังการรักษา โดยอาศัยการบูรณาการการทำงานของหน่วยบริการทุกระดับในเครือข่ายบริการสุขภาพ[6] ขณะเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชาชนอายุ 50–70 ปี ด้วยวิธีตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test: FIT Test) และกำหนดให้ผู้ที่มีผลตรวจผิดปกติได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการรักษาตามแนวทางมาตรฐานอย่างรวดเร็ว (7) การประเมินผลการดำเนินงานมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงครอบคลุมตัวชี้วัดสำคัญตลอดเส้นทางการดูแล ได้แก่ ประชากรอายุ 50–70 ปีได้รับการตรวจคัดกรองด้วย FIT Test ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ผู้ที่มีผล FIT Test ผิดปกติได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ได้รับยาเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 และได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ตัวชี้วัดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพบริการจำเป็นต้องดำเนินการเชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรองในชุมชนจนถึงการรักษาเฉพาะทาง มิใช่มุ่งเน้นผลลัพธ์ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเพียงอย่างเดียว

จังหวัดขอนแก่นได้นำนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการผ่านเครือข่ายบริการสุขภาพทุกแห่ง โดยในปีงบประมาณ 2567 กำหนดกลุ่มเป้าหมายประชาชนอายุ 50–70 ปี สำหรับการตรวจคัดกรองด้วย FIT Test จำนวน 38,721 คน และกำหนดเป้าหมายการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 คาดว่าจะมีผู้ที่ต้องได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ประมาณ 2,131 คน สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ มีประชากรกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2,356 คน และคาดว่าจะมีผู้ต้องได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ประมาณ 130 คนต่อปี เพื่อตอบสนองต่อนโยบายและเป้าหมายดังกล่าว โรงพยาบาลบ้านไผ่จึงได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชาชนอายุ 50–70 ปี โดยมุ่งเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติและผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และเป็นไปตามมาตรฐาน

โรงพยาบาลบ้านไผ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่มีศักยภาพด้านศัลยกรรมและการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถให้บริการตรวจวินิจฉัยด้วย Colonoscopy การตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy) และการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งประสานส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาไปยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลได้พัฒนาศักยภาพด้านบุคลากร เครื่องมือ กระบวนการเตรียมผู้ป่วย และระบบบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการตรวจวินิจฉัย ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น อย่างไรก็ตาม แม้โรงพยาบาลบ้านไผ่จะมีศักยภาพในการให้บริการเพิ่มขึ้น แต่จากการทบทวนผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566–2568 โดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวางกรอบการวิจัย พบว่าจำนวนผู้ได้รับการตรวจ FIT Test เพิ่มขึ้นจาก 1,215 ราย 1,398 ราย และ 1,632 ราย ขณะที่จำนวนผู้ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นจาก 51 ราย เป็น 66 ราย และ 78 ราย ตามลำดับ แม้ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง และยังพบผู้ที่มีผล FIT Test ผิดปกติบางส่วนไม่ได้รับการส่องกล้องภายในระยะเวลาที่กำหนด

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการขาดนัดและการหลุดจากระบบติดตาม ความล่าช้าในการนัดหมายและเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้อง ความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในชุมชนกับโรงพยาบาล การประสานส่งต่อเพื่อรับการรักษาเฉพาะทางที่ยังไม่มีแนวทางเดียวกัน ตลอดจนผู้ป่วยบางส่วนได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลามแล้ว ส่งผลให้กระบวนการรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาหลายวิธี มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และเกิดผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต และภาระของครอบครัว จากการวิเคราะห์เส้นทางการดูแลผู้ป่วยพบว่า ช่องว่างสำคัญของระบบบริการไม่ได้เกิดจากข้อจำกัดด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความไม่ต่อเนื่องของกระบวนการดูแลตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลที่รับการรักษาเฉพาะทาง ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย การตรวจคัดกรอง การแจ้งและติดตามผล FIT Test ที่ผิดปกติ การนัดหมายและเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้อง การรายงานผลทางพยาธิวิทยา การประเมินระยะของโรค การวางแผนผ่าตัด การส่งต่อเพื่อรับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา และการติดตามดูแลภายหลังการรักษา แต่ละขั้นตอนมีผู้รับผิดชอบหลายหน่วยงาน ขณะที่ยังขาดระบบข้อมูล กลไกการประสานงาน และแนวทางติดตามผู้ป่วยรายกรณีที่เชื่อมโยงเป็นกระบวนการเดียวกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะศัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบ Service Plan สาขามะเร็ง และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบบริการและให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จึงมีแนวคิดดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบไร้รอยต่อในเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนพัฒนา นำรูปแบบไปใช้ สังเกตผล และสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้
ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)[7] ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) การวิจัยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care Model) ให้ครอบคลุมตลอดกระบวนการดูแล (Cancer Care Continuum) ตั้งแต่การคัดกรองด้วย FIT Test, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy), การส่งต่อรักษา/ผ่าตัด , การส่งต่อไปรับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จนถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จำนวนรวม 58 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์และอายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ : พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager), พยาบาลห้องผ่าตัด, วิสัญญีพยาบาล, พยาบาลห้องส่องกล้อง, และพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน บุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์: นักเทคนิคการแพทย์ (ห้องปฏิบัติการ), เภสัชกร, เจ้าหน้าที่พยาธิวิทยา, และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน บุคลากรระดับปฐมภูมิ: พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย ผู้รับผิดชอบ Service Plan สาขามะเร็ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50–70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง FIT Test, ผู้ที่มีผล FIT Test เป็นบวก, และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งเข้าสู่ระบบบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ในช่วงดำเนินการวิจัย และญาติหรือผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) กลุ่มผู้ประเมิน ได้แก่ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ปฏิบัติงานจริง เพื่อทำหน้าที่ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ และประสิทธิผลของรูปแบบ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569 (ระยะเวลา 1 ปี) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Situation Analysis) ทำการศึกษาสถานการณ์ บริบท ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ โดยทบทวนวรรณกรรม นโยบายกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขามะเร็ง และแนวปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2566–2568) จากเวชระเบียนและฐานข้อมูล HDC เกี่ยวกับจำนวนการคัดกรอง FIT Test, จำนวนผู้ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy, ระยะเวลารอคอย (Wait Time), และอัตราการขาดนัดหรือหลุดจากระบบติดตาม ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับทีมสหสาขาวิชาชีพ (58 คน) เพื่อวิเคราะห์ Gaps ในกระบวนการดูแล จากนั้นสรุปข้อมูลปัญหาและอุปสรรคเพื่อนำมากำหนดเป็นโจทย์ในการออกแบบแนวทางแก้ปัญหา

ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบฯ โดยดำเนินการจำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบ

วงรอบที่ 1 (Cycle 1) การดำเนินงานในวงรอบที่ 1 เริ่มจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบจำนวน 58 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกันและยกร่าง "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวครอบคลุมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลทางดิจิทัลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลบ้านไผ่ การกำหนดแนวทางการติดตามผู้ที่มีผลการคัดกรอง FIT Test ผิดปกติเพื่อให้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การจัดตั้งระบบประสานงานผ่านผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) การจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลตลอดจนการสร้างช่องทางการส่งต่อด่วนสำหรับการผ่าตัดหรือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น หลังจากได้ร่างรูปแบบดังกล่าว ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงและฝึกอบรมแนวทาง

ปฏิบัติใหม่ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. เครือข่าย จากนั้นจึงนำรูปแบบไปทดลองใช้จริงในระบบบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยในระหว่างการทดลองปฏิบัติงาน ได้มีการรวบรวมข้อมูลกระบวนการทำงานและติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง เช่น ระยะเวลารอคอย และอัตราการเข้าถึงบริการส่องกล้อง ควบคู่ไปกับการบันทึกปัญหา อุปสรรค และข้อขัดข้องที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาทดลองใช้ ได้มีการจัดประชุมทบทวนการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้แทนผู้รับบริการ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นและสรุปผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์ข้อดีและระบุจุดที่ยังต้องได้รับการแก้ไข เช่น ปัญหาความล่าช้าในการรายงานผลทางพยาธิวิทยา หรือข้อจำกัดในการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องของผู้รับบริการจากที่บ้าน ข้อมูลและข้อเสนอแนะทั้งหมดที่ได้จากการสะท้อนผลในระยะนี้ ถูกนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในวงรอบการวิจัยถัดไป

วงรอบที่ 2 (Cycle 2) การดำเนินงานในวงรอบที่ 2 เริ่มต้นจากการนำผลการสะท้อนคิดและข้อ

ค้นพบที่ได้จากวงรอบแรกมาปรับปรุงพัฒนากระบวนการทำงาน จนเกิดเป็น "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อ (ฉบับปรับปรุง)" โดยในระยะนี้ได้มีการปรับแก้แบบฟอร์มการส่งข้อมูลทางดิจิทัลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ปรับเปลี่ยนแนวทางการแจ้งเตือนนัดหมาย รวมถึงการเพิ่มระบบติดตามผู้ป่วยเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการรักษาให้มีความรวดเร็วและต่อเนื่อง จากนั้น ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฉบับปรับปรุงดังกล่าวไปทดลองใช้ปฏิบัติงานจริงในระบบบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยในระหว่างการทดลองใช้ ได้มีการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัดสำคัญ ประกอบด้วย ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 50–70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วย FIT Test, ร้อยละของผู้ที่มีผล FIT Test เป็นบวกที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ระยะเวลาตั้งแต่ทราบผล FIT Test เป็นบวกจนถึงวันที่ได้รับการส่องกล้อง และระยะเวลารอคอยการผ่าตัด หลังจากนั้นได้มีการจัดประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด การประชุมนี้มุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อยืนยันความสมบูรณ์ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินประสิทธิผลต่อไป

ระยะที่ 3 : ระยะประเมินผล (Evaluation & Conclusion) ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการทดลองใช้

รูปแบบในวงรอบการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงปริมาณก่อนและหลังการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง ควบคู่ไปกับการประเมินระดับความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก จากนั้นจึงนำข้อมูลและข้อค้นพบทั้งหมด มาสังเคราะห์เพื่อสรุปบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานผลลัพธ์จากการสังเคราะห์ข้อมูลได้ถูกนำไปใช้ในการจัดทำคู่มือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (Intervention Tools) ได้แก่ 1.1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อ: ประกอบด้วย Flowchart กระบวนการดูแล, แนวปฏิบัติการคัดกรอง FIT Test, แนวทางการเตรียมตัวส่องกล้อง Colonoscopy, และแนวทางการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ 1.2) ระบบสารสนเทศ/ดิจิทัลเชื่อมโยงข้อมูล : ระบบแจ้งเตือนผลตรวจและ

ติดตามผู้ป่วยระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลบ้านไผ่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Tools)

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical & System Data Record)
พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณตลอดเส้นทางการดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลรายบุคคล: สำหรับบันทึกรหัสผู้ป่วย (HN), วันที่คัดกรอง, ผลตรวจ FIT Test, วันที่นัดหมายและวันที่ส่องกล้องจริง, ระยะเวลารอคอย, ผลการวินิจฉัย, การผ่าตัดหรือการส่งต่อ,หน่วยงานที่รับส่งต่อ

2.1.2 แบบสรุปผลลัพธ์ทางคลินิกและระบบบริการ (Clinical & System Outcomes Summary) : สรุปข้อมูลเชิงสถิติในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรอง, ด้านการส่องกล้องและการวินิจฉัย, และด้านการรักษาและการส่งต่อ (เช่น อัตราการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ และการได้รับเคมีบำบัด/รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์)

2.2 ข้อคำถามประเด็นการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก (Focus Group & In-depth Interview Guide) เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured guide) สำหรับแพทย์ พยาบาล และผู้ประสานงานระบบส่งต่อ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในระบบส่งต่อ และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ สถานการณ์ปัจจุบัน, ปัญหาอุปสรรคตามกระบวนการดูแล, และความต้องการข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแล

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากร สำหรับประเมินภายหลังการทดลองใช้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (17 ข้อ) ครอบคลุม 5 ด้าน (กระบวนการดูแลและการส่งต่อ, ระบบข้อมูลและเครื่องมือ, การสื่อสาร ประสานงาน, การสนับสนุนจากผู้บริหาร, และผลลัพธ์การปฏิบัติงาน), และข้อเสนอแนะปลายเปิด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก สำหรับประเมินภายหลังการทดลองใช้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (14 ข้อ) ครอบคลุม 5 ด้าน (การตรวจคัดกรองและการให้ข้อมูล, การส่งต่อและความสะดวก, การดูแลรักษาที่ได้รับ, ความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่, และภาพรวม), และข้อเสนอแนะปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): นำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (ประกอบด้วยศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ, ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงปฏิบัติการ, และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกข้อที่มีค่า IOC 0.67 ขึ้นไป
ความเชื่อมั่น (Reliability): สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามความพึงพอใจบุคลากร เท่ากับ 0.80,0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics): ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ เช่น เปรียบเทียบระยะเวลารอคอย (Wait time) หรืออัตราการเข้าถึงการตรวจ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูลและผู้วิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของเครือข่ายบริการยางสีสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 12/2568 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบบริการ จากการทบทวนข้อมูลการดำเนินงานย้อนหลัง พ.ศ. 2566–2568 พบว่า จำนวนประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,215 ราย 1,398 ราย และ 1,632 ราย ขณะที่จำนวนผู้ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นจาก 51 ราย เป็น 66 ราย และ 78 ราย ตามลำดับ แม้ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบผู้ที่มีผล FIT Test ผิดปกติบางส่วนไม่สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และผู้ป่วยบางรายขาดนัดหรือหลุดจากระบบการติดตามดูแล ผลการวิเคราะห์กระบวนการดูแลตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษาพบประเด็นปัญหา 5 ประเด็น ได้แก่ 1.1 ด้านการคัดกรองและการติดตามผล การค้นหาและจัดทำทะเบียนประชากรกลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุม การแจ้งผล FIT Test ที่ผิดปกติและการติดตามผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการส่องกล้องยังไม่เป็นระบบเดียวกัน 1.2 ด้านการนัดหมายและการเตรียมผู้ป่วย มีความล่าช้าในการนัดหมายส่องกล้อง ผู้ป่วยบางรายเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์และยังขาดแนวทางเตรียมผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานร่วมกัน 1.3 ด้านข้อมูลและการสื่อสาร ข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลบ้านไผ่และโรงพยาบาลศูนย์ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ติดตามผู้ป่วยได้ยาก 1.4 ด้านการส่งต่อและการประสานงาน บทบาทของผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนไม่ชัดเจน แนวทางการส่งต่อเพื่อผ่าตัด เคมีบำบัดหรือรังสีรักษายังแตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการ 1.5 ด้านผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตรวจ และความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องหรือการรักษา ส่งผลให้เกิดการขาดนัดและความล่าช้า

ผลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า บุคลากรมีความต้องการแนวปฏิบัติและการดูแลร่วมกัน ระบบข้อมูลที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดกระบวนการ การกำหนดผู้จัดการรายกรณีหรือผู้ประสานงานหลัก ระบบแจ้งเตือนการนัดหมาย ตลอดจนกลไกการส่งต่อกลับให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง กล่าวโดยสรุป ระบบบริการเดิมมีศักยภาพด้านการตรวจส่องกล้องและการรักษาทางศัลยกรรม แต่ยังขาดการเชื่อมโยงกระบวนการตั้งแต่การคัดกรองในชุมชน การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ จนถึงการติดตามหลังการรักษา จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อเพื่อให้มีการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และระบบข้อมูลร่วมกันอย่างชัดเจน

2. ผลการพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

มุ่งเน้นการเชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จนถึงโรงพยาบาลศูนย์ที่รับการส่งต่อให้มีความต่อเนื่องเป็นระบบและสามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดกระบวนการดูแล โดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ระบบมาตรฐานการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน โดยจัดให้มีแนวปฏิบัติการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน ได้แก่ Flowchart และคู่มือการเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทาง

เดียวกันทั้งเครือข่าย ครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย วิธีการคัดกรอง การแปลผล การส่งต่อ การเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้อง ตลอดจนการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน

2.1.1 แนวปฏิบัติการคัดกรองและแนวทางการดูแลร่วมกัน เป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับบุคลากรทุกระดับในเครือข่าย โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง วิธีการตรวจ FIT Test ที่ถูกต้อง หลักเกณฑ์การแปลผลทั้งกรณีผลปกติและผลผิดปกติ รวมถึงเกณฑ์และระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อในแต่ละขั้นตอนของการดูแล ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลบ้านไผ่ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น สามารถดำเนินงานภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ลดความแตกต่างในการตัดสินใจทางคลินิก และลดการประเมินหรือดำเนินการซ้ำโดยไม่จำเป็นเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

2.1.2 Flowchart การดูแลตามลำดับขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การค้นหาและคัดกรอง ในชุมชน การแจ้งผล การนัดหมายและเตรียมส่องกล้อง การส่องกล้อง การวินิจฉัยและประเมินระยะของโรค การวางแผนรักษา การส่งต่อตลอดจนการติดตามและส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมระบุผู้รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ช่วยให้บุคลากรทุกระดับสามารถตรวจสอบสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย และประสานแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบความล่าช้าหรือข้อขัดข้องในระบบ

2.1.3 คู่มือการเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรใช้เป็นแนวทางในการเตรียมลำไส้ การควบคุมอาหารในแต่ละช่วงเวลา วิธีการใช้ยาระบาย การจัดการยาประจำตัวในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ตลอดจนข้อควรระวังก่อนและหลังการตรวจ เนื้อหาใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถใช้ในการให้คำแนะนำได้ทั้งที่โรงพยาบาลบ้านไผ่และหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ ลดการยกเลิกหรือเลื่อนนัดจากการเตรียมตัวไม่สมบูรณ์ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดกระบวนการตรวจ

2.2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตาม (Digital Tracking System) ในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยตลอดเส้นทางการดูแล โดยบูรณาการฐานข้อมูลดิจิทัลของเครือข่ายเข้ากับระบบแจ้งเตือนและติดตามนัดหมาย ทำให้สามารถบันทึกและตรวจสอบสถานะของผู้ป่วยได้ตั้งแต่การคัดกรอง ผล FIT Test การนัดและการส่องกล้อง ผลการวินิจฉัยและพยาธิวิทยา การรักษา การส่งต่อ จนถึงการติดตามหลังการรักษา ระบบดังกล่าวช่วยให้ทีมดูแลสามารถติดตามผู้ป่วยได้เป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ลดโอกาสการหลุดจากระบบ และใช้ข้อมูลในการประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของบริการในภาพรวมของเครือข่าย

2.2.1 ระบบข้อมูลดิจิทัลเชื่อมโยงเครือข่าย ระบบข้อมูลดิจิทัลทำหน้าที่รวบรวมและบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยแต่ละรายตลอดเส้นทางการดูแล ได้แก่ วันที่คัดกรอง ผล FIT Test วันนัดหมายและวันที่ได้รับการส่องกล้องจริง ระยะเวลารอคอย ผลการวินิจฉัย ระยะของโรค ผลพยาธิวิทยา ข้อมูลการรักษา การผ่าตัดหรือการส่งต่อ รวมถึงหน่วยงานปลายทางที่รับการรักษาต่อ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการช่วยให้สามารถติดตามสถานะผู้ป่วยได้อย่างเป็นปัจจุบัน ลดความสูญหายหรือความซ้ำซ้อนของข้อมูล และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลลัพธ์ของระบบ เช่น อัตราการคัดกรอง อัตราการได้รับการส่องกล้อง ระยะเวลารอคอย และความต่อเนื่องของการรักษา

2.2.2 ระบบแจ้งเตือนและติดตามนัดหมาย ระบบแจ้งเตือนถูกออกแบบให้สนับสนุนการติดตามเชิงรุก เช่น เมื่อพบผล FIT Test เป็นบวก เมื่อใกล้ถึงวันนัดส่องกล้อง เมื่อผลพยาธิวิทยาออก เมื่อถึงกำหนดรับการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยขาดนัดในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง การแจ้งเตือนดังกล่าวช่วยให้ผู้จัดการรายกรณีและทีมที่เกี่ยวข้องสามารถ

ดำเนินการติดตาม ประสานงาน และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการติดตามและลดภาระจากการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการแบบเดิม

2.3 ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นกลไกหลักด้านการประสานและเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตั้งแต่การได้รับผลคัดกรองผิดปกติจนกระทั่งเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย การรักษา และการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา การประสานนัดหมายระหว่างหน่วยบริการ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับบริการ การค้นหาและแก้ไขปัญหาเฉพาะราย รวมถึงการติดตามผลหลังการส่งต่อและประสานการส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน บทบาทดังกล่าวช่วยลดภาระของผู้ป่วยและครอบครัวในการประสานบริการด้วยตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการขาดนัด และทำให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดูแล

2.4 ช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Communication Channel) การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นกลไกสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว โดยกำหนดช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างแพทย์ พยาบาล ผู้จัดการรายกรณี ห้องส่องกล้อง ห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติการ เวชระเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ที่รับการส่งต่อ ช่องทางดังกล่าวใช้สำหรับการส่งต่อข้อมูลสำคัญ การแจ้งผลตรวจ การประสานนัดหมาย การปรึกษาปัญหาทางคลินิก และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ช่วยให้ข้อมูลผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างครบถ้วนและทันเวลา ลดช่องว่างในการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ลดความล่าช้าในการตัดสินใจและการส่งต่อ และสนับสนุนให้ทีมทุกระดับสามารถดูแลผู้ป่วยได้

โดยสรุป องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ระบบมาตรฐานการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตาม ผู้จัดการรายกรณีและช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำงานเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การคัดกรองในชุมชนการวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ จนถึงการติดตามหลังการรักษา ช่วยลดความล่าช้า และเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะเข้าสู่การวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้



3. ประเมินผลรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

3.1 ด้านผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังพัฒนา ผลการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2567–2569 พบว่า ระบบบริการตั้งแต่การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การเตรียมผู้ป่วย การรักษา การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่องมีแนวโน้มดีขึ้น โดยจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2567 - 2569 เพิ่มขึ้น จำนวน 2,141 , 2,260 ราย และ 2,680 ราย และจากการดำเนิน 1) ด้านการเข้าถึงการคัดกรองด้วย FIT Test โดยจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองด้วย FIT Test เพิ่มจาก 1,398 ราย เป็น 1,632 ราย และ 2,521 ราย ตามลำดับ ความครอบคลุมของการคัดกรอง พบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.30 , 72.21 เป็น 94.07 สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน 2) ด้านการติดตามผู้มีผล FIT Test เป็นบวกและการเข้าสู่การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า จำนวนผู้มีผล FIT Test เป็นบวกเพิ่มจาก 72 ราย เป็น 84 ราย และ 98 ราย ตามลำดับ โดยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy จำนวน 66,78, 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.67, 92.86 และ 94.90 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้มีผลคัดกรองผิดปกติที่สามารถเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความรวดเร็วในการได้รับ Colonoscopy พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องภายใน 30 วันเพิ่มจากร้อยละ 75.76, 82.05 ,92.47 ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ทราบผล FIT Test เป็นบวกจนถึงได้รับ Colonoscopy ลดลงจาก 39.2 ± 14.6 วัน เป็น 31.4 ± 11.2 วัน และ 23.6 ± 8.4 วัน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติสามารถเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้น โดยระยะเวลารอคอยลดลงประมาณ 15.6 วันเมื่อเปรียบเทียบปี พ.ศ. 2567 กับปี พ.ศ. 2569 3) ด้านคุณภาพการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง พบว่า ผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ได้อย่างเหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 84.85, 89.74 ,95.70 ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์หรือต้องเลื่อนการตรวจลดลงจากร้อยละ 15.15 ,10.26 และเหลือเพียงร้อยละ 4.30 ตามลำดับ สะท้อนถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นของกระบวนการให้คำแนะนำ การเตรียมความพร้อมและการติดตามผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้อง 4) ด้านการวินิจฉัยรักษา พบว่า ผู้ที่ได้รับ Colonoscopy และตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 12.12 ,12.82 และร้อยละ 15.05 5) ด้านการเข้าถึงการรักษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ผ่าตัดเพิ่มจาก 6 ราย เป็น 8 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 66.67, 75.00, 91.67 สอดคล้องกับระยะเวลารอคอยการผ่าตัดที่ลดลงจาก 32.8 ± 11.2 วัน เป็น 27.4 ± 9.5 วัน และ 19.5 ± 6.8 วัน ตามลำดับ แสดงถึงความรวดเร็วในการนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาด้วยการผ่าตัดที่ดีขึ้น ด้านการได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้รับเคมีบำบัดมีจำนวน 5, 7 และ 8 ราย โดยได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 60.00, 71.43, 87.50 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นของการประสานส่งต่อและการเข้าสู่การรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ด้านการได้รับรังสีรักษา จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เพิ่มจาก 2 ราย เป็น 3 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 50.00, 66.67, 75.00 สะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องของระบบส่งต่อเพื่อรับบริการรักษาเฉพาะทางที่เพิ่มขึ้น ด้านความต่อเนื่องของการดูแลหลังการรักษา พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับเพื่อติดตามต่อเนื่องในเครือข่ายเพิ่มจากร้อยละ 75.00 ,80.00, 92.86 แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างหน่วย

บริการและการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาที่มีแนวโน้มดีขึ้น

โดยสรุป ผลการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2567–2569 แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดกระบวนการดูแล ตั้งแต่ความครอบคลุมของการคัดกรอง FIT Test ที่เพิ่มจากร้อยละ 65.30 เป็น 94.07 การนำผู้มีผล FIT positive เข้าสู่ Colonoscopy เพิ่มเป็นร้อยละ 94.90 การได้รับ Colonoscopy ภายใน 30 วันเพิ่มเป็นร้อยละ 92.47 คุณภาพการเตรียมลำไส้เพิ่มเป็นร้อยละ 95.70 ตลอดจนการเข้าถึงการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และการส่งกลับติดตามต่อเนื่องที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันระยะเวลารอคอยทั้งการส่องกล้องและการผ่าตัดลดลง สะท้อนถึงแนวโน้มของระบบบริการที่มี ความครอบคลุม รวดเร็ว และต่อเนื่องมากขึ้นตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษาและติดตามกลับสู่เครือข่าย ตามรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พ.ศ. 2567–2569

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา
	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	2,141 ราย	2,260 ราย	2,680 ราย
จำนวนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วย FIT Test	1,398 ราย	1,632 ราย	2,521 ราย
จำนวนผู้มีผล FIT Test เป็นบวก	72 ราย	84 ราย	98 ราย
จำนวนได้รับ Colonoscopy	66 ราย	78 ราย	93 ราย
ร้อยละ FIT positive ได้รับ Colonoscopy	66/72 (91.67%)	78/84 (92.86%)	93/98 (94.90%)
ร้อยละผู้ป่วยได้รับ Colonoscopy ภายใน 30 วัน	50/66 (75.76%)	64/78 82.05%)	86/93(92.47%)
ระยะเวลาเฉลี่ยจาก FIT positive ถึง Colonoscopy	39.2 ± 14.6 วัน	31.4 ± 11.2 วัน	23.6 ± 8.4 วัน
ร้อยละผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ได้เหมาะสม	56/66 (84.85%)	70/78 (89.74%)	89/93(95.70%)
ร้อยละผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์/ต้องเลื่อนตรวจ	10/66 (15.15%)	8/78 (10.26%)	4/93 (4.30%)
ร้อยละตรวจพบมะเร็งจากผู้ได้รับ Colonoscopy	8/66 (12.12%)	10/78 (12.82%)	14/93 (15.05%)
จำนวนผู้ป่วยข้อบ่งชี้ผ่าตัด	6 ราย	8 ราย	12 ราย
ร้อยละได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	4/6 (66.67%)	6/8 (75.00%)	11/12 (91.67%)
ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด	32.8 ± 11.2 วัน	27.4 ± 9.5 วัน	19.5 ± 6.8 วัน
จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้รับเคมีบำบัด	5 ราย	7 ราย	8 ราย
ร้อยละผู้ที่ได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์	3/5 (60.00%)	5/7 (71.43%)	7/8 (87.50%)
จำนวนผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้รับรังสีรักษา	2 ราย	3 ราย	4 ราย
ร้อยละผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์	1/2 (50.00%)	2/3 (66.67%)	3/4 (75.00%)
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับติดตามต่อเนื่องในเครือข่าย	6/8 (75.00%)	8/10 (80.00%)	13/14 (92.86%)

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 ± 0.42 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การสื่อสารและการประสานงานมีค่าเฉลี่ย 4.58 ± 0.39 รองลงมา ได้แก่ ผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 4.57 ± 0.40 และการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีค่าเฉลี่ย 4.54 ± 0.41 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน สำหรับกระบวนการดูแลและการส่งต่อ มีค่าเฉลี่ย 4.51 ±

0.43 อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ขั้นตอนการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยมีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น ส่วนด้านระบบข้อมูล มีค่าเฉลี่ย 4.46 ± 0.45 อยู่ในระดับมาก แม้จะมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย แต่ยังสะท้อนว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับสูง โดยสรุป ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีการยอมรับและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร การประสานงาน และผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนถึงความเหมาะสมของรูปแบบในการสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการบริการ

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ± 0.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ย 4.63 ± 0.37 รองลงมา ได้แก่ การดูแลรักษาที่ได้รับ มีค่าเฉลี่ย 4.60 ± 0.38 และ ความพึงพอใจในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 4.59 ± 0.39 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ด้าน การตรวจคัดกรองและการให้ข้อมูล มีค่าเฉลี่ย 4.55 ± 0.41 อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย และกระบวนการดูแลที่เหมาะสมและเข้าใจได้ ส่วนด้านการส่งต่อและความสะดวกในการรับบริการ มีค่าเฉลี่ย 4.48 ± 0.44 อยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น แม้ยังอยู่ในระดับความพึงพอใจสูง โดยสรุป ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่และการดูแลรักษาที่ได้รับ สะท้อนว่ารูปแบบบริการสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ทั้งด้านคุณภาพการดูแล การให้ข้อมูล และความต่อเนื่องของบริการ ขณะเดียวกันด้านการส่งต่อและความสะดวกในการรับบริการเป็นประเด็นที่อาจนำไปใช้พัฒนาระบบบริการให้สะดวกและคล่องตัวยิ่งขึ้นต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมตลอดการดูแล ตั้งแต่การค้นหากลุ่มเป้าหมายและการคัดกรองด้วย FIT Test การติดตามผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) การเตรียมความพร้อมก่อนตรวจ การวินิจฉัย การผ่าตัด การส่งต่อเพื่อรับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา จนถึงการส่งกลับและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) และ Cancer Care Continuum ที่มุ่งเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับให้เป็นกระบวนการเดียวกัน ก่อนการพัฒนารูปแบบพบช่องว่างของระบบบริการหลายด้าน ได้แก่ การค้นหาและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุม การติดตามผู้มีผล FIT Test ผิดปกติยังไม่เป็นระบบ ความล่าช้าในการนัดหมายส่องกล้อง การเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์ ข้อมูลระหว่างหน่วยบริการไม่เชื่อมโยง บทบาทของผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนไม่ชัดเจน ตลอดจนระบบส่งต่อเพื่อการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาที่ยังมีแนวทางแตกต่างกัน การนำปัญหาเหล่านี้มาใช้เป็นฐานในการออกแบบระบบผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ วางแผน ทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงรูปแบบเป็นวงรอบ ทำให้

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้

รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ระบบมาตรฐานการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตาม ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) และช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านทำงานเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านไผ่จนถึงโรงพยาบาลศูนย์ ช่วยให้มีการกำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และระบบติดตามสถานะผู้ป่วยที่ชัดเจน สามารถค้นหาจุดที่เกิดความล่าช้าและประสานแก้ไขได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงการคัดกรองและการเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยความครอบคลุมของการคัดกรองด้วย FIT Test เพิ่มจากร้อยละ 65.30 เป็นร้อยละ 94.07 ในปี พ.ศ. 2568 ขณะเดียวกัน สัดส่วนผู้มีผล FIT Test เป็นบวกที่ได้รับ Colonoscopy เพิ่มจากร้อยละ 91.67 เป็นร้อยละ 94.90 ตามลำดับ รวมทั้งสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับ Colonoscopy ภายใน 30 วันเพิ่มจากร้อยละ 75.76 เป็นร้อยละ 92.47 ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ทราบผล FIT Test เป็นบวกจนถึงได้รับ Colonoscopy ลดลงจาก 39.2 ± 14.6 วัน เหลือ 23.6 ± 8.4 วัน ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบสามารถเชื่อมต่อผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็วและต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งนี้การกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การมีระบบแจ้งเตือน ตลอดจนบทบาทของ Case Manager ในการติดตามผู้ป่วยรายบุคคล ประสานนัดหมายและแก้ไขปัญหาที่อาจทำให้ผู้ป่วยขาดนัดหรือหลุดจากระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช พลเดช, สมจิตต์ สินธุชัย,ศิริวรรณ ฉิมมี [8] ที่พบว่าการจัดระบบติดตามผู้ป่วยด้วยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีร่วมกับระบบสารสนเทศแจ้งเตือน สามารถลดระยะเวลารอคอยส่องกล้องลำไส้ใหญ่และเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องมีแนวโน้มดีขึ้นเช่นเดียวกัน โดยผู้ป่วยที่สามารถเตรียมลำไส้ได้อย่างเหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 84.85 เป็นร้อยละ 95.70 ขณะที่การเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์หรือต้องเลื่อนการตรวจลดลงจากร้อยละ 15.15 เป็นร้อยละ 4.30 ตามลำดับ ผลดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการจัดทำคู่มือการเตรียมตัวส่องกล้องที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมการควบคุมอาหาร การใช้ยาระบาย การจัดการยาประจำตัวในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม และข้อควรระวังก่อนและหลังการตรวจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันทั้งจากโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้การเตรียมความพร้อมก่อนตรวจมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Kurlander et al. (2019)[9] ที่ระบุว่าการส่งเสริมการเตรียมลำไส้ผ่านการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่เป็นมาตรฐานร่วมกับการติดตามผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถเพิ่มอัตราความสมบูรณ์ของการเตรียมลำไส้ และลดอัตราการต้องเลื่อนตรวจส่องกล้องได้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์ด้านการรักษาแสดงแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์เพิ่มขึ้น ขณะที่ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดลดลง นอกจากนี้ สัดส่วนผู้มีข้อบ่งชี้ที่ได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 87.50 ขณะที่ผู้ที่ได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 75.00 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบไม่ได้มุ่งเฉพาะการเพิ่มการคัดกรองและการส่องกล้องเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงผู้ป่วยจากการวินิจฉัยเข้าสู่การรักษาเฉพาะทางได้รวดเร็วและต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากการกำหนดช่องทางประสานงานที่ชัดเจนระหว่างศัลยแพทย์ พยาบาล Case Manager ห้องส่องกล้อง ห้องผ่าตัด หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งการใช้ข้อมูลสถานะผู้ป่วยในการติดตามและแจ้งเตือนตามแผนการรักษา ในด้านความต่อเนื่องของการดูแลหลังการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับเพื่อติดตาม

ต่อเนื่องในเครือข่ายเพิ่มจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 92.86 สะท้อนถึงการเชื่อมโยงข้อมูลและการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการในพื้นที่ได้ดีขึ้น การดูแลจึงไม่ได้สิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหรือการรักษาเฉพาะทาง แต่มีการส่งต่อข้อมูลและส่งกลับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบติดตามใกล้บ้าน ทำให้ทีมในชุมชนสามารถรับทราบแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Cancer Care Continuum ของ Gorin et al.[10] ที่เน้นย้ำว่าการจัดการดูแลมะเร็งที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการเชื่อมโยงบริการตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา ไปจนถึงการดูแลฟื้นฟูและการติดตามในชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งช่วยลดอัตราการขาดติดตามและการสูญเสียโอกาสในการรักษาของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน โดยความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือการดูแลรักษาที่ได้รับ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง การมีผู้ประสานงานที่ชัดเจน และการติดตามผู้ป่วยตลอดเส้นทางบริการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจและรับรู้ถึงความต่อเนื่องของการดูแล ขณะที่ด้านการส่งต่อและความสะดวกในการรับบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แม้ยังอยู่ในระดับมาก จึงควรพัฒนาระบบนัดหมายการส่งข้อมูลล่วงหน้า การประสานคิวนัด และการติดตามผลหลังส่งต่อ เพื่อลดขั้นตอนและภาระในการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัว

โดยสรุป รูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ และผลการดำเนินงานแสดงแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดเส้นทางการดูแล ทั้งด้านความครอบคลุมของการคัดกรอง การนำผู้มีผล FIT Test เป็นบวกเข้าสู่ Colonoscopy ความรวดเร็วในการตรวจวินิจฉัย คุณภาพการเตรียมลำไส้ การเข้าถึงการผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษา ตลอดจนการส่งกลับติดตามต่อเนื่องในชุมชน โดยระบบมาตรฐานการดูแลร่วมกัน ระบบข้อมูลติดตามผู้ป่วย Case Manager และการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเชื่อมแต่ละช่วงของบริการให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น

เอกสารอางอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229–263. doi:10.3322/caac.21834.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2566.
3. World Health Organization. Colorectal cancer. Geneva: World Health Organization; 2026.
4. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแผนแม่บท (Service Plan) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง และผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข: การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและการเข้าถึงการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การจัดการระบบบริการโรคมะเร็ง: การคัดกรอง วินิจฉัย และการดูแลรักษาโรคมะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

8. นงนุช พลเดช, สมจิตต์ สินธุชัย, ศิริวรรณ ฉิมมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยใช้ผู้จัดการรายกรณีและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เครือข่ายบริการสุขภาพ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(2), 115–128.
9. Kurlander, J. E., Saini, S. D., & Weissman, A. (2019). Improving bowel preparation quality for colonoscopy: A systematic review and meta-analysis of patient education and navigation interventions. Gastroenterology, 156(6), 1642–1654.
10. Gorin, S. S., Badr, H., & Krebs, P. (2017). Integrated cancer care across the continuum: Bridging screening, treatment, and survivorship. Journal of Clinical Oncology, 35(8), 890–898.

การพัฒนารูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Model to Delay and Prevent Dementia in the Elderly through Community Network Participation: Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พัชรมาศ คุณวงศ์[1]กาญจนา จันทะนุย[1],อารีร่า สว่างไธสง[1],จันจิรา เพ็ชรนาค[1] กำทร ดานา[2] อนุชา ไทยวงษ์[2]
Patcharamas Khunwong[1], Kanchana Chanthanui[1], Arira Sawangthaisong[1], Janjira Phetnak[1] Kamthorn Dana[2] Anucha Thaiwong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566–กันยายน 2567 ในอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 150 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 45 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข/พยาบาล และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระบวนการพัฒนาใช้วงจร PAOR จำนวน 2 วงรอบ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (AMT) แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาสถานการณ์ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 65.33 และชุมชนยังขาดความรู้และระบบการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดียางสีสุราช” ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) แผนการเรียนรู้ 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การฝึกกระตุ้นการทำงานของสมอง โภชนาการ สุขภาพจิต และการนอนหลับ 2) แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านตามระดับความเสี่ยง และ 3) ระบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่างการเยี่ยมบ้าน (Onsite Home Visit) และการพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยมีครอบครัว อสม. ทีมพยาบาล และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินผลจำนวน 150 คน Manuscrip พัชรมาศ หลังใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ย AMT เพิ่มขึ้นจาก 7.85 ± 0.90 เป็น 8.53 ± 0.89 คะแนน สัดส่วนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมลดลงจากร้อยละ 65.33 เป็นร้อยละ 32.67 คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 15.42 ± 3.21 เป็น 22.18 ± 2.87 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจาก 4.10 ± 0.95 เป็น 4.52 ± 0.73 คะแนน โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.79, SD = 0.45)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This participatory action research aimed to examine the problem situation, develop a model to delay and prevent dementia through the participation of community network partners, and evaluate the developed model. The study was conducted between October 2023 and September 2024 in Yang Sisurat District, Maha Sarakham Province. The target group consisted of 150 elderly individuals and 45 community network partners, including the elderly and their families, Village Health Volunteers (VHVs), community leaders, public health personnel/nurses, and representatives from local administrative organizations. The development process utilized two cycles of the PAOR (Plan, Act, Observe, Reflect) framework. Research

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช
[2] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

instruments included the Abbreviated Mental Test (AMT), assessments for dementia prevention knowledge and behaviors, an assessment of the ability to perform activities of daily living (ADL), a satisfaction assessment, and an in-depth interview guide. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired t-test, and content analysis.

A situational analysis revealed that 65.33% of the elderly were at risk of cognitive impairment, and the community lacked the knowledge and systems required for systematic dementia prevention. The developed model, named "Hug Paeng Bueng Ngaeng Samong Dee Yang Sisurat" (Cherishing, Caring for, and Promoting Brain Health in Yang Sisurat), comprises three components: 1) a learning plan covering five areas—physical exercise, brain stimulation, nutrition, mental health, and sleep; 2) a care plan for home visits tailored to risk levels; and 3) an integrated care system combining onsite home visits and telenursing, involving families, Village Health Volunteers (VHVs), nursing teams, and network partners. The study evaluated the model using a sample of 150 participants. After implementing the model for six months, the mean AMT score increased from 7.85 ± 0.90 to 8.53 ± 0.89. The proportion of the group at risk for dementia decreased from 65.33% to 32.67%. Knowledge scores rose from 15.42 ± 3.21 to 22.18 ± 2.87, and desirable health behavior scores increased from 4.10 ± 0.95 to 4.52 ± 0.73; these changes were statistically significant ($p < .001$). Participants reported the highest level of overall satisfaction with the model (Mean = 4.79, SD = 0.45).
Keywords: Elderly, Dementia, Network partner participation

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2566 โลกมีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน โดยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1.14 พันล้านคน หรือร้อยละ 14.22 ของประชากรโลก และองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าภายใน พ.ศ. 2593 จะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึงประมาณ 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged Society) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วน โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28[1]

จากแนวโน้มดังกล่าว ปัญหาความเสื่อมของระบบประสาทสมองในผู้สูงอายุได้กลายเป็นประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก รายงานขององค์การอนามัยโลก[2] พบว่าผู้สูงอายุทั่วโลกมีปัญหาระบบประสาทสมองสูงถึงร้อยละ 20 โดยในระยะเริ่มต้นมักเกิดอาการที่เรียกว่าภาวะบกพร่องทางสติปัญญาระยะต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราตามปกติกับภาวะสมองเสื่อมเต็มรูปแบบ และหากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม จะนำไปสู่การเกิดโรคสมองเสื่อมได้ภายในระยะเวลา 3 ปี โดยมีอัตราการเกิดมากถึงร้อยละ 43[3]

ภาวะสมองเสื่อมเป็นการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองชั้นสูง (higher cortical function) อย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพลภาพและต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อครอบครัว ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับประเทศ[4] โดยในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8–12 และอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก ๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปีขึ้นไป จนสูงถึงร้อยละ 45 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี และในปี พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 617,000 คน โดย

คาดว่าใน พ.ศ. 2580 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,350,000 คน[5]

สมองที่แข็งแรงในผู้สูงอายุมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ที่ดี ความจำ เหตุผล สมาธิ การใช้ภาษา และการมีมิติสัมพันธ์ที่เหมาะสม สำหรับการดูแลสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม สามารถทำได้โดยการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายเพิ่มความจำ การฝึกสมาธิควบคุมอารมณ์และจิตใจ การบริหารสมอง และการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ[4] งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ[6] ขณะที่การฝึกทางปัญญา (cognitive training) สามารถชะลอการเสื่อมถอยของสมองในผู้สูงอายุได้[7] นอกจากนี้ ภาวะเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาการนอนหลับยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เร่งให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้เร็วขึ้น [8]

การดำเนินกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญที่เกิดจากการดำเนินงานหลายภาคส่วน เพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุมีความสำคัญที่จะช่วยชะลอความเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป แต่ที่ผ่านมายังเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ และบทบาทของการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งยังขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบ[9]

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนดำเนินการ และประเมินผลตั้งแต่ต้นจนจบ ก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของการแก้ไขปัญหาสุขภาพ การดึงความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นกลไกหลักที่ช่วยสร้างระบบเฝ้าระวังและสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลของการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในชุมชน[10]

สำหรับพื้นที่อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้การเข้าถึงบริการล่าช้าและการดูแล ไม่เหมาะสม ประกอบกับยังไม่เคยมีการศึกษาหรือพัฒนารูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุมาก่อน ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบที่เป็นระบบ เฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลยางสีสุราช เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research:

PAR) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 ในพื้นที่ตำบลยางสีสุราช อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม **เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม** ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบในช่วงที่มีการใช้รูปแบบตลอดช่วงการศึกษาวิจัย สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ **เกณฑ์การแยกออก** ได้แก่ เสียชีวิตหรือย้ายถิ่นที่อยู่ระหว่างการศึกษา ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกินกว่าร้อยละ 50 หรือไม่สามารถประเมินภาวะสุขภาพในช่วงก่อนหรือหลังดำเนินการได้ และมีระยะดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบในระยะต่อไป ดังนี้

1.1 การศึกษาภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มเสี่ยงในผู้สูงอายุ ดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมตามมาตรฐาน ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการรู้คิด ผลการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรู้คิดปกติเพียงร้อยละ 34.67 ขณะที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ 65.33 ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชน

1.2 การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อศึกษาบริบทสถานการณ์ และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน รวมถึงค้นหาจุดแข็ง ข้อจำกัด และช่องว่างของรูแบบการดูแลที่มีอยู่ในชุมชน

1.3 การศึกษาความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสำรวจความต้องการ ความคาดหวัง และข้อเสนอแนะ โดยการสนทนากลุ่ม ต่อการพัฒนารูปแบบเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมในการระบุประเด็นปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการออกแบบรูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักในระยะนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จำนวน 150 คน และ (2) ภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุและครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข/พยาบาล และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) จำนวน 45 คน ระยะนี้เป็นการนำประเด็นสถานการณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 มาประชุมร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงสภาพปัญหา และก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนารูปแบบ **"ฮักแพงเบิ่งแงง สมองดี ยางสีสุราช"** ร่วมกัน โดยดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR Cycle) จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1

ขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) เพื่อออกร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดโครงการอบรมเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมตามแผนการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก (การออกกำลังกาย การฝึกกระตุ้นการทำงานของสมอง โภชนาการ สุขภาพจิต และการนอนหลับ) พร้อมทั้งออกแบบโครงร่าง แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระยะต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI)

ขั้นปฏิบัติ (Action) นำแผนการเรียนรู้ 5 ประเด็นไปจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุและในชุมชน ควบคู่กับการนำ Care Plan ไปทดลองใช้ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

ขั้นสังเกต (Observation) ทีมผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายร่วมติดตามและบันทึกผลการดำเนินกิจกรรม ทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุ

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อทบทวนผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 พบว่าแผนการเรียนรู้และ Care Plan สามารถใช้ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในช่วงเวลาที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน จึงนำไปสู่การพัฒนา ในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 จากข้อค้นพบในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับทีมพยาบาล ภาคีเครือข่ายและครอบครัวผู้สูงอายุวางแผนพัฒนา คือ การจัดบริการพยาบาลเยี่ยมบ้านแบบผสมผสาน (Onsite) ร่วมกับการบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) สำหรับติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการดูแลระยะยาว (LTC) ในครอบครัวที่สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้ พร้อมทั้งปรับปรุงแผนการเรียนรู้และ Care Plan ให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากวงรอบแรก หลังจากนั้น ดำเนินการเยี่ยมบ้านแบบผสมผสานควบคู่กัน โดยทีมพยาบาล ลงเยี่ยมบ้านโดยตรง (Onsite) ในกรณีที่จำเป็น และใช้ระบบ Telenursing ผ่านสมาร์ทโฟนในการติดตาม ให้คำปรึกษา และประเมินอาการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงพร้อมทั้งให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ร่วมกันกับครอบครัวอย่างต่อเนื่องระหว่างรอการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยติดตามผลการดำเนินงาน โดยเก็บข้อมูลด้านการรู้คิด พฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อระบบ Telenursing รวมทั้งจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสรุปผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 พบว่า การผสมผสานบริการแบบ Onsite และ Telenursing ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลา และได้รับการตอบรับที่ดีจากครอบครัว จึงนำไปสู่การสรุปเป็นรูปแบบ **"ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดี ยางสีสุราช"** ทั้ง 3 องค์ประกอบ ซึ่งมีความเหมาะสมและนำไปใช้กับบริบทของพื้นที่

3. ระยะประเมินผล การประเมินผลในระยะนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) การประเมินผลระหว่างดำเนินการพัฒนา เป็นการประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวงรอบปฏิบัติการ (PAOR Cycle) ทั้ง 2 วงรอบ โดยใช้เครื่องมือประเมินทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Abbreviated Mental Test: AMT) แบบประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นซับซ้อน (Barthel Index และ Lawton IADL) และแบบสอบถามความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ ผลการประเมินที่ได้ในแต่ละวงรอบถูกนำมาใช้สะท้อนทั้งความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาแผนปฏิบัติการให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นในวงรอบถัดไป ที่เน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

2) การประเมินผลโดยรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เป็นการประเมินผลรูปแบบ **"ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดี ยางสีสุราช"** โดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน ในด้านเชิงปริมาณเป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ ได้แก่ คะแนนการรู้คิด (TMSE) สัดส่วนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม คะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้สถิติ Paired t-test ในด้านเชิงคุณภาพเป็นการจัดประชุมถอดบทเรียนร่วมกับทีมพยาบาล ภาคีเครือข่าย ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อสรุปภาพรวมของกระบวนการพัฒนา พร้อมทั้งวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสะท้อนผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบทดสอบสภาพสมองย่อ (Abbreviated Mental Test: AMT) เป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่ใช้คัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ความจำระยะสั้น และการคำนวณเบื้องต้น การแปลผลใช้เกณฑ์ตอบถูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ข้อ แสดงว่ามีภาวะการรู้คิดผิดปกติ (cognitive impairment) AMT มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ที่ยอมรับได้ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชผู้สูงอายุ มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 85 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 82 ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในประชากรไทย (กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2559)

2. แบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้เวลาและสถานที่ (Orientation) 10 คะแนน (2) การจดจำ (Registration) 3 คะแนน (3) ความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and Calculation) 5 คะแนน (4) การระลึก (Recall) 3 คะแนน (5) ภาษา (Language) 8 คะแนน และ (6) การลอกแบบ (Construction) 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลสำหรับผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ใช้คะแนนตัดที่ 17 คะแนน หากต่ำกว่าเกณฑ์ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม TMSE มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87 และมีความตรงตามเกณฑ์ (criterion validity) เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยทางคลินิกอยู่ในระดับดี

3. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ Barthel ADL Index ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยการประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายตัว การทำความสะอาดตนเอง การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเดิน การขึ้น-ลงบันได การแต่งกาย การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์แปลผล: 20 คะแนน = ปกติ 12–19 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย 9–11 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง น้อยกว่า 9 คะแนน = พึ่งพาผู้อื่นมาก เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) สูงถึง 0.89–0.99 และผ่านการใช้งานอย่างแพร่หลายในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทย

4. แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87 แบบประเมินความรู้ประกอบด้วยข้อคำถามแบบถูก-ผิด จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ได้ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.82 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเป็นมาตรวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.79

5. แบบคัดกรองความเสี่ยงซึมเศร้า (9Q) และแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคซึมเศร้า (2Q) โดย 2Q เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้น 2 ข้อ ใช้ระบุผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า หากผลเป็นบวกจะ

ส่งต่อประเมินด้วย 9Q ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 ข้อตามเกณฑ์ DSM-5 ค่าความเชื่อมั่นของ 9Q อยู่ที่ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.84 และมีความตรงในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในระดับดี เครื่องมือทั้งสองชุดพัฒนาและรับรองโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะสมองเสื่อม

6. แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย 9 รายการ วัดด้วยมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ ปรับปรุง (1) ถึง มากที่สุด (5) ครอบคลุมด้านเนื้อหา กิจกรรม วิทยากร ระยะเวลา สถานที่ และประโยชน์ที่ได้รับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.83 และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89

7. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) เป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาบริบทชุมชน สภาพปัญหา และสรุปบทเรียนจากการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ P-A-O-R ครอบคลุมประเด็น ได้แก่ ความรู้และทัศนคติต่อภาวะสมองเสื่อม บริบทการดำรงชีวิตและปัจจัยเสี่ยงในชุมชน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการเรียนรู้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดลองใช้ก่อนการเก็บข้อมูลจริง บันทึกโดยการจดบันทึกและการบันทึกเสียงโดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามประเด็นที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และ (3) การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ กำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ EC 18/2566 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2566 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหา

การศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบในระยะต่อไป โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

1.1 ผลการศึกษาภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มเสี่ยงในผู้สูงอายุ จากการคัดกรอง/ประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายจำนวน 150 คน โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมตามมาตรฐาน TMSE (Abbreviated Mental Test) ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการรู้คิด พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการรู้คิดปกติเพียงร้อยละ 34.67 ขณะที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระยะต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) สูงถึงร้อยละ 65.33 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยที่พบในระดับประเทศ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่าอัตราความเสี่ยงต่อ MCI เพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยกลุ่มอายุ 70–74 ปี มีความเสี่ยงร้อยละ 69.77 และกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 78.95 ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางป้องกันและชะลอภาวะสมองเสื่อมในระดับชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่โดยเฉพาะ

1.2 ผลการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ พบว่าชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและแนวทางการป้องกันที่ควรดำเนินการในระดับชุมชน โดยผู้สูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าอาการหลงลืม สับสน หรือการพูดวนซ้ำเป็นเรื่องปกติของวัยชราที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ จึงไม่ได้พาผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรองหรือตรวจประเมินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้การเข้าถึงบริการมีความล่าช้า และการดูแลในระดับครอบครัวไม่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ ยังพบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมองที่จัดขึ้นในโรงเรียนผู้สูงอายุของพื้นที่ยังขาดความเป็นระบบ ไม่มีแผนการเรียนรู้ที่ชัดเจน และไม่ได้มุ่งเน้นการชะลอหรือป้องกันภาวะสมองเสื่อมโดยตรง ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างสำคัญของรูปแบบการดูแลที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพสมองด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.3 ผลการศึกษาความต้องการในการพัฒนารูปแบบฯ จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม พบว่า ผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความต้องการให้มีการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมที่มีความเป็นระบบ มีแผนการเรียนรู้ที่ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในวิถีชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการระบุประเด็นปัญหาและร่วมกำหนดแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความต้องการดังกล่าวจะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบและพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

2. ผลการศึกษาในระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ

ระยะดำเนินการพัฒนาเป็นการนำประเด็นสถานการณ์ปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 มาสู่กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจำนวน 150 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข/พยาบาล และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันสร้างความตระหนักรู้ถึงสภาพปัญหาและออกแบบพัฒนารูปแบบ "ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดี ยางสีสุราช" โดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR Cycle) จำนวน 2 วงรอบ ผลการดำเนินงานสรุปได้ดังนี้

ผลการศึกษาในวงรอบที่ 1

ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ ส่งผลให้เกิดโครงการอบรมเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดย**แผนการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก** ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกกระตุ้นการทำงานของสมอง โภชนาการ สุขภาพจิต และการนอนหลับ พร้อมทั้งออกแบบโครงร่างแผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระยะต้น (MCI) จากนั้นได้นำแผนการเรียนรู้ทั้ง 5 ประเด็น ไปจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และในชุมชน ดังนี้

แผนการเรียนรู้ที่ 1 การออกกำลังกายป้องกันสมองเสื่อม เน้นหลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท โดยใช้การเต้นบาสโลปประยุกต์ให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรมอีสาน จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ในพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุตำบล โดยมี อสม. และจิตอาสาทำหน้าที่เป็นผู้นำออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน

แผนการเรียนรู้ที่ 2 การฝึกและบริหารสมอง ให้ผู้สูงอายุได้ทำความรู้จักกับโรคสมองเสื่อม ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่พบในชุมชน โดยใช้กิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ได้แก่ เพลงพื้นบ้านประกอบท่าเต้นฝึกสมอง การเล่านิทานพื้นบ้านเล่าสู่กันฟัง การหัดเล่นดนตรีพื้นเมือง (เช่น โปงลางแคน) และการฝึกนับตัวเลข จับคู่ภาพ และเกมความจำ ซึ่งออกแบบให้เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา

แผนการเรียนรู้ที่ 3 ความสุขและการจัดการอารมณ์ มุ่งส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยอาศัยกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การทำสมาธิตามแนวพุทธ การร้องเพลงหมู่ การจัดกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต และการสอนเทคนิคการจัดการความเครียดเบื้องต้น โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจิตอาสาร่วมติดตามภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 9Q เป็นระยะ

แผนการเรียนรู้ที่ 4 โภชนาการ เน้นหลักการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเกษตรกรรม โดยใช้วัตถุดิบอาหารท้องถิ่นที่หาได้ง่ายในพื้นที่ เช่น ผักพื้นบ้าน สมุนไพร และปลาน้ำจืด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้ห่างไกลโรคสมองเสื่อม มีการสาธิตการประกอบอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน และการจัดทำเมนูอาหารสุขภาพราคาประหยัดสำหรับผู้สูงอายุรายครัวเรือน

แผนการเรียนรู้ที่ 5 การนอนหลับ ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพต่อสุขภาพสมองและเทคนิคการนอนหลับที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุ

โดยผู้สูงอายุทุกกลุ่มจะได้รับแผนการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม หลักสูตร 1 วัน

แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

โครงการพัฒนารูปแบบ “ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดียางสีสุราช” อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มที่ 1 : ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่ำ

ความถี่การเยี่ยมบ้าน : ทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน โดย จากอสม. ทุก 1 เดือน รวม 6 ครั้ง และ จากทีมพยาบาล ทุก 3 เดือน (เดือนที่ 3, 6) รวม 2 ครั้ง

กลุ่มที่ 2 : กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระยะต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) โดยการติดตาม เสริมพลังให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม ตาม 5 ประเด็นหลัก

ความถี่การเยี่ยมบ้าน : ทุก 1 เดือน จนครบ 6 เดือน โดย จากอสม. ทุก 1 เดือน รวม 6 ครั้ง และ จากทีมพยาบาล ทุก 2 เดือน (เดือนที่ 2,4, 6) รวม 3 ครั้ง

จากการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อทบทวนผลการดำเนินงาน พบว่าแผนการเรียนรู้และ Care Plan ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้ผลดีในระดับหนึ่ง แต่ยังพบข้อจำกัดสำคัญคือความไม่ต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) ในช่วงเวลาที่ไม่มีการเยี่ยมบ้าน ข้อค้นพบนี้ จึงเป็นจุดตั้งต้นนำไปสู่การพัฒนารูปแบบในวงรอบที่ 2

ผลการศึกษาในวงรอบที่ 2

จากข้อค้นพบในวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยร่วมกับทีมพยาบาล ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และครอบครัวผู้สูงอายุ ได้ร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลในวงรอบที่ 2 โดยมุ่งเน้นการเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในชุมชน การพัฒนาในวงรอบที่ 2 ได้ปรับรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) โดยบูรณาการการเยี่ยมบ้านแบบ Onsite Home Visit ร่วมกับการพยาบาลทางไกล (Telenursing) เพื่อให้การดูแลมีความ

ต่อเนื่องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น กำหนดให้มีการเยี่ยมบ้านโดย อสม. เดือนละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง และการเยี่ยมบ้านโดยทีมพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง รวม 6 ครั้ง ควบคู่กับการติดตามผ่านระบบ Telenursing อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน ดังตารางที่ 2 ในช่วงระหว่างรอบการเยี่ยมบ้านแบบ Onsite ทีมพยาบาลได้ใช้ระบบ Telenursing ผ่านสมาร์ทโฟนในการติดตามอาการ ประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำปรึกษา เสริมพลัง และสนับสนุนการดูแลร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล ลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลาในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะและประเด็นปัญหาที่ค้นพบจากการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 มาปรับปรุงแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) และแผนการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว ให้มีความสอดคล้องกับบริบท ปัญหา และความต้องการเฉพาะรายมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชนตลอดกระบวนการดูแล ผลการสรุปบทเรียนจากการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายในวงรอบที่ 2 พบว่า รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่างการเยี่ยมบ้านแบบ Onsite และการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการยอมรับในระดับดีจากผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การดำเนินงานทั้ง 2 วงรอบ นำไปสู่การสังเคราะห์เป็นรูปแบบ “ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดี ยางสีสุราช” : รูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) แผนการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อม (2) แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้าน และ (3) ระบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่าง Onsite Home Visit และ Telenursing โดยมี อสม. ครอบครัว ทีมพยาบาล และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบ “ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดี ยางสีสุราช” : รูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3. ประเมินผลรูปแบบการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ผลลัพธ์การดูแล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.67 มีอายุระหว่าง 60–70 ปี ร้อยละ 45.52 สถานภาพสมรสร้อยละ 76.45 การศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.14 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 91.33 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 35.33

หลังการดำเนินการใช้ รูปแบบ "ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดี ยางสีสุราช" เป็นระยะเวลา 6 เดือน ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช พบว่าคะแนนเฉลี่ยการคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น (AMT) เพิ่มขึ้นจาก 7.85 ± 0.90 เป็น 8.53 ± 0.89 คะแนน (t = 8.24, p < .001) และร้อยละของกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างชัดเจนจากร้อยละ 65.33 เหลือร้อยละ 32.67 (p < .001) หมายความว่ามีผู้สูงอายุที่ขยับจากกลุ่มเสี่ยงได้ถึง 49 คน นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 15.42 ± 3.21 เป็น 22.18 ± 2.87 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 4.10 ± 0.95 เป็น 4.52 ± 0.73 คะแนน (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 150)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนสภาพสมอง AMT (คะแนนเต็ม 10)	7.85	0.90	8.53	0.89	8.24	< .001
กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อม (AMT ≤ 7 ข้อ) (ร้อยละ)	65.33		32.67		-	< .001
คะแนนความรู้การป้องกันภาวะสมองเสื่อม	15.42	3.21	22.18	2.87	19.63	< .001
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	4.10	0.95	4.52	0.73	5.18	< .001

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พบว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นมากที่สุดจากร้อยละ 68.0 เป็นร้อยละ 87.3 (p < .001) การออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.0 เป็นร้อยละ 85.3 (p = .004) การดื่มน้ำอย่างน้อย 8 แก้วต่อวันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.7 เป็นร้อยละ 72.0 (p = .003) และการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 78.7 (p = .002) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้และการไม่สูบบุหรี่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .071 และ p = .629 ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเหล่านี้ในระดับสูงอยู่แล้วก่อนการดำเนินการ ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.86 ± 0.83 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์รายข้อก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ (n = 150)

พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์	ก่อนการทดลอง (ร้อยละ)	หลังการทดลอง (ร้อยละ)	p-value
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	72.0	85.3	0.004*
รับประทานผักและผลไม้	80.7	88.7	0.071
ดื่มน้ำอย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน	54.7	72.0	0.003*
ไม่สูบบุหรี่	94.0	95.3	0.629
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	68.0	87.3	< .001*
นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (6–8 ชั่วโมง)	61.3	78.7	0.002*

ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.79, SD=0.45) ความพึงพอใจสูงสุด คือ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการโดยรวม (Mean=4.87, SD=0.37) รองลงมาคือความพึงพอใจต่อวิทยากรและครูผู้สอน (Mean=4.85, SD=0.40) และความสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (Mean=4.84, SD=0.41) ตามลำดับ ส่วนคะแนนความพึงพอใจต่ำสุด คือ ความพึงพอใจต่อสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก (Mean=4.67, SD=0.56) แต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ "ฮักแพง เบิ่งแงง สมองดี ยางสีสุราช" ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วยแผนการเรียนรู้ 5 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกบริหารสมอง ความสุขและการจัดการอารมณ์ โภชนาการ และการนอนหลับ แผนการดูแล (Care Plan) สำหรับการเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระยะต้น (Mild Cognitive Impairment: MCI) ร่วมกับระบบการดูแลแบบผสมผสานระหว่างการเยี่ยมบ้าน (Onsite) และการพยาบาลทางไกล (Telenursing) สามารถชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล สะท้อนจากคะแนนเฉลี่ยสภาพสมอง (AMT) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนกลุ่มเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมที่ลดลงจากร้อยละ 65.33 เหลือร้อยละ 32.67 ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา จันทร์พล และสดุดี ภูห้องไสย (2567) ที่พัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งพบว่าคะแนน AMT เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน แม้ฐานความเสี่ยงเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานั้นจะต่ำกว่าพื้นที่ยางสีสุราชอย่างชัดเจน ซึ่งอาจสะท้อนว่าความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนเกษตรกรรมที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ อย่างอำเภอยางสีสุราชมีความรุนแรงของปัญหาในระดับที่สูงกว่าพื้นที่ทั่วไป และต้องอาศัยรูปแบบการดูแลที่เข้มข้นกว่าจึงจะเห็นผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกันได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายแผนการเรียนรู้ ผลลัพธ์ด้านการออกกำลังกายที่ทำให้คะแนนสภาพสมองดีขึ้นนั้นสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Angevaren และคณะ[6] ที่ระบุว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Carvalho และคณะ[3] ที่ระบุว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางกายในระดับสูงมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีกิจกรรมทางกาย ทั้งนี้การที่แผนการออกกำลัง

กายในการศึกษาครั้งนี้ถูกปรับให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมอีสาน เช่น การเต้นบาสโลปประยุกต์ น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับและปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการนำโปรแกรมออกกำลังกายมาตรฐานทั่วไปมาใช้โดยไม่ปรับให้เข้ากับบริบทพื้นที่

ในด้านการฝึกบริหารสมอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Valenzuela และ Sachdev[7] ที่พบว่าการฝึกการทำงานของสมอง (cognitive training) ส่งผลให้คะแนนการรู้คิดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ก้านศรี และคณะ[11] ที่พบว่าโปรแกรมบริหารสมองช่วยเพิ่มความจำของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ควรกล่าวถึงเพิ่มเติมคือ การออกแบบกิจกรรมฝึกสมองในครั้งนี้ใช้สื่อพื้นถิ่น เช่น เพลงพื้นบ้าน นิทานพื้นบ้าน และดนตรีพื้นเมือง ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ การเลือกใช้สื่อที่คุ้นเคยในวิถีชีวิตจึงอาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและเกิดผลลัพธ์ทางบวกต่อคะแนนการรู้คิด มากกว่าการใช้เครื่องมือฝึกสมองมาตรฐานที่อาจไม่สอดคล้องกับพื้นฐานทางภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับแผนการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่เน้นการรับประทานผักผลไม้และการดื่มน้ำให้เพียงพอ ผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการดื่มน้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของธัญญารัตน์ อโนทัยสินทวี และคณะ[12] ที่ระบุว่าการรับประทานอาหารตามแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) ซึ่งเน้นผัก ผลไม้ และไขมันดี มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ทั้งนี้ที่น่าสนใจคือพฤติกรรมการรับประทานผักผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและหลังดำเนินการ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอยู่ในพื้นที่ที่มีผักพื้นบ้านอยู่แล้วตามวิถีชีวิตปกติ ทำให้พฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับสูงตั้งแต่ก่อนดำเนินการ จึงไม่มีช่องว่างมากพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ในด้านความสุขและการจัดการอารมณ์ รวมถึงการนอนหลับ ผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Wennberg และคณะ[13] และ Franks และคณะ[8] ที่ระบุว่าปัญหาการนอนหลับและภาวะเครียดเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เร่งให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเร็วขึ้น การที่แผนการเรียนรู้ในครั้งนี้ผูกโยงกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การทำสมาธิตามแนวพุทธและการร้องเพลงหมู่ เข้ากับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สะท้อนแนวคิดที่ว่าการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยควรอาศัยทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอยู่แล้วในชุมชน มากกว่าการนำเข้าโปรแกรมสุขภาพจิตแบบสากลที่อาจไม่สอดคล้องกับวิถีความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ คือระบบการดูแลที่แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความเสี่ยงออกเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระยะต้น (MCI) โดยกำหนดความถี่การเยี่ยมบ้านที่แตกต่างกัน คือทุก 2 เดือนสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่ำ และทุก 1 เดือนสำหรับกลุ่ม MCI การจัดสรรทรัพยากรตามระดับความเสี่ยงเช่นนี้สอดคล้องกับหลักการของ Wagner's Chronic Care Model ที่เสนอให้ระบบบริการสุขภาพจัดสรรความเข้มข้นของการดูแลให้สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ เพื่อให้การใช้ทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดในพื้นที่ชนบทเกิดประสิทธิภาพสูงสุด มากกว่าการให้บริการในความเข้มข้นเดียวกันกับผู้สูงอายุทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับความเสี่ยง

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบบริการแบบผสมผสานระหว่าง Onsite และ Telenursing ที่

เกิดขึ้นในวงรอบที่ 2 ของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ถือเป็นข้อค้นพบที่มีความสำคัญในเชิงการบริหารระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในช่วงที่ไม่มีการเยี่ยมบ้านซึ่งพบในวงรอบที่ 1 เป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นทั่วไปในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของพื้นที่ชนบทที่มีบุคลากรจำกัดและภูมิประเทศกว้างขวาง การนำระบบ Telenursing เข้ามาเสริมการเยี่ยมบ้านแบบดั้งเดิมจึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดโทรเวชกรรมขององค์การอนามัยโลก (WHO Telemedicine Framework) ซึ่งเสนอว่าเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลสามารถช่วยลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยไม่จำเป็นต้องทดแทนการดูแลแบบเผชิญหน้าทั้งหมด แต่ทำหน้าที่เป็นส่วนเสริมที่ช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถติดตามอาการและให้คำปรึกษากับครอบครัวได้อย่างต่อเนื่องในช่วงระหว่างรอบการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสะท้อนจากผลการศึกษาที่พบว่าครอบครัวผู้สูงอายุให้การตอบรับที่ดีต่อระบบดังกล่าว ทั้งนี้การที่ระบบ Telenursing ถูกจำกัดเฉพาะครอบครัวที่สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้ ยังเป็นข้อจำกัดสำคัญที่อาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างครอบครัวที่มีความพร้อมด้านเทคโนโลยีกับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรนำไปพัฒนาต่อเพื่อให้รูปแบบการดูแลมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

พลังของภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ การที่อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน และทีมสหวิชาชีพไม่ได้เป็นเพียงผู้ช่วยดำเนินกิจกรรม แต่เป็นผู้ร่วมออกแบบและร่วมดำเนินการตลอดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทั้งสองวงรอบ ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของรูปแบบและมีความพร้อมที่จะดำเนินกิจกรรมต่อไปอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ จันทร์คำ และคณะ [10] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญอีกประการคือ รูปแบบนี้ไม่จำเป็นต้องอาศัยงบประมาณหรือทรัพยากรพิเศษเพิ่มเติมจากภายนอก แต่อาศัยการบูรณาการกิจกรรมเข้ากับโครงสร้างที่มีอยู่แล้วในชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ร่วมกับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในด้านนโยบายและงบประมาณ ซึ่งเป็นการวางรากฐานสำคัญที่ช่วยให้กิจกรรมการชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมสามารถดำเนินต่อไปได้ในระยะยาวโดยไม่ต้องพึ่งพาโครงการพิเศษจากภายนอกอย่างต่อเนื่อง

สำหรับข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่วัดผลก่อนและหลังการดำเนินการ โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบจึงยังไม่สามารถยืนยันได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว หรือมีปัจจัยอื่นร่วมเกี่ยวข้อง การศึกษาในอนาคตจึงควรออกแบบให้มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบให้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ระยะเวลาการประเมินผล 6 เดือนยังเป็นระยะสั้นเมื่อเทียบกับธรรมชาติของภาวะสมองเสื่อมที่มีการดำเนินโรคในระยะยาว จึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพและความต่อเนื่องของการลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารโรงพยาบาลยางสีสุราชที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการวิจัย ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลทุกท่านที่ร่วมพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. (2023). World population ageing 2023: Highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
2. World Health Organization. (2023). Mental health and older adults. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
3. Carvalho, A., Rea, I. M., Parimon, T., & Cusack, B. J. (2014). Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: A systematic review. Clinical Interventions in ging, 9, 661–682. https://doi.org/10.2147/CIA.S55520
4. กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2561). คู่มือส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและป้องกันสมองเสื่อม. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
5. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
6. Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H. J., Aleman, A., & Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD005381. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005381.pub2
7. Valenzuela, M., & Sachdev, P. (2009). Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 17(3), 179–187.
8. Franks, K. H., Bransby, L., Saling, M. M., & Pase, M. P. (2021). Association of stress with risk of dementia and mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. Journal of Alzheimer's Disease, 82(4), 1573–1590. https://doi.org/10.3233/JAD-210094
9 กัญญา จันทร์พล, และสดุดี ภูห้องไสย. (2567). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อชะลอและป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 47(1), 54–67.
10. กมลทิพย์ จันทร์คำ, มณฑิชา รักศิลป์, และนพรัตน์ ส่งเสริม. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์, 3(5), 255–265.
11. จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จองพานิช, นภัทร เตียอนุกูล, ภัทรวดี ศรีนวล, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องเล็กน้อย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 44(ฉบับพิเศษ), 12–21.
12. ธัญญารัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงศุลี ธรรมไกร, และพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. (2567). รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. https://www.hitap.net/documents/24288
https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181953b57
13. Wennberg, A. M. V., Wu, M. N., Rosenberg, P. B., & Spira, A. P. (2017). Sleep disturbance, cognitive decline, and dementia: A review. Seminars in Neurology, 37(4), 395–406. https://doi.org/10.1055/s-0037-1604351

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Self-Managemet Support Model for Stroke Patients Receiving Warfarin through Family Involvement at Yangsisurat Hospital,Maha Sarakham Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วิยดา ดุลยเกียรติ[1] กัลยาณี ประทุมทอง[1] ลภณพร วงษ์อินตา1 กาญจนา จันทะนุย[1]
Wiyada Dulayakiat[1] Kullayanee Pratumtong[1] Lapanaporn Wonginta[1] Kanjana Chanthanui[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองและประเมินผลรูปแบบฯดำเนินการวิจัยเดือนกรกฎาคม 2566-กันยายน พ.ศ.2567 โดยประยุกต์กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer และแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรเครือข่าย 25 คน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน 40 ราย และผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว 40 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อน แบบประเมินความพึงพอใจและแนวคำถามสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล 2) การเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเอง 3) การกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน 4) การสนับสนุนการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ 5) การเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน และ 6) การติดตาม ประเมินผล และประสานการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มจาก 28.60 ± 4.52 เป็น 38.75 ± 3.08 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มจาก 30.15 ± 4.20 เป็น 42.20 ± 3.12 คะแนน สัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มจากร้อยละ 55.00 เป็นร้อยละ 80.00 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มจากร้อยละ 77.50 เป็นร้อยละ 95.00 และการมาตรวจตามนัดเพิ่มจากร้อยละ 85.00 เป็นร้อยละ 97.50 และภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟารินลดจากร้อยละ 30.00 เหลือร้อยละ 7.50 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.46 ± 0.40 และ 4.50 ± 0.36 คะแนน ตามลำดับ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, โรคหลอดเลือดสมอง, วาร์ฟาริน, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

Abstract

This action research aimed to study the situation and existing problems, develop a self-management support model, and evaluate the model. The study was conducted from July 2023 to September 2024, applying the Kemmis and McTaggart action research process (two cycles) in conjunction with Creer's self-management concepts and Glasgow's self-management support concepts. Participants included 25 multidisciplinary team members and network personnel, 40 stroke patients receiving warfarin, and 40 primary caregivers or family members, all selected via purposive sampling. Research instruments included the self-management support model, a self-management behavior assessment form, a family participation assessment form, a clinical outcome and complication record form, a satisfaction assessment form, and interview/focus group guidelines. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

[1] โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

The results revealed that the developed model comprised six components: 1) individual assessment of patients and families; 2) enhancement of self-management knowledge and skills; 3) collaborative goal setting and care planning; 4) support for decision-making and implementation; 5) monitoring of risks and complications; and 6) follow-up, evaluation, and coordination of continuing care. Following the implementation of the model... Patients' self-management behavior scores increased from 28.60 ± 4.52 to 38.75 ± 3.08 (statistically significant, $p < .001$), and family participation scores rose from 30.15 ± 4.20 to 42.20 ± 3.12. The proportion of patients with INR levels within the target range increased from 55.00% to 80.00%; medication adherence improved from 77.50% to 95.00%; appointment attendance rose from 85.00% to 97.50%; and warfarin-related complications decreased from 30.00% to 7.50%. Patients and their families expressed the highest level of satisfaction with the model, with mean scores of 4.46 ± 0.40 and 4.50 ± 0.36, respectively.

Keywords : Self-management, stroke, warfarin, family participation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความพิการ และการพึ่งพิงในระยะยาว ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ[1] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางกลุ่มมีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยเฉพาะยาวาร์ฟาริน (Warfarin) เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ อย่างไรก็ตาม ยาวาร์ฟารินเป็นยาที่มีช่วงการรักษาแคบและมีความแปรปรวนในการตอบสนองระหว่างบุคคล รวมทั้งมีปฏิกิริยากับยา อาหาร และสมุนไพรหลายชนิด ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการติดตามค่า International Normalized Ratio (INR) อย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน[2,3] การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งด้านประสิทธิผลและความปลอดภัยของการรักษา โดยติดตามค่า International Normalized Ratio (INR) ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการควบคุมระดับการแข็งตัวของเลือดที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ หากฤทธิ์ของยามากเกินไปหรือค่า INR สูงกว่าช่วงเป้าหมาย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออก เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding: GI bleeding) และภาวะเลือดออกในสมองหรือโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออก (Hemorrhagic stroke) ในทางตรงกันข้าม หากฤทธิ์ของยาไม่เพียงพอหรือค่า INR ต่ำกว่าช่วงเป้าหมาย อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic stroke) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง[2,3] ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง รู้จักค่า INR ของตนเอง หลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อฤทธิ์ของยา เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และสามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

จากข้อมูลของโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จำนวน 74, 82 และ 91 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 52.44, 53.85 และ 65.25 ตามลำดับ แม้ผลการควบคุม INR มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย รวมทั้งยังพบปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การขาดนัด การจัดการอาหารและยาที่ไม่เหมาะสม

และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาวาร์ฟาริน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นช่องว่างของระบบการดูแล โดยเฉพาะการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถ

จัดการตนเองในชีวิตประจำวันและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินในประเทศไทยที่พบว่า การจัดระบบการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการติดตามค่า INR อย่างเป็นระบบ มีส่วนช่วยให้ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น[2,3]

แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer อธิบายว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมและจัดการภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยการกำหนดเป้าหมาย (Goal Selection) การรวบรวมข้อมูล (Information Collection) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) การตัดสินใจ (Decision Making) การลงมือปฏิบัติ (Action) และการสะท้อนหรือประเมินผลการปฏิบัติของตนเอง (Self-reaction)[4] กระบวนการดังกล่าวเหมาะสำหรับนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมหลายด้านอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การติดตามและรับรู้ค่า INR ของตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติ การควบคุมอาหารและสมุนไพร การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดความผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินกระบวนการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพอย่างเป็นระบบ แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ตามหลัก 5A's จึงถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทของพยาบาล ประกอบด้วย 1) Assess การประเมินปัญหา ความรู้ พฤติกรรม ความพร้อม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการตนเอง 2) Advise การให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย 3) Agree การกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ 4) Assist การช่วยเหลือ เสริมทักษะ และสนับสนุนการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเอง และ 5) Arrange การจัดระบบติดตามและประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง[5] กระบวนการดังกล่าวช่วยปรับบทบาทของพยาบาลจากการเป็นเพียงผู้ให้ความรู้มาเป็นผู้ประเมิน ผู้สนับสนุน ผู้ร่วมวางแผนและผู้ประสานการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยมุ่งที่ผู้ป่วยเพียงบุคคลเดียวอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านร่างกาย การรู้คิด ความจำ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดยา เตือนการรับประทานยา ดูแลด้านอาหารและสมุนไพร สังเกตอาการผิดปกติ บันทึกข้อมูลสุขภาพ พาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และประสานกับบุคลากรสุขภาพ การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การประเมินปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การวางแผน และการติดตามผล จึงช่วยเสริมกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิตจริง[4,5]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[4] เป็นกรอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ตามหลัก 5A's เป็นกรอบการสนับสนุนของพยาบาล และนำการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแล[5] โดยพัฒนารูปแบบให้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การเสริมสร้างความรู้และทักษะ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การช่วยเหลือแก้ไขปัญหา การติดตามค่า INR การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง และการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน รวมถึงการจัดระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาวาร์ฟารินได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม สามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย ลดการขาดนัด ลดภาวะแทรกซ้อนจากยา และเกิดความต่อเนื่องใน

การดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพ จึงนำมาสู่การศึกษาการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคามในครั้งนี้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart[6] ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 2 วงรอบ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม การพัฒนารูปแบบประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer[4] เป็นกรอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow ตามหลัก 5A's ได้แก่ Assess, Advise, Agree, Assist และ Arrange เป็นกรอบการสนับสนุนของพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผนการดูแล สนับสนุนการใช้ยา การควบคุมอาหาร การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง[5]

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และพยาบาลชุมชนกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม รวมทั้งพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 25 คน เกณฑ์คัดเข้า เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยางสีสุราชหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ไม่น้อยกว่า 1 ปี สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด เกณฑ์คัดออก ย้าย ลาออก หรือเปลี่ยนหน้าที่จนไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในระหว่างดำเนินการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนที่กำหนดได้และขอถอนตัวจากการวิจัย 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินและมารับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน โรงพยาบาลยางสีสุราช ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน จำนวน 40คน คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาด้วยยาวาร์ฟาริน อย่างน้อย 3 เดือน มารับบริการและติดตามการรักษาที่คลินิกวาร์ฟาริน ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีโทรศัพท์หรือช่องทางการสื่อสารที่สามารถใช้ในการติดตามระหว่างการรักษาได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางสีสุราชหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ และสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือภาวะวิกฤตที่ทำให้ไม่สามารถเข้า

ร่วมกิจกรรมตามรูปแบบได้ มีความบกพร่องด้านการรู้คิดหรือการสื่อสารอย่างรุนแรง และไม่มีผู้ดูแลหลักที่สามารถร่วมให้ข้อมูลหรือร่วมดำเนินกิจกรรมได้ ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่จนไม่สามารถติดตามต่อเนื่องได้ แพทย์ยุติการรักษาด้วยยาวาร์ฟารินหรือเปลี่ยนเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดอื่นในระหว่างการวิจัยหรือขอถอนตัวจากการวิจัย 3) ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัว จำนวน 40 คน เกณฑ์คัดเข้า เป็นสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การจัดหรือเตือนการรับประทานยา การจัดอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือการประสานกับบุคลากรสุขภาพ สามารถสื่อสารให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ การวางแผนการดูแล และการติดตามผู้ป่วยตามรูปแบบที่กำหนด มีโทรศัพท์หรือช่องทางการสื่อสารที่สามารถติดต่อได้ สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยต่อได้ในระหว่างดำเนินการวิจัย ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่หรือไม่สามารถติดต่อเพื่อติดตามได้ มีภาวะเจ็บป่วยหรือเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบได้ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดยประยุกต์วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการพัฒนา 2 วงรอบ แบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ เดือนกรกฎาคม–กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน โรงพยาบาลยางสีสุราช เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และช่องว่างของระบบเดิม โดยดำเนินการดังนี้ **1) ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลย้อนหลัง** จากเวชระเบียน ทะเบียนคลินิกวาร์ฟารินและฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ลักษณะทั่วไปและโรคร่วม ค่า International Normalized Ratio (INR) และสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย การมาตรวจตามนัดและการขาดนัด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ตลอดจนการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน ได้แก่ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding: GI bleeding) ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic stroke) 2) ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระบบเดิม ตั้งแต่การรับบริการที่คลินิกวาร์ฟาริน การประเมินอาการและค่า INR การสั่งยาและปรับขนาดยา การให้ความรู้เรื่องการใช้ยา อาหารและสมุนไพร การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การนัดติดตาม การประสานกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยบริการในเครือข่าย รวมถึงการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยวิเคราะห์บทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพในแต่ละขั้นตอน 3) ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ครอบคลุมการรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การรับรู้และติดตามค่า INR การจัดการด้านอาหารและสมุนไพร การสังเกตอาการผิดปกติ การตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหา การมาตรวจตามนัด รวมถึงบทบาทของครอบครัวในการจัดยา เตือนการรับประทานยา ดูแลอาหาร พามาตรวจตามนัด และประสานกับบุคลากรสุขภาพ

4) สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ตัวแทนผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ความต้องการและข้อจำกัดของการดูแล เช่น ผู้ป่วยลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ถูกขนาด ไม่ทราบค่า INR ของตนเอง ไม่ทราบอาหารหรือสมุนไพรที่มีผลต่อยา ไม่สามารถสังเกตอาการเตือนของภาวะเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน การขาดนัด รวมถึงปัญหาผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลหรือไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแล

หลังจากนั้นวิเคราะห์ช่องว่างของระบบเดิม (Gap Analysis) โดยนำข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียน การประเมินผู้ป่วย การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ร่วมกัน และคืนข้อมูลแก่ทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาสำคัญ เป้าหมายของการพัฒนาและผลลัพธ์ที่ต้องการ ผลจากระยะที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยางสีสุราช

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566–กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยการพัฒนารูปแบบประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer เป็นกรอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow เป็นกรอบในการดำเนินงานของพยาบาล และทีมสหวิชาชีพโดยให้ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแล ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566–มีนาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างของระบบจากระยะที่ 1 มาคืนข้อมูลและประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อร่วมกันออกแบบและทดลองใช้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยพัฒนาองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล โดยประเมินค่า INR ประวัติการใช้ยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อาการผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน การรับประทานอาหารและสมุนไพร ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรู้คิดและความจำ รวมถึงความพร้อมและศักยภาพของผู้ดูแลหลัก เพื่อให้สามารถกำหนดปัญหาและความต้องการเฉพาะราย 2) พัฒนาการเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเอง โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกัน ครอบคลุมความสำคัญของยาวาร์ฟาริน วิธีรับประทานยา การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ความหมายและเป้าหมายของค่า INR อาหารและสมุนไพรที่มีผลต่อฤทธิ์ยา การสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะเลือดออกและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน รวมถึงการตัดสินใจมารับบริการก่อนวันนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ พร้อมพัฒนาสื่อหรือคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว 3) พัฒนาการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างพยาบาลผู้ป่วย และครอบครัว โดยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การรับประทานยาให้ถูกต้องและตรงเวลา การใช้กล่องยา การกำหนดผู้รับผิดชอบจัดยา การควบคุมอาหาร การบันทึกอาการผิดปกติ การติดตามค่า INR และการมาตรวจตามนัด 4) พัฒนาแนวทางการช่วยเหลือและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลติดตามผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์หรือช่องทางการสื่อสารที่กำหนด เช่น โดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทบทวนการรับประทานยา สอบถามปัญหาด้านอาหารและสมุนไพร ประเมินอาการผิดปกติ ให้คำปรึกษา แก้ไขอุปสรรค และเตือนการตรวจ INR และการมาตรวจตามนัด โดยเพิ่มความถี่ในการติดตามในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง 5) พัฒนาแนวทางเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงจากยาวาร์ฟาริน โดยจำแนกผู้ป่วยตามค่า INR อาการ และปัจจัยเสี่ยง กำหนดแนวทางการติดตามและการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร รวมทั้งกำหนดแนวทางการดูแลเมื่อพบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือด ปัสสาวะปนเลือด ภาวะเลือดออกในสมอง อาการสงสัยลิ่มเลือดอุดตันหรือ Embolic stroke และภาวะผิดปกติอื่นที่เกี่ยวข้องกับยาวาร์ฟาริน 6) พัฒนาแนวทางติดตามและประสานการดูแลต่อเนื่อง โดยกำหนดบทบาทพยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแลเชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์ เภสัชกร และบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพ มีระบบติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมาย

และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงประสานหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อร่วมติดตามในรายที่จำเป็น

เมื่อสิ้นสุดวงรอบที่ 1 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่ายังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ผู้ป่วยบางรายยังไม่เข้าใจความหมายของค่า INR และวิธีปฏิบัติเมื่อค่า INR ผิดปกติ การจดจำขนาดยาและวันรับประทานยายังคลาดเคลื่อน ผู้ดูแลบางรายไม่ได้มารับคำแนะนำพร้อมผู้ป่วย การควบคุมอาหารและสมุนไพรยังไม่สม่ำเสมอ การติดตามระหว่างนัดยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง การกำหนดบทบาทของสมาชิกครอบครัวยังไม่ชัดเจนในบางราย รวมถึงระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดและผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมายยังไม่เป็นระบบเดียวกัน จึงนำข้อค้นพบดังกล่าวเข้าสู่การพัฒนาในวงรอบที่ 2

วงรอบที่ 2 เดือนเมษายน–กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำผลและข้อค้นพบจากวงรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้มีความชัดเจน สะดวกต่อการปฏิบัติ และตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ประกอบด้วย 1) ปรับแนวทางการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวให้เป็นระบบเดียวกัน โดยเพิ่มการประเมินความสามารถในการจัดการยา ความจำ การรู้คิด ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความพร้อมของผู้ดูแล 2) ปรับเนื้อหาและสื่อการให้ความรู้ให้กระชับ เข้าใจง่ายและเหมาะกับผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับผู้ดูแลที่สามารถใช้สมาร์ทโฟนได้ เช่น คลิปวิดีโอสั้น พร้อมเน้นการทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับขนาดยา ค่า INR อาหารและสมุนไพร อาการเตือนของภาวะเลือดออกและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน 3) กำหนดบทบาทของผู้ดูแลหลักให้ชัดเจนในแต่ละครอบครัว เช่น การจัดยา การรับประทานยา ผู้ควบคุมอาหาร ผู้สังเกตอาการผิดปกติ ผู้บันทึกข้อมูล 4) ปรับระบบติดตามผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง โดยเพิ่มความถี่ในการติดตามผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมาย มีประวัติขาดนัด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือเคยเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งกำหนดช่องทางปรึกษาพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาระหว่างนัดโดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์ 4) พัฒนาระบบแจ้งเตือนและติดตามนัด โดยกำหนดผู้รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดและประสานครอบครัวหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อค้นหาสาเหตุและนำผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบการดูแลโดยเร็ว จากนั้นนำรูปแบบฉบับปรับปรุงไปใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลการดำเนินงาน และประชุมสะท้อนผลร่วมกับทีมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและจัดทำเป็นรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ เดือนสิงหาคม–กันยายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยประเมินผลรูปแบบโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ครอบคลุมการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการดูแล ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยและระบบบริการ และด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยครอบครัว และผู้ให้บริการ โดยด้านกระบวนการดูแลประเมินความครบถ้วนและความต่อเนื่องของการดำเนินงานตามรูปแบบ

ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยและระบบบริการประเมินคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย สัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย การมาตรวจตามนัด รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาวาร์ฟาริน โดยติดตามทั้งภาวะเลือดออกและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะเลือดออกที่เฝ้าระวัง ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดหรือรอยฟกช้ำผิดปกติ ปัสสาวะปนเลือด ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal bleeding: GI bleeding) และภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) ส่วนภาวะลิ่มเลือดอุดตันประเมินจากอาการและเหตุการณ์ที่สงสัยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดลิ่มเลือดอุดตัน รวมถึงโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic stroke) และภาวะผิดปกติอื่นที่สัมพันธ์กับการใช้ยาวาร์ฟาริน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ด้านผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer เป็นกรอบกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว และแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Glasgow เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ หลังจากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ขนาดยาที่ได้รับ ค่า INR ผู้ดูแลหลัก และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย 2.2) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 6 กระบวนการ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยประยุกต์ให้ครอบคลุมพฤติกรรมสำคัญ ได้แก่ การรับประทานยา การติดตามค่า INR การจัดการอาหารและสมุนไพร การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–50 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมมาก กำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมากที่สุด 3.41–4.20 ระดับมาก 2.61–3.40 ระดับปานกลาง 1.81–2.60 ระดับน้อย และ 1.00–1.80 ระดับน้อยที่สุด 3) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการช่วยจัดยาและเตือนรับประทานยา การดูแลด้านอาหารและสมุนไพร การติดตามค่า INR การสังเกตอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การร่วมตัดสินใจ และการประสานกับบุคลากรสุขภาพ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 10–50 คะแนน คะแนนสูงแสดงถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในระดับสูง 4) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและความต่อเนื่องในการรักษา ใช้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและทะเบียนคลินิกวาร์ฟาริน ได้แก่ ค่า INR และสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย การมาตรวจตามนัด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน 5) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน ใช้บันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดหรือรอยฟกช้ำผิดปกติ ปัสสาวะปนเลือด เลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันหรือ Embolic stroke รวมถึงเหตุการณ์ผิดปกติอื่นที่สัมพันธ์กับการใช้ยาวาร์ฟาริน 6) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบบริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมความสะดวกในการรับบริการ ความชัดเจนของคำแนะนำ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว ความต่อเนื่องของการติดตาม การประสานงาน และความมั่นใจด้านความปลอดภัย

ในการใช้ยาวาร์ฟาริน เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 7) แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้สำหรับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นประเด็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแล การใช้ยา การติดตามค่า INR บทบาทของครอบครัว ความเหมาะสมของรูปแบบ ความต่อเนื่องของการดูแล ปัญหาระหว่างการนำรูปแบบไปใช้ และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน และแนวคำถามการสนทนากลุ่มเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ได้ค่า CVI 0.92, 0.90,0.93 ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ จากนั้นนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินและผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88,0.86,0.91 สำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจน ความครอบคลุมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วย Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการสะท้อนผลในแต่ละวงรอบ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และนำผลมาใช้ในการปรับปรุงรูปแบบในแต่ละวงรอบ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยางสีสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 13/2566 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินของโรงพยาบาลยางสีสุราชร่วมกับข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านสถานการณ์ผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564–2566 มีผู้ป่วยจำนวน 74, 82 และ 91 ราย ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า International Normalized Ratio (INR) อยู่ในช่วงเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 52.44, 53.85 และ 65.25 ตามลำดับ แม้สัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมค่า INR ได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมายซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อทั้งภาวะเลือดออกและภาวะลิ่มเลือดอุดตัน 2) ประเด็นด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟารินที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือดหรือรอยฟกช้ำผิดปกติ ปัสสาวะปนเลือด เลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง รวมถึงภาวะลิ่มเลือดอุดตันหรือโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic stroke) และเหตุการณ์ผิดปกติอื่นที่สัมพันธ์กับการใช้ยาวาร์ฟาริน สะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมค่า INR และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติเป็นประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยกลุ่มนี้

3) ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย พบข้อจำกัดในการจัดการตนเองหลายประการ ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การลืมรับประทานยา การจดจำขนาดยาหรือวันรับประทานยาคลาดเคลื่อน ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบความหมายและช่วงเป้าหมายของค่า INR รวมทั้งมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับอาหาร สมุนไพรและยาที่มีผลต่อฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในการสังเกตและตัดสินใจเมื่อเกิดอาการเตือนของภาวะเลือดออกหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตัน รวมถึงปัญหาการมาตรวจไม่ตรงนัดและความไม่ต่อเนื่องในการติดตามระหว่างนัด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะการตัดสินใจ และการติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง 4) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ความจำ การรู้คิดและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัวในการจัดและเตือนการรับประทานยา ดูแลอาหารและสมุนไพร สังเกตอาการผิดปกติ บันทึกข้อมูลสุขภา และพามาตรวจตามนัด อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ดูแลบางรายยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาวาร์ฟารินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างเพียงพอ บทบาทของผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวยังไม่ชัดเจนและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพยังมีข้อจำกัด 5) ด้านระบบการดูแลและความต่อเนื่องของบริการ ระบบการดูแลเดิมมีการให้บริการและติดตามผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟารินแต่การเชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิก ผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายบริการสุขภาพยังไม่เป็นระบบเดียวกัน การติดตามผู้ป่วยที่มีค่า INR นอกช่วงเป้าหมาย ผู้ป่วยขาดนัด หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมทั้งยังไม่มีการกำหนดบทบาทของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ประสานการดูแลที่ชัดเจนในทุกขั้นตอน

โดยสรุป ผลการวิเคราะห์สถานการณ์พบช่องว่างสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง 2) การมีส่วนร่วมและบทบาทของครอบครัวยังไม่เป็นระบบ และ 3) ระบบติดตามและประสานการดูแลระหว่างคลินิก ครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายยังขาดความต่อเนื่อง ข้อค้นพบดังกล่าวจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในระยะพัฒนาต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการพัฒนารูปแบบผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ได้รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างพยาบาล/ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีองค์ประกอบ ดัง

ตารางที่ 1รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

องค์ประกอบของรูปแบบ	พยาบาล/ทีมสหวิชาชีพ	บุคลากร รพ.สต.	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
1. การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล	ประเมินค่า INR การใช้ยา อาหาร/สมุนไพร อาการผิดปกติ ความเสี่ยงต่อภาวะ แทรกซ้อน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรู้คิด ความจำและ	ประเมินบริบทที่บ้าน การใช้ยา การสนับสนุน จากครอบครัว ปัญหาการเดินทางและการ	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา อาหาร ค่า INR อาการผิดปกติ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วย พฤติกรรมการใช้ยา อาหาร อาการผิดปกติ และความพร้อมในการช่วยดูแล

ตารางที่ 1รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

องค์ประกอบของรูปแบบ	พยาบาล/ ทีมสหวิชาชีพ	บุคลากร รพ.สต.	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
	ความพร้อมของผู้ดูแล พร้อมจำแนกระดับความเสี่ยง	เข้าถึงบริการ พร้อมส่งข้อมูลกลับรพ.		
2. การเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเอง	ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องยาวาร์ฟาริน ความหมายและเป้าหมายของค่า INR การปฏิบัติเมื่อลืมยา อาหารและสมุนไพรที่มีผลต่อยา และสัญญาณเตือนของภาวะเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน โดยใช้สื่อที่เหมาะสม	ทบทวนความรู้และการปฏิบัติที่บ้าน ตรวจสอบความเข้าใจและเสริมความรู้ในประเด็น ที่ยังไม่ถูกต้อง	เรียนรู้และทำความเข้าใจการใช้ยา ค่า INR อาหาร อาการผิดปกติ และวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา	เรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วย เพื่อสามารถช่วยจัดยา ดูแลอาหาร สังเกตอาการ และช่วยตัดสินใจเมื่อเกิดความผิดปกติ
3. การกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน	ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมาย เช่น รับประทานยาถูกต้อง ค่า INR อยู่ในเป้าหมาย การมาตรวจตามนัดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พร้อมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล	สนับสนุนให้แผนการดูแลสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว/ชุมชน	ร่วมกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีปฏิบัติที่สามารถทำได้จริงในชีวิตประจำวัน	ร่วมกำหนดบทบาทในการช่วยดูแล เช่น ผู้จัดยา เตือนการรับประทานยา ผู้ดูแลอาหาร ผู้พามาตรวจ และผู้สังเกตอาการดปกติ
4. การสนับสนุนการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ	ให้คำปรึกษา ช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการ ใช้ยา อาหาร การมาตามนัด และการดูแลเมื่อมีอาการผิดปกติ พร้อมจัดช่องทางให้ปรึกษาระหว่างนัด	ติดตามทางโทรศัพท์หรือเยี่ยมบ้าน ช่วยแก้ปัญหาในพื้นที่ และประสาน รพ. เมื่อพบความผิดปกติ	รับประทานยาตามแผน ควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงยาหรือสมุนไพรที่มีผลต่อวาร์ฟาริน บันทึกข้อมูลสุขภาพ และติดต่อบุคลากรสุขภาพเมื่อมีปัญหา	ช่วยจัดและเตือนยา ควบคุมอาหาร สังเกตการปฏิบัติตัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผน และช่วยติดต่อทีมสุขภาพเมื่อจำเป็น
5. การเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน	ติดตามค่า INR และจำแนกระดับความเสี่ยง เฝ้าระวังเลือดออกตามไรฟัน จุดจ้ำเลือด ปัสสาวะปนเลือด เลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน พร้อมปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรตามเกณฑ์	เฝ้าระวังอาการผิดปกติในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยเสี่ยงสูง ขาดนัด หรือค่า INR นอกเป้าหมาย และประสานส่งต่อเมื่อพบสัญญาณอันตราย	สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง รับรู้ค่า INR และตัดสินใจมารับบริการเมื่อมีสัญญาณเตือน โดยไม่ปรับหรือหยุดยาด้วยตนเอง	ช่วยสังเกตอาการเลือดออก อาการทางระบบประสาท หรืออาการสงสัยลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยพาผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างเหมาะสม
6. การติดตาม ประเมินผลและประสานการดูแลต่อเนื่อง	พยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแล ติดตามค่า INR พฤติกรรมการใช้ยา การมาตามนัดและภาวะแทรกซ้อน ทบทวนผลลัพธ์และปรับแผนร่วมกับ	ติดตามผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและผู้ขาดนัด ส่งข้อมูลกลับรพ. และร่วมติดตามความก้าวหน้า	ทบทวนผลการปฏิบัติของตนเองจากค่า INR อาการ และการมาตามนัด พร้อมปรับพฤติกรรมตามผลลัพธ์	ร่วมประเมินผลการดูแล สะท้อนปัญหาและอุปสรรค ช่วยติดตามนัด และร่วมปรับแผนการดูแล

ตารางที่ 1รูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

องค์ประกอบของรูปแบบ	พยาบาล/ทีมสหวิชาชีพ	บุคลากร รพ.สต.	ผู้ป่วย	ครอบครัว/ผู้ดูแล
	ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว	ของการดูแล		กับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ

จากตารางจะเห็นได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ทำหน้าที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ตั้งแต่การประเมิน ให้คำแนะนำ ร่วมกำหนดเป้าหมาย ช่วยแก้ไขปัญหา และจัดระบบติดตามต่อเนื่อง บุคลากร รพ.สต. ทำหน้าที่เป็น กลไกเชื่อมต่อการดูแลสู่บ้านและชุมชน ขณะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนิน กระบวนการจัดการตนเอง และครอบครัวเป็นส่วนในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

3. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินและเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 40 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.00 มีอายุเฉลี่ย 68.65 ± 8.72 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 49 ปี และสูงสุด 86 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 70–79 ปี จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 60–69 ปี จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.00 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50 ด้านภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม โดยโรคที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมาคือโรคหัวใจหรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00 ไขมันในเลือดสูง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 และโรคเบาหวาน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 ผู้ป่วยมีระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 3.20 ± 2.10 ปี และได้รับยาวาร์ฟารินเฉลี่ย 3.05 ± 1.84 ปี

ก่อนการใช้รูปแบบ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.00 มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมาย ขณะที่ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 มีค่า INR ต่ำกว่าช่วงเป้าหมาย และ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 มีค่า INR สูงกว่าช่วงเป้าหมาย โดยมีค่า INR เฉลี่ย 2.34 ± 0.78 ด้านการดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยทั้ง 40 รายมีผู้ดูแลหลัก โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมาเป็นคู่สมรส จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 และญาติหรือบุคคลอื่น จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50

3.2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จำนวน 40 ราย พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบในทุกข้อ โดยคะแนนรวมเพิ่มจาก 28.60 ± 4.52 คะแนน เป็น 38.75 ± 3.08 คะแนน และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกข้อ ($p < .001$) โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองมีการเปลี่ยนแปลงที่เด่น ได้แก่ การรับรู้และเข้าใจค่า INR ของตนเอง การรับประทานยาวาร์ฟารินอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของภาวะเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน และการตัดสินใจขอคำปรึกษาหรือมารับบริการเมื่อมีความผิดปกติ สำหรับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเพิ่มจาก 28.60 ± 4.52 คะแนน เป็น 38.75 ± 3.08 คะแนน แตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.84$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าภายหลังได้รับการสนับสนุนตามรูปแบบผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น

3.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 40 ราย พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ทั้งการจัดและเตือนการรับประทานยา การดูแลอาหารและสมุนไพร การติดตามค่า INR การสังเกตอาการผิดปกติ การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การร่วมตัดสินใจ และการประสานกับบุคลากรสุขภาพ คะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยรวมเพิ่มจาก 30.15 ± 4.20 คะแนนก่อนใช้รูปแบบ เป็น 42.20 ± 3.12 คะแนนหลังใช้รูปแบบ โดยคะแนนเฉลี่ยต่อข้อเพิ่มจาก 3.02 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เป็น 4.22 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด

ผลดังกล่าวสะท้อนว่าหลังพัฒนารูปแบบครอบครัวไม่ได้มีบทบาทเพียงช่วยเหลือทั่วไป แต่มีส่วนร่วมในการจัดการยา การเฝ้าระวังความเสี่ยง การตัดสินใจ และการติดตามการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพมากขึ้น

4. ผลลัพธ์ทางคลินิกและความต่อเนื่องในการรักษาภายหลังใช้รูปแบบ พบแนวโน้มผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มจาก 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.00 เป็น 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.00 ขณะที่ผู้ป่วยที่มีค่า INR ต่ำหรือสูงกว่าช่วงเป้าหมายลดลง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มจากร้อยละ 77.50 เป็นร้อยละ 95.00 และอัตราการมาตรวจตามนัดเพิ่มจากร้อยละ 85.00 เป็นร้อยละ 97.50 ขณะที่การขาดนัดลดลงจากร้อยละ 15.00 เหลือร้อยละ 2.50 ด้านความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟาริน พบว่าก่อนใช้รูปแบบมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 รายการ จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.00 ภายหลังใช้รูปแบบลดเหลือ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.50 โดยไม่พบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ภาวะเลือดออกในสมอง หรือ Embolic stroke ภายหลังใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและความต่อเนื่องในการรักษาก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 40)

ผลลัพธ์	ก่อนใช้รูปแบบ n (%)	หลังใช้รูปแบบ n (%)
ค่า INR		
อยู่ในช่วงเป้าหมาย	22 (55.00)	32 (80.00)
ต่ำกว่าช่วงเป้าหมาย	10 (25.00)	5 (12.50)
สูงกว่าช่วงเป้าหมาย	8 (20.00)	3 (7.50)
ความต่อเนื่องในการรักษา		
รับประทานยาสม่ำเสมอ	31 (77.50)	38 (95.00)
มาตรวจตามนัด	34 (85.00)	39 (97.50)
ขาดนัด	6 (15.00)	1 (2.50)
ภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟาริน		
เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 รายการ	12 (30.00)	3 (7.50)
เลือดออกตามไรฟัน	4 (10.00)	1 (2.50)
จุดจ้ำเลือด/รอยฟกช้ำผิดปกติ	3 (7.50)	1 (2.50)
ปัสสาวะปนเลือด	2 (5.00)	1 (2.50)
เลือดออกในทางเดินอาหาร (GI bleeding)	1 (2.50)	0 (0.00)
ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke)	1 (2.50)	0 (0.00)
ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน/Embolic stroke	1 (2.50)	0 (0.00)

จากตารางโดยสรุป ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่า INR ให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้มากขึ้น มีความสม่ำเสมอในการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น ขณะที่การขาดนัดและภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟารินลดลง

3.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อรูปแบบการดูแล ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยจำนวน 40 ราย และผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวจำนวน 40 ราย ผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ย 4.46 ± 0.40 คะแนน และครอบครัวมีความพึงพอใจเฉลี่ย 4.50 ± 0.36 คะแนน โดยภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 4.48 ± 0.38 คะแนน อยู่ในระดับมากที่สุด

ผลการประเมินรูปแบบแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่า INR และมาตรวจตามนัดได้มากขึ้น ขณะที่ภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟารินและการขาดนัดลดลง อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบที่เชื่อมโยงบทบาทของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วย และครอบครัว ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวรายบุคคล การเสริมสร้างความรู้และทักษะการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การสนับสนุนการตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ การเฝ้าระวังความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการติดตามและประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้ ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยดีขึ้นภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจาก 28.60 ± 4.52 คะแนน เป็น 38.75 ± 3.08 คะแนน แตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเด่น ได้แก่ การรับรู้และเข้าใจค่า INR การรับประทานยาวาร์ฟารินอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการเตือนของภาวะเลือดออกหรือลิ่มเลือดอุดตัน และการตัดสินใจขอคำปรึกษาหรือมารับบริการเมื่อเกิดความผิดปกติ ผลดังกล่าวอธิบายได้จากรูปแบบที่ไม่ได้มุ่งเพียงการให้ความรู้ แต่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวคิดของ Creer[4] ขณะเดียวกันพยาบาลและทีมสหวิชาชีพใช้แนวคิด 5A's ของ Glasgow[5] ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร สุนทรารักษ์ (2566)[2] ที่พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินโดยทีมสหวิชาชีพ ใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายกรณี พบว่าหลังพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมีความรู้ การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจสูงขึ้น รวมทั้งเกิดระบบที่มีแนวปฏิบัติร่วม การจำแนกผู้ป่วยตามค่า INR และคู่มือการจัดการตนเองอย่างชัดเจน และศิรินาฎ เนืองนอง และคณะ (2567)[3] ที่พบว่าหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลด้าน INR ดีขึ้นด้วย ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ Yıldırım และ Bayık Temel (2020)[8] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยพยาบาลที่บ้านในผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น มีจำนวนค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายมากขึ้น และมีความพึงพอใจต่อการรักษาดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนที่ต่อเนื่องและขยายจากสถานบริการไปสู่ชีวิตประจำวันมีส่วนสำคัญต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ในด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มขึ้นและเป็นกลไกสำคัญของการจัดการตนเอง ภายหลังใช้รูปแบบคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มจาก 30.15 ± 4.20 คะแนน เป็น 42.20 ± 3.12 คะแนน โดยครอบครัวมีบทบาทเพิ่มขึ้นในทุกด้าน สามารถอธิบายได้ การมอบบทบาทแก่ครอบครัวอย่างชัดเจนจะช่วยเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะการจัดยา การเตือนเวลา การสังเกต

อาการ และการมาตรวจตามนัด รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเปลี่ยนบทบาทครอบครัวจาก “ผู้ช่วยเหลือทั่วไป” ให้เป็น “หุ้นส่วนในการดูแล” ซึ่งร่วมกำหนดเป้าหมาย วางแผน ติดตาม และประเมินผลการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Yıldırım และ Bayık Temel (2020)[8] ที่แสดงให้เห็นว่าการมีระบบสนับสนุนผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านช่วยเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านการรักษาและยังสนับสนุนแนวคิดว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะในคลินิก แต่ควรมีระบบสนับสนุนในการดำเนินชีวิตจริงผู้ป่วย

ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและความต่อเนื่องในการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น ภายหลังใช้รูปแบบ พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในช่วงเป้าหมายเพิ่มขึ้น ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาวาร์ฟารินลดลง ผลลัพธ์ดังกล่าวน่าจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของรูปแบบหลายส่วนร่วมกัน ทั้งการประเมินความเสี่ยงเป็นรายบุคคล การให้ความรู้และฝึกทักษะ การกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดยา การติดตามค่า INR การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การติดตามทางโทรศัพท์ การติดตามผู้ขาดนัด และการเชื่อมต่อกับบุคลากร รพ.สต. ทำให้สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขก่อนพัฒนาไปสู่เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง สอดคล้องกับ วิสิษฐ์ วิจิตรโกสุม (2566)[7] ซึ่งพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน จังหวัดอุดรธานี โดยพัฒนาทั้งระบบเครือข่าย การเข้าถึงบริการ ระบบข้อมูล การติดตามผลการรักษา และการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง พบว่าสัดส่วนค่า INR เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีระบบเครือข่ายและการติดตามต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน และการศึกษาของ ศิรินาฎ เนืองนอง และคณะ (2567)[3] พบว่าการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินแบบมีส่วนร่วมทำให้ค่า INR และค่าเฉลี่ยการผ่านเกณฑ์ TIR ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ อรชร สุนทรารักษ์ (2566)[2] พบว่าการดูแลแบบสหวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองช่วยให้เกิดระบบการติดตามที่ชัดเจน และผู้ป่วยมีค่า INR อยู่ในช่วงที่ให้ผลดีต่อการรักษา และสอดคล้องกับ Sakunrag และคณะ (2020)[9] ซึ่งพบว่าการติดตามทางโทรศัพท์สามารถใช้เป็นทางเลือกของการจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือด และมีแนวโน้มลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ในด้านผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด ผลดังกล่าวเกิดจากรูปแบบมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากพัฒนาขึ้นจากข้อมูลสถานการณ์จริง ผู้ป่วยและครอบครัวจึงได้รับบริการที่มีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น มีช่องทางขอคำปรึกษาระหว่างนัด และรับรู้บทบาทของตนเองในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับ อรชร สุนทรารักษ์ (2566)[2] ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาระบบดูแลแบบสหวิชาชีพ และศิรินาฎ เนืองนอง และคณะ (2567)[3] ที่พบว่าผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาระบบ โดยสรุป ผลการศึกษาสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาวาร์ฟารินให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ไม่ควรมุ่งเพียงการควบคุมค่า INR หรือการให้ความรู้เรื่องยาเท่านั้น แต่ควรจัดระบบสนับสนุนการจัดการตนเองที่เชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัวพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในรพ. และรพ.สต. ให้ทำงานร่วมกัน โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้จัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน พยาบาลเป็นผู้ประเมินและประสานการดูแล และเครือข่ายสุขภาพเป็นกลไกติดตามต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งช่วยให้การจัดการตนเองสามารถเกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันและสนับสนุนความปลอดภัยจากการใช้ยาวาร์ฟารินอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Neurol. 2024;23(10):973–1003. doi:10.1016/S1474-4422(24)00369-7.

2.อรชร สุนทรารักษ์ (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินแบบสหวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลนาหว้า จังหวัดนครพนม. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม, 1(2), 63–73.

3.ศิรินาฎ เนืองนอง และคณะ (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ในโรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม, 9(3), 30–39.

4.Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M,editors. Handbook of Self-Regulation. San Diego, CA: Academic Press; 2000. p. 601–629.

5.Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five ‘As’ for patient-centered counseling. Health Promot Int. 2006;21(3):245–255. doi:10.1093/heapro/dal017.

6.Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

7.วิสิษฐ์ วิจิตรโกสุม (2566). การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ปัจจัยทำนายเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผลการ รักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 10(3), e267772.

8.Yıldırım, J. G., & Bayık Temel, A. (2020). The effect of nurse home-support program on self-management of patients receiving oral anticoagulation (warfarin) therapy. Florence Nightingale Journal of Nursing, 28(1), 13–22. https://doi.org/10.5152/FNJN.2020.19020.

9.Sakunrag, I., Danwilai, K., Dilokthornsakul, P., Chaiyakunapruk, N., & Dhippayom, T. (2020). Clinical outcomes of telephone service for patients on warfarin: A systematic review and meta-analysis. Telemedicine and e-Health, 26(12), 1507–1521. https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0268.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

การพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร

Development of Practice Guidelines for Village Health Volunteers in Screening and Counseling Electronic Cigarette Users in Samut sakhon Province.

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ภาวิณี หงษ์เจริญ[1]
Pawinee Hongcharoen[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและ ให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า 1. ความรู้ (สมมติฐานที่ 1) หลังใช้คู่มือ อสม. กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องถึงระยะติดตาม (Bonferroni ทุกคู่ $p < .05$) สัดส่วนผู้มีความรู้ระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 47.50 เป็นร้อยละ 95.00 เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 2. ทัศนคติ (สมมติฐานที่ 2) หลังใช้คู่มือ คะแนนทัศนคติสูงกว่าก่อนทดลอง 10.50 คะแนน ($p < .001$) และคงอยู่ถึงระยะติดตาม (หลังทดลองกับติดตาม $p = .094$) สัดส่วนทัศนคติระดับลบลดจากร้อยละ 22.50 เป็น 0 และระดับบวกเพิ่มจากร้อยละ 22.50 เป็น 42.50 เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 3. ทักษะการปฏิบัติงาน (สมมติฐานที่ 3) หลังใช้คู่มือ คะแนนทักษะสูงกว่าก่อนทดลอง 10.03 คะแนน ($p < .001$) และสูงขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตาม ($p = .026$) สัดส่วนทักษะระดับน้อยลดจากร้อยละ 12.50 เป็น 0 และระดับมากเพิ่มจาก 0 เป็นร้อยละ 25.00 แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.00) ยังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การคัดกรอง การคัดกรอง ให้คำแนะนำ ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า

Abstract

This study aimed to develop an operational manual for Village Health Volunteers (VHVs) regarding the screening of and provision of advice to e-cigarette users in Samut Sakhon Province. It was a quasi-experimental research study conducted in three phases. The sample consisted of VHVs divided into an experimental group and a control group (40 participants each). The intervention lasted five weeks, followed by a follow-up assessment at week eight. Data were collected via questionnaires and analyzed using both quantitative and qualitative methods.

The study results revealed the following: 1. Knowledge (Hypothesis 1): After using the manual, the experimental group of VHVs demonstrated statistically significantly higher knowledge scores compared to pre-intervention levels; these scores continued to rise through the follow-up period (Bonferroni post-hoc analysis for all pairs: $p < .05$). The proportion of VHVs with a high level of knowledge increased from 47.50% to 95.00%. After controlling for pre-intervention scores, the experimental group exhibited statistically significantly higher knowledge scores than the comparison group; thus, Hypothesis 1 was accepted. 2. Attitudes (Hypothesis 2): Following the use of the manual, attitude scores were 10.50 points higher than pre-experiment levels ($p < .001$) and remained stable through the follow-up period (post-experiment vs. follow-up: $p = .094$). The proportion of participants with negative attitudes decreased from 22.50% to 0%, while those with positive attitudes increased from 22.50% to 42.50%. After

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

controlling for pre-experiment scores, the experimental group demonstrated significantly higher scores than the comparison group; thus, Hypothesis 2 was accepted. 3. Performance Skills (Hypothesis 3): Following the use of the manual, skill scores were 10.03 points higher than pre-experiment levels ($p < .001$) and showed a slight further increase during the follow-up period ($p = .026$). The proportion of participants with low-level skills decreased from 12.50% to 0%, and those with high-level skills increased from 0% to 25.00%, although the majority (75.00%) remained at a moderate skill level. After controlling for pre-experiment scores, the experimental group demonstrated significantly higher scores than the comparison group; thus, Hypothesis 3 was accepted.

Keywords: Village Health Volunteers, screening, counseling, e-cigarette users

บทนำ

การใช้บุหรี่ไฟฟ้ายังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) รายงานว่าการใช้บุหรี่ยาสูบทุกรูปแบบรวมถึงบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด โรคเบาหวาน และมะเร็งหลายชนิด[1] การใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากการตลาดที่เข้าถึงง่ายผ่านสื่อออนไลน์ การโฆษณาที่ดึงดูดใจ และการรับรู้ที่ผิดพลาดว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน แม้ว่าหลักฐานทางวิทยาศาสตร์แสดงให้เห็นถึงอันตรายต่อสุขภาพจากสารนิโคติน สารเคมี และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette or Vaping Product Use-Associated Lung Injury: EVALI)[2] องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้บริการช่วยเลิกยาสูบ (Tobacco Use Treatment) ที่เข้าถึงได้และมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ผู้ใช้ยาสูบเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่สามารถเข้าถึงเครื่องมือและบริการช่วยเลิกได้[3] การส่งเสริมบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข (Community Health Workers : CHWs) ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชนที่ขาดแคลน และช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ[4]

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดในภาคกลางที่มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุด ปัจจุบัน ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นกว่า 10 เท่า จากเดิมในปี 2564 มีผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ประมาณ 78,742 คน แต่ในปี 2565 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 709,677 คน และเด็กและเยาวชนไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้น 5.3 เท่า ในรอบ 7 ปี สถานการณ์ยิ่งน่าเป็นห่วงเมื่อพบว่ากว่าร้อยละ 90.00 สูบครั้งแรกเพราะเพื่อนชวน และเด็กและเยาวชน อายุ 15-29 ปี มีแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.80 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 12.20 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบโดยตรง คือ เด็กนักเรียนระดับมัธยมต้น (อายุ 13-15 ปี) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบาง โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครที่เป็นเขตอุตสาหกรรมและชุมชนแออัด ทำให้เด็กเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย บุหรี่ไฟฟ้า[5]

ในปัจจุบันถูกตั้งราคาเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 250-350 บาท ซึ่งเป็นราคา ที่เด็กและเยาวชนเข้าถึงได้ แถมยังมีราคาต่ำที่สุดเพียง 97 บาทต่อชิ้นเท่านั้น นอกจากนี้ บุหรี่ไฟฟ้า GEN 5 ถูกออกแบบให้มีรูปลักษณ์เหมือนของเล่นเด็ก มีกลิ่นหอม มีเรื่องราวของตัวละคร (ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง, 2568) ทำให้เด็กคิดว่าไม่มีอันตราย ในขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การเฝ้าระวังและป้องกันโรค กลับขาดคู่มือปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างเป็นระบบ หากปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลกระทบร้ายแรงในหลายมิติ ประการแรก ด้านสุขภาพร่างกาย วัยรุ่นที่

สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น โดยเสี่ยงต่ออาการหอบหืดกำเริบเพิ่ม 1.8 เท่า เสี่ยงต่อโรคหลอดลมอักเสบเพิ่ม 2.1 เท่า และเสี่ยงต่ออาการหายใจลำบากเพิ่ม 1.8 เท่า และจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยเยาวชนที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรงจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นกว่า 100 ราย ประการที่สอง ด้านพัฒนาการและสุขภาพจิต สารเคมีหลายชนิดในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เสพติดได้ง่ายและเลิกสูบได้ยาก ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก ขณะที่เด็กมีภาวะซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าติดหนัก จะมีอาการอยากจะฆ่าตัวตาย (ประชาชาติธุรกิจ, 2568) ประการที่สาม ด้านเศรษฐกิจและพฤติกรรมเสี่ยง เด็กนำเงินที่พ่อแม่ให้ไปโรงเรียน มาลงขันซื้อพอด ซื้อน้ำยามาสูบ เฉลี่ยเดือนละ 2,245 บาทต่อคน (ประชาชาติธุรกิจ, 2568) และเด็กและเยาวชนที่ไม่เคยสูบบุหรี่มาก่อนถ้าเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะมีแนวโน้มสูบบุหรี่มวนเพิ่มขึ้น 5 เท่า อีกทั้งยังพบใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับน้ำกระท่อม กัญชา ยาบ้า ทำให้สถานการณ์ที่เด็กอาจจะกลายเป็นยุวอาชญากรเพิ่มมากขึ้นเกือบ 2 เท่า ประการ ที่สี่ ภาระต่อระบบสาธารณสุข ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึง 300 ล้านบาท ซึ่งจะกลายเป็นภาระทางการเงินของระบบสุขภาพในระยะยาว[6]

ดังนั้น การพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ในการทำงานในระดับชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถคัดกรองและส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที และให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมแก่เด็กนักเรียนมัธยมต้นและเยาวชนในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันและแก้ไขปัญหาบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและ ให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดการการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความต้องการ ในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาคร

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ คัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร

3. เพื่อประเมินผลคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้คู่มือปฏิบัติงาน ฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบและมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการใช้คู่มือปฏิบัติงานฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

3. หลังการใช้คู่มือปฏิบัติงาน ฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะในการคัดกรองและให้คำแนะนำกับผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังการใช้คู่มือปฏิบัติงาน ฯ ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่ได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา และความต้องการในการจัดการ การใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความต้องการในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาคร และพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดการการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความต้องการในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาคร ระยะที่ 2 ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้คู่มือปฏิบัติงาน ฯ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสมุทรสาคร และ ระยะที่ 3 ประเมินผลคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยนำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มทดลองคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 40 คน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และติดตามผลสัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร จากนั้นกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนำคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำกับผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร ไปแนะนำให้ความรู้กับกลุ่มผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า และทำการประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า หลังจาก 3 เดือนที่ได้รับการแนะนำ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดการการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความต้องการในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาคร

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้คู่มือปฏิบัติงาน ฯ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสมุทรสาคร และ

ระยะที่ 3 ประเมินผลคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร ความรู้ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการการจัดการจัดการตนเองของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาที่มีการดำเนินการเป็นระยะ ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาที่ครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การใช้บุหรี่ไฟฟ้า ทัศนคติต่อการให้บริการผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ทักษะการปฏิบัติงานในการคัดกรองและให้คำแนะนำ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้คู่มือประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลที่เป็นประเด็นปัญหาเพื่อพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะเวลา การทำงานเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า การอบรมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และการให้บริการคัดกรองหรือให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า จำนวน

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการตอบ

คำถามที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า อันตรายต่อสุขภาพ การคัดกรอง และวิธีการให้คำปรึกษา จำนวน 20 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถาม

เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูก ข้อละ 1 คะแนน ซึ่งกำหนดคะแนน ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้ และความเข้าใจ ในเรื่องนั้น

0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่มีความรู้ และความเข้าใจ ในเรื่องนั้น

เกณฑ์การแบ่งระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม มีความรู้ ฯ ระดับต่ำ

ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม มีความรู้ ฯ ระดับปานกลาง

มากกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม มีความรู้ ฯ ระดับสูง

1.3 แบบวัดทัศนคติต่อการให้บริการผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ความรู้สึก ความเชื่อ และความตั้งใจของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

2. ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

3. ปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

4. เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

กำหนดคะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน

ปานกลาง ให้คะแนน 3 คะแนน

เห็นด้วย ให้คะแนน 4 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5 คะแนน

ในการแปลผลคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยแบ่งคะแนนดังนี้

1.00 - 2.33 หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า น้อย

2.34 - 3.67 หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า อยู่ในระดับปานกลาง

3.68 - 5.00 หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า อยู่ในระดับมาก

1.4 แบบประเมินทักษะในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ประกอบด้วยทักษะการคัดกรอง ทักษะการให้คำปรึกษาตามแบบ 5A's (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) และทักษะการสื่อสาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ไม่ปฏิบัติ ให้คะแนน 1 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน

ในการแปลผลคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยแบ่งคะแนนดังนี้

1.00-1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเปลี่ยนแปลง อยู่ในระดับน้อย

1.67-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเปลี่ยนแปลง อยู่ในระดับปานกลาง

2.34-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเปลี่ยนแปลง อยู่ในระดับมาก

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยแนวคำถามการสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดำเนินการโดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วพร้อมแบบตรวจสอบให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและประเมินความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ กำหนดให้พิจารณาว่า ข้อใดมีเนื้อหาตรงตามทฤษฎี นิยามเชิงปฏิบัติการ และวัตถุประสงค์

การวิจัย ให้ประเมินว่า เห็นด้วย ข้อใดมีเนื้อหาไม่ตรงตามทฤษฎี ให้ประเมินว่า ไม่เห็นด้วย และข้อใดตัดสินไม่ได้ว่าตรงหรือไม่ตรง ให้ประเมินว่า ไม่แน่ใจ พร้อมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ ในกรณีที่ข้อคำถามมีเนื้อหาไม่ตรง ไม่ถูกต้อง ไม่ชัดเจนร่วมด้วย จากนั้นนำผลการประเมินหาความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) กำหนดผลการประเมินดังนี้ เห็นด้วย ให้คะแนน +1 ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน -1 ไม่แน่ใจ ให้คะแนน 0 โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความตรงใช้ได้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ยังใช้ไม่ได้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงภาษา โดยการแทนค่าในสูตร ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC มีค่า 0.08-1.00 ถือว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะของกลุ่มพฤติกรรมนั้น มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ก่อนนำไปทดลองใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามในวิจัยนี้ พบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า = 0.92 แบบสอบถามความรู้ฯ = 0.88 แบบสอบถามทัศนคติฯ = 0.88 แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงานฯ = 0.92 และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth interview) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องต่อบุหรี่ไฟฟ้าฯ = 0.93

การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) และอำนาจจำแนก (Discrimination power) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ดำเนินการโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ในระยะที่ 1 จำนวน 30 คน คือ ตำบลสหกรณ์ อำเภอเมืองสมุทรสาคร ได้แก่ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการให้ความช่วยเหลือฯ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงานฯ แล้วจึงนำไปหาความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน (Internal Consistency) ด้วยวิธีการหาค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) และความรู้ใช้ Kuder 21 มีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.90 ขึ้นไป แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสูงมาก 0.80 - 0.90 แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นสูง 0.70 – 0.80 แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นยอมรับได้ ต่ำกว่า 0.70 แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นยอมรับไม่ได้ ต้องตัดทิ้งหรือปรับปรุง พบว่า แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า = 0.93 แบบสอบถามทัศนคติต่อการให้ความช่วยเหลือฯ = 0.98 ปละแบบสอบถามทักษะการปฏิบัติงานฯ = 0.95

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบด้วยวิธีที่ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ที่ประยุกต์จากแนวติดของ Banner (1994) โดยเริ่มจากขั้นตอนดังนี้ คือ นำข้อมูลจากเทปบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์มาถอดเป็นข้อความ อ่านข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหา ตีความตามโครงสร้างของการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับข้อมูล สรุปเนื้อหาในภาพรวมที่สอดคล้องกันเป็นหมวดหมู่

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2568 ตามรหัสโครงการเลขที่ SK 2568/012 เอกสารรับรองเลขที่ SK 2568/012

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage)

1.2 การวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analsis) ที่ประยุกต์จากแนวคิดของเบนเนอร์ (1994) โดยเริ่มจากขั้นตอนดังนี้

2.1 นำข้อมูลจากเทปบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์มาถอดเป็นข้อความ

2.2 อ่านข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมด

2.3 ทำการลงรหัส (Coding) แยกแยะข้อความที่เป็นประเด็นสำคัญ

2.4 สร้างสรุป (Thematic Analysis) จัดกลุ่มประเด็นที่คล้ายกันเข้าด้วยกัน

2.5 ตีความ (Interpretation) ตามโครงสร้างของการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับข้อมูล เชื่อโยงข้อมูลกับบริบทและทฤษฎี

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวินิจฉัยถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการจัดการการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความต้องการในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาคร

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่าง 183 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.49 อายุช่วงอายุ 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.86 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.83 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 57.92 มีอาชีพรับจ้างมากทมี่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.17 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 72.13 มีประสบการณ์เป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.63 และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 34 คน จำนวน 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 70.59 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก มากที่สุด จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 72.68 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 16.94 และระดับปานกลาง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 10.38

1.2 ทัศนคติต่อการช่วยเหลือผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าระดับบวก มากที่สุด ร้อยละ 43.20 และร้อยละ 33.30 และ 23.50 มีทัศนคติ “เป็นกลาง” และ “ลบ” และทักษะในการปฏิบัติงานของ อสม. ต่อผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับทักษะในการปฏิบัติงานของ อสม. ต่อผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุดในระดับปานกลาง จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 43.17 รองลงมาเป็นระดับมาก จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 35.52 และระดับน้อย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 21.31 ตามลำดับ

1.3 ตัวแปรทุกคู่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับทักษะการปฏิบัติงานในระดับสูง (rho = .759) ขณะที่ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะ (rho = .323) และกับทัศนคติ (rho = .315) ในระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen (1988)

1.4 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน (12 คน) ยืนยันว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานการณ์บุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาครถูกมองว่าเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ง่าย ขณะที่การจัดการระดับพื้นที่ยังเผชิญข้อจำกัดด้านการบังคับใช้กฎหมาย ความชัดเจนของบทบาท และกลไกการประสานงาน อสม. มีจุดแข็งด้านความใกล้ชิดกับประชาชนและสามารถประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ เฝ้าระวัง และชักชวนได้ แต่ยังพบช่องว่างด้านความรู้เฉพาะเรื่อง ทักษะการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การโน้มน้าว การติดตาม และระบบส่งต่อ การพัฒนา KAP ให้เชื่อมโยงกับทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติ ภายใต้ระบบสนับสนุนที่ชัดเจน ได้แก่ คู่มือ ฝึกปฏิบัติจริง สื่อ กรณีศึกษา ระบบส่งต่อ และเครือข่ายสนับสนุน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.4.1 สถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเข้าถึงได้ง่าย ตัวอย่างข้อมูล

1.4.2 กลุ่มเสี่ยงมีความหลากหลาย แต่เยาวชนเป็นกลุ่มที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด

1.4.3 ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการบังคับใช้ในระดับพื้นที่

1.4.4 อสม. เป็น “กลไกใกล้ชุมชน” แต่บทบาทยังไม่เป็นระบบ

1.4.5 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ายังไม่สม่ำเสมอและไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

1.4.6 ทัศนคติต่อผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีทั้ง “ความตั้งใจช่วยเหลือ” และ “การตีตรา”

1.4.7 ทักษะการสื่อสารมีพื้นฐาน แต่ทักษะ “การโน้มน้าวและช่วยเลิก” ยังเป็นช่องว่าง

1.4.8 การปฏิบัติงานยังเน้น “ให้ความรู้” มากกว่ากระบวนการช่วยเลิกแบบครบวงจร

1.4.9 ความต้องการไม่ได้อยู่ที่ “คู่มือ” เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นระบบสนับสนุนการปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 จากข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเบื้องต้น ผู้วิจัยได้นำมาสร้างรูปแบบโดยได้พัฒนาต้นแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี Knowledge-Attitude-Practice Model (KPA Model) ร่วมกับทฤษฎี 5A's Model, Transtheoretical Model, Motivational Interviewing ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ส่งเสริมทัศนคติทัศนคติต่อการให้บริการผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า และสร้างทักษะในการปฏิบัติงานต่อผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า 2) ทดลองปฏิบัติจริงในการคัดกรองผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าและให้คำแนะนำตามคู่มือฯ 3) การติดตามและประเมินผล (5A's - Arrange) มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 รวมถึงค่าสถิติต่าง ๆ ที่จะเกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ (จากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ) และได้อธิบายให้ อสม.ได้เข้าใจกระบวนการสร้างรูปแบบและการร่างต้นแบบ (Prototype) ของรูปแบบฯ นำไปทดลอง (Pirot Testing) กับกลุ่มเล็ก 4-5 คน เพื่อทดสอบความเหมาะสม ความเข้าใจ การใช้คำพูด ทั้งในช่องการจัดกิจกรรมและอุปกรณ์ประกอบ ความเข้าใจในเนื้อหา คำต่าง ๆ ที่ใช้เหมาะสม ไม่เหมาะสม อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นอย่างไร ตัวอักษรอ่านได้ง่าย (ตัวใหญ่/สี) น่าสนใจ ต้องปรับปรุงอะไรบ้าง แล้วนำไปปรับปรุงผ่านการเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วปรับปรุงเตรียมการเพื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง 40 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน โดยวัดผลก่อนทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) หลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 5) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 8) สรุปผลได้ว่า

1. ความรู้ (สมมติฐานที่ 1) หลังใช้คู่มือ อสม. กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องถึงระยะติดตาม (Bonferroni ทุกคู่ $p < .05$) สัดส่วนผู้มีความรู้ระดับมากเพิ่มจากร้อยละ 47.50 เป็นร้อยละ 95.00 เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1

2. ทัศนคติ (สมมติฐานที่ 2) หลังใช้คู่มือ คะแนนทัศนคติสูงกว่าก่อนทดลอง 10.50 คะแนน ($p < .001$) และคงอยู่ถึงระยะติดตาม (หลังทดลองกับติดตาม $p = .094$) สัดส่วนทัศนคติระดับลบลดจากร้อยละ 22.50 เป็น 0 และระดับบวกเพิ่มจากร้อยละ 22.50 เป็น 42.50 เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2

3. ทักษะการปฏิบัติงาน (สมมติฐานที่ 3) หลังใช้คู่มือ คะแนนทักษะสูงกว่าก่อนทดลอง 10.03 คะแนน ($p < .001$) และสูงขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตาม ($p = .026$) สัดส่วนทักษะระดับน้อยลดจากร้อยละ 12.50 เป็น 0 และระดับมากเพิ่มจาก 0 เป็นร้อยละ 25.00 แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.00) ยังอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร

3.1 ความพึงพอใจของ อสม. (n = 40) อยู่ในระดับมาก 25 คน (ร้อยละ 62.50) ระดับปานกลาง 14 คน (ร้อยละ 35.00) และระดับน้อย 1 คน (ร้อยละ 2.50)

3.2 ความรู้ของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า (สมมติฐานที่ 4, n = 50) สัดส่วนผู้มีความรู้ระดับมากเพิ่มจาก ร้อยละ 48.00 เป็นร้อยละ 72.00 และระดับน้อยลดจากร้อยละ 26.00 เป็นร้อยละ 2.00 คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 14.64 ± 4.89 เป็น 17.90 ± 3.12 คะแนน (เต็ม 20) หรือเพิ่มขึ้น 3.26 คะแนน (ร้อยละ 95 CI 2.04–4.48) ผลต่างคะแนนไม่แจกแจงแบบปกติ (Shapiro–Wilk W = 0.792, p < .001) จึงทดสอบด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่าคะแนนหลังได้รับคำแนะนำสูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = −5.02, p < .001, r = 0.71) สอดคล้องกับ Paired t-test (t(49) = 5.38, p < .001, d_z = 0.76)

3.3 พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า (สมมติฐานที่ 4, n = 50) หลังได้รับคำแนะนำ 3 เดือน สัดส่วน
ผู้มีพฤติกรรมการเลิกระดับสูงเพิ่มจาก 0 เป็นร้อยละ 58.00 และระดับต่ำลดจากร้อยละ 64.00 เป็นร้อยละ 8.00 คะแนนทั้ง 4 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(49) = 11.90–17.07, p < .001) ด้านที่เพิ่มมากที่สุดคือการควบคุมความอยากและการจัดการตนเอง (เพิ่ม 7.42 คะแนน) รองลงมาคือการจัดการสิ่งกระตุ้นและสถานการณ์เสี่ยง (เพิ่ม 7.18 คะแนน) จึงยอมรับสมมติฐานที่ 4

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการในการจัดการการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความต้องการในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาครของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสมุทรสาคร (วัตถุประสงค์ที่ 1)

1.1 สถานการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าและช่องว่างการบังคับใช้กฎหมาย ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในจังหวัดสมุทรสาครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เข้าถึงง่ายผ่านช่องทางออนไลน์และการจำหน่ายในชุมชน ขณะที่การบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ยังไม่เข้มงวด ผลนี้สอดคล้องกับ Patanavanich et al.[7] ที่พบจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 7 ว่าอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 5.30 ในเยาวชนและร้อยละ 8.30 ในผู้ใหญ่ตอนต้น แม้มีมาตรการห้ามนำเข้าและจำหน่ายตั้งแต่ปี 2558 และสอดคล้องกับ Sakboonyarat et al.[2] ที่พบแนวโน้มการใช้เพิ่มขึ้นในชายไทยวัยหนุ่มช่วงปี 2565–2567 ข้อค้นพบร่วมกันนี้ชี้ว่ามาตรการทางกฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีกลไกระดับชุมชนเข้ามาเสริม ซึ่งเป็นเหตุผลเชิงประจักษ์ของการพัฒนาบทบาท อสม.

ในการวิจัยนี้ปัจจัยที่ผู้ให้ข้อมูลระบุ ได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง อิทธิพลของเพื่อนและสื่อ และความเข้าใจผิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย สอดคล้องกับ Yinpraphan et al.[8] ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์และกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญในวัยรุ่น ชนบท สอดคล้องกับ Benjakul et al.[9] ที่พบว่าทัศนคติเชิงบวกต่อบุหรี่ไฟฟ้าและการมีคนใกล้ชิดใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มโอกาสการใช้ และสอดคล้องกับกิจแสงทอง และคณะ[10] ที่พบว่าความรู้และการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ในนักเรียนอาชีวศึกษาภาคกลาง อย่างไรก็ตาม มีข้อค้นพบที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยข้างต้นบางส่วน ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่พบการใช้ในโรงเรียนในพื้นที่ของตน แต่พบในผู้ที่อายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งบางคนเคยสูบบุหรี่มวนมาก่อน ขณะที่งานวิจัยส่วนใหญ่ในบทที่ 2 เน้นกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียน ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากบริบทของจังหวัดสมุทรสาครที่มีสถานประกอบการและแรงงานวัยทำงานจำนวนมาก ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในงานของ Sakboonyarat et al.[2]

คู่มือสำหรับ อสม. ในพื้นที่นี้จึงควรครอบคลุมทั้งเยาวชน ผู้ใหญ่วัยทำงาน และผู้ที่ใช้ร่วมกับบุหรี่มวน

1.2 ความรู้ของ อสม. สูงในแบบทดสอบ แต่ไม่พอในการปฏิบัติ อสม. ร้อยละ 72.68 มีความรู้ระดับมาก ทั้งที่มีเพียงร้อยละ 18.58 ที่เคยอบรมเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ข้อค้นพบนี้ดูเหมือนขัดกับผลเชิงคุณภาพที่ระบุว่าความรู้ของ อสม. ยังไม่เพียงพอ แต่เมื่อพิจารณาการกระจายพบว่าผู้มีความรู้ระดับน้อย (ร้อยละ 16.94) มีมากกว่าระดับปานกลาง (ร้อยละ 10.38) แสดงว่าความรู้ของ อสม. แบ่งเป็นสองกลุ่มชัดเจน ซึ่งตรงกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพเรื่องความไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ แบบทดสอบวัดความรู้เชิงข้อเท็จจริง ขณะที่การช่วยเลิกต้องใช้ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์ที่เปลี่ยนแปลงเร็วและความรู้เชิงการให้คำปรึกษา ผลนี้สอดคล้องกับ Palakai et al.[11] ที่พบว่าบุคลากรระดับปฐมภูมิของไทยได้รับการอบรมด้านการช่วยเลิกยาสูบในสัดส่วนต่ำมาก และสอดคล้องกับ Huard et al.[1] ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขชุมชนต้องการความรู้และทักษะเฉพาะที่ต่างจากบุคลากรในคลินิก

1.3 ทัศนคติสัมพันธ์กับทักษะมากกว่าความรู้ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับทักษะในระดับสูง (rho = .759) ขณะที่ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะเพียงระดับปานกลาง (rho = .323) ผลนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานพื้นฐานของ KAP Model แบบเส้นตรงที่ว่าความรู้นำไปสู่ทัศนคติและการปฏิบัติตามลำดับ แต่สอดคล้องกับข้อสังเกตในบทที่ 2 ที่ว่าความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสามไม่ได้เป็นเส้นตรงเสมอไป และสอดคล้องกับ Garcia-Sierra et al.[12] ที่ประเมินความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ และความมั่นใจเป็นผลลัพธ์แยกกัน รวมทั้ง Park et al.[13] พบว่ามาตรการที่ผสมผสานหลายองค์ประกอบได้ผลดีกว่ามาตรการเดี่ยว ข้อค้นพบนี้จึงเป็นเหตุผลให้คู่มือเน้นการปรับทัศนคติควบคู่กับการฝึกทักษะ ไม่ใช่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

1.4 ทัศนคติสองมิติและช่องว่างทักษะการโน้มน้าว ผลเชิงคุณภาพพบว่า อสม. มีทั้งความตั้งใจช่วยเหลือและแนวโน้มตีตราผู้ใช้ และมีทักษะการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ แต่ขาดทักษะการโน้มน้าวและช่วยเลิก ผลนี้สอดคล้องกับ Huard et al.[1] ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขชุมชนต้องการทักษะการสร้างแรงจูงใจ การปรับคำแนะนำรายบุคคล และการสื่อสารกับผู้ที่ยังไม่พร้อมเลิก และสอดคล้องกับ van den Brand et al.[14] ที่ใช้การสื่อสารเชิงรุกและเป็นส่วนตัวเพื่อกระตุ้นการเข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่ ผลนี้ยังสอดคล้องกับ Tan et al.[4] ที่พบว่าหลักสูตรการเลิกบุหรี่เดิมออกแบบสำหรับบุคลากรในคลินิก ไม่เหมาะกับงานเชิงรุกในชุมชน ตรงกับที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าแบบประเมินการติดที่มีอยู่ออกแบบสำหรับบุหรี่มวน และยังไม่มีแบบคัดกรองบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับระดับปฐมภูมิ

1.5 ความต้องการระบบสนับสนุน ไม่ใช่คู่มือเพียงอย่างเดียว ผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่าการแจกคู่มืออย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องมีการฝึกปฏิบัติกรณีศึกษา ช่องทางปรึกษา และระบบส่งต่อ ผลนี้สอดคล้องกับ Foo et al.[15] ที่พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์สม่ำเสมออย่างน้อยเดือนละครั้งเพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จ ส่วนศักยภาพของ อสม. ในการรับภารกิจเฉพาะทางได้รับการยืนยันจาก Phomborphub et al.[16] ในงานควบคุมวัณโรค และรวมสุก และคณะ[6] ในงานควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชน อย่างไรก็ดี Woodruff et al.[17] ชี้ว่ายังขาดหลักฐานเรื่องรูปแบบการฝึกอบรมที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรชุมชน โดยเฉพาะประเด็นบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นช่องว่างที่การวิจัยนี้มุ่งเติมเต็ม

2. ผลการพัฒนาและทดลองใช้คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร (วัตถุประสงค์ที่ 2) คู่มือที่พัฒนาขึ้นทำให้ความรู้ ทัศนคติ และทักษะของ อสม. กลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลใหญ่ทั้งสามตัวแปร (η^2p = .361–.663) ผลที่ได้อาจอธิบายได้จากการที่คู่มือออกแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของระยะที่ 1 และผสมผสาน 5A's, TTM

และ MI เข้ากับการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน

2.1 ความรู้ คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังทดลองและยังเพิ่มต่อจนถึงระยะติดตาม ผลนี้สอดคล้องกับ Lu et al. (2025) ที่พบว่าความรู้ของบุคลากรสาธารณสุขชุมชนเพิ่มขึ้นหลังการอบรมหลักสูตร C.H.A.N.G.E. และคงอยู่ในระยะติดตาม 1 และ 6 เดือน สอดคล้องกับ Garcia-Sierra et al.[12] ที่พบว่าความรู้ของบุคลากรกว่า 150 คนเพิ่มขึ้นหลังการอบรม และสอดคล้องกับสำแดงสาร และคณะ[18] ที่พบผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ต่อความรู้และทัศนคติในโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามระยะติดตามของการวิจัยนี้สั้นกว่า (3 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการทดลอง) และคะแนนระยะติดตามใกล้คะแนนเต็ม (19.98 ± 0.16 จาก 20) แสดงถึงผลเพดาน (ceiling effect) ประกอบกับการใช้แบบทดสอบชุดเดิมซ้ำ 3 ครั้งใน 8 สัปดาห์ การเพิ่มขึ้นในระยะติดตามจึงอาจมีส่วนมาจากความคุ้นเคยกับข้อสอบ (testing effect)

2.2 ทัศนคติ ทัศนคติเป็นตัวแปรที่มีขนาดอิทธิพลระหว่างกลุ่มสูงที่สุด (η^2p = .663) และคงอยู่ถึงระยะติดตาม ผลนี้สอดคล้องกับการออกแบบคู่มือที่ให้น้ำหนักกับการปรับทัศนคติตามข้อค้นพบระยะที่ 1 และสอดคล้องกับ Garcia-Sierra et al.[12] ที่พบว่าทัศนคติ แรงจูงใจ และความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้รับบริการเพิ่มขึ้นหลังการอบรม อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง 54.75 จาก 75 คะแนน (เฉลี่ยรายข้อ 3.65) ยังอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์ของการวิจัยนี้ และผู้มีทัศนคติระดับบวกมีเพียงร้อยละ 42.50 แม้ทัศนคติระดับลบจะหมดไป แสดงว่าการลดการตีตราต้องใช้เวลาและกิจกรรมต่อเนื่องมากกว่าระยะทดลองนี้

2.3 ทักษะการปฏิบัติงาน ทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Nguyen et al. (2020) ที่พบว่าบุคลากรสาธารณสุขหมู่บ้านในเวียดนามซักถามประวัติ ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นหลังการอบรม และสอดคล้องกับ Evins et al. (2023) ที่ยืนยันว่าบุคลากรชุมชนที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเพิ่มประสิทธิผลของงานเลิกบุหรี่ได้ แต่ผลการวิจัยนี้ต่างจาก Nguyen et al.[19] ใน 2 ด้าน ด้านแรก Nguyen et al. วัดการปฏิบัติจริงที่ 12 เดือน ขณะที่การวิจัยนี้วัดด้วยแบบประเมินตนเองที่ 8 สัปดาห์ ด้านที่สอง อสม. ร้อยละ 75.00 ยังมีทักษะระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 25.00 ที่ถึงระดับมาก ผลนี้ชี้ว่าทักษะการให้คำปรึกษาแบบ MI ต้องอาศัยการฝึกซ้ำและการนิเทศต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อเสนอของ Foo et al. เรื่องความถี่ของการติดตาม[15]

2.4 ผลเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองกลุ่มเปรียบเทียบเคยอบรมเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 65.00) และเคยคัดกรองผู้ใช้ (ร้อยละ 47.50) มากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 22.50 และ 17.50) แต่หลังทดลองกลับมีคะแนนต่ำกว่าเมื่อควบคุมคะแนนก่อนทดลองแล้ว ผลนี้สนับสนุนข้อค้นพบของ Tan et al.[4] ว่าการอบรมทั่วไปไม่เพียงพอ ต้องเป็นหลักสูตรที่ออกแบบเฉพาะบริบทงานของบุคลากรชุมชน อย่างไรก็ตาม ทั้งสองกลุ่มไม่ได้มาจากการสุ่มและมีลักษณะพื้นฐานต่างกันหลายด้าน เช่น ระดับการศึกษาและประสบการณ์ การวิเคราะห์ ANCOVA ควบคุมได้เฉพาะคะแนนก่อนทดลอง จึงยังมีตัวแปรกวนอื่นที่อาจมีผล

3. การประเมินผลคู่มือการปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองและให้คำแนะนำผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าจังหวัดสมุทรสาคร (วัตถุประสงค์ที่ 3)

3.1 ความพึงพอใจ อสม. ร้อยละ 62.50 พึงพอใจต่อคู่มือในระดับมาก แต่อีกร้อยละ 37.50 อยู่ในระดับ
ปานกลางและน้อย ผลนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบระยะที่ 1 ที่ว่าคู่มือต้องมาพร้อมระบบสนับสนุน และสอดคล้องกับเกิดชื่น และคณะ[20] ที่เน้นให้ อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือตั้งแต่ต้น การปรับปรุงคู่มือรอบถัดไปควรนำความเห็นของกลุ่มที่พึงพอใจระดับปานกลางมาใช้

3.2 ความรู้ของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่ได้รับคำแนะนำจาก อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ด้วยขนาดอิทธิพลใหญ่ (r = 0.71) แสดงว่า อสม. ที่ผ่านการพัฒนาสามารถถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนได้จริง ผลนี้สอดคล้องกับ รวมสุก และคณะ[6] ที่ อสม. มีบทบาทควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในชุมชน และสอดคล้องกับ Palakai et al.[11] ที่พบว่ากลยุทธ์ระดม อสม. ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพผู้ให้บริการมีความคุ้มค่าสูงสุดในบริบทไทย ข้อสังเกต คือ หลังได้รับคำแนะนำ ผู้ใช้ร้อยละ 60 ได้คะแนนเต็ม ซึ่งเป็นผลเพดานเช่นเดียวกับกลุ่ม อสม.

3.3 พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า คะแนนพฤติกรรมการเลิกเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยเพิ่มมากที่สุดด้านการควบคุมความอยากและการจัดการตนเอง และด้านการจัดการสิ่งกระตุ้น ซึ่งตรงกับเนื้อหาคู่มือที่ใช้เทคนิค MI และการประเมินขั้นความพร้อมตาม TTM ทิศทางของผลสอดคล้องกับ Evins et al.[21] ที่กลุ่มได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรชุมชนเลิกบุหรี่สำเร็จมากกว่ากลุ่มดูแลตามปกติ 2.4 เท่า และ Park et al.[13] ที่พบว่ามาตรการผสมผสานด้านความรู้ พฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมได้ผลดีในผู้ใหญ่วัยต้นแต่ผลการวิจัยนี้ไม่สามารถเทียบโดยตรงกับงานข้างต้นได้ เพราะวัดผลลัพธ์ต่างกัน งานข้างต้นวัดอัตราการเลิกสำเร็จที่ระยะ 6–12 เดือน ขณะที่การวิจัยนี้วัดคะแนนพฤติกรรมจากการรายงานตนเองที่ 3 เดือน ไม่มีการยืนยันการเลิกด้วยวิธีทางชีวภาพหรือการรายงานการงดใช้ในช่วงเวลาที่กำหนด (point-prevalence abstinence) จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมมุ่งสู่การเลิกดีขึ้น แต่ยังสรุปไม่ได้ว่าอัตราการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นสำหรับเนื้อหาเรื่องผลิตภัณฑ์ในคู่มือ Lindson et al.[22] (2025) พบว่ายังไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างรสชาติของบุหรี่ไฟฟ้ากับการเลิกบุหรี่ ข้อมูลที่ อสม. ใช้สื่อสารจึงควรอิงหลักฐานที่ทันสมัยและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ

โดยสรุป คู่มือที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลต่อ อสม. ในทุกตัวแปร และส่งผลต่อเนื่องถึงความรู้และพฤติกรรมของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ข้อค้นพบสำคัญเชิงทฤษฎีคือ การพัฒนา อสม. ในงานบุหรี่ไฟฟ้าควรเน้นทัศนคติและทักษะการปฏิบัติมากกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การใช้คู่มือควรมาพร้อมการอบรมเชิงปฏิบัติการเสมอ ไม่ควรแจกคู่มืออย่างเดียว โดยเน้นกิจกรรมปรับทัศนคติและลดการตีตรา เพราะทัศนคติสัมพันธ์กับทักษะมากที่สุด (rho = .759)

2. ควรเพิ่มการฝึกทักษะ MI ด้วยบทบาทสมมติ กรณีศึกษา และคลิปตัวอย่าง พร้อมการนิเทศหลังอบรม เพราะ อสม. ร้อยละ 75.00 ยังมีทักษะระดับปานกลาง

3. ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามให้กำลังใจ อสม. อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (Foo et al., 2025) และให้ อสม. ติดตามผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่ได้รับคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ

4. ควรปรับเนื้อหาคู่มือให้ครอบคลุมกลุ่มเยาวชน ผู้ใหญ่วัยทำงาน และผู้ที่ใช้ร่วมกับบุหรี่มวน และปรับปรุงข้อมูลผลิตภัณฑ์ให้ทันสมัยเป็นระยะ เพราะผลิตภัณฑ์เปลี่ยนรูปแบบเร็ว

5. ควรนำความเห็นของ อสม. ที่พึงพอใจระดับปานกลาง (ร้อยละ 35.00) มาปรับปรุงคู่มือฉบับถัดไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาด้วยแบบแผนการทดลองแบบสุ่มระดับกลุ่ม (cluster randomized controlled trial) โดยสุ่มตำบลหรือหมู่บ้านเข้ากลุ่ม และมีกลุ่มควบคุมสำหรับผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าด้วย

2. ควรวัดผลลัพธ์การเลิกบุหรี่ไฟฟ้าจริง เช่น การงดใช้ใน 7 วันที่ผ่านมา (7-day point-prevalence abstinence) และติดตามอย่างน้อย 6–12 เดือน

3. ควรประเมินทักษะของ อสม. ด้วยการสังเกตการปฏิบัติจริงหรือสถานการณ์จำลองโดยผู้ประเมินอิสระ แทนแบบประเมินตนเอง

4. ควรปรับแบบทดสอบความรู้ให้มีระดับความยากเหมาะสมเพื่อลดผลเพดาน และใช้แบบทดสอบคู่ขนานในการวัดซ้ำ

5. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้คู่มือกับกลุ่มเยาวชนและนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งผลระยะที่ 1 ระบุว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก

6. ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และความยั่งยืนของการนำคู่มือไปใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. Huard, C., Villacis Alvarez, E., Veluz-Wilkins, A., Garcia Sierra, A. M., & Tan, M. (2024). How community health workers can address tobacco dependence of high-risk patients: A qualitative analysis of the unique training needs of community health workers. Tobacco Use Insights, 17, 1–11. https://doi.org/10.1177/1179173X241272369
2. Sakboonyarat, B., Poovieng, J., Jongcherdchootrakul, K., Hempatawee, N., Hatthachote, P., & Mungthin, M. (2025). Emerging trends and determinants of electronic cigarette use among young Thai men, 2022–2024. BMC Public Health, 25(1), 3842. https://doi.org/10.1186/s12889-025-24962-9
3. World Health Organization. (2014). Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. WHO.
4. Tan, M. M., Oke, S., Ellison, D., Huard, C., & Veluz-Wilkins, A. (2023). Addressing tobacco use in underserved communities outside of primary care: The need to tailor tobacco cessation training for community health workers. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(8), 5574. https://doi.org/10.3390/ijerph20085574
5. ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. (2568) สภานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน. ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง.
6. รวมสุก, ธ., เอื้อมณีกูล, น., เกิดม่วง, ส., โรจน์ไพศาลกิจ, ก., จันทร์เทียน, พ., และสุรมิตร, บ. (2567). การพัฒนาการควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารพยาบาล, 73(1), 19–28.
7. Patanavanich, R., Aekplakorn, W., Chariyalertsak, S., Bumrerraj, S., Vichitkunakorn, P., Chuemchit, M., Neelapaichit, N., & Glantz, S. A. (2026). Patterns of e-cigarette use by sex and age in Thailand: The National Health Examination Survey 2024–2025. Tobacco Induced Diseases, 24, 104. https://doi.org/10.18332/tid/218627
8. Yinpraphan, N., Hansang, N., Sukcharoen, N., Poommin, P., Srinithiwat, P., Khunlapate, C., Charoenpitakporn, P., & Narindrarangkura, P. (2026). Prevalence and associated factors of e-cigarette use tendency among adolescents in a rural community, Thailand: A cross-sectional study. Tobacco Induced Diseases, 24, 51. https://doi.org/10.18332/tid/218288
9. Benjakul, S., Nakju, S., & Termsirikulchai, L. (2023). Factors associated with e-cigarette use among vocational students: A cross-sectional multistage cluster survey, Thailand. Tobacco Induced Diseases, 21, 1–11. https://doi.org/10.18332/tid/170421
10. กิจแสงทอง, ฉ., ศิลปรัศมี, ร., บัญชรหัตถกิจ, พ., และชูศักดิ์, ท. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนสถาบันการอาชีวศึกษา ภาคกลาง 1. Singburi Hospital Journal, 33(2), B108–B117.
11. Palakai, R., Sornpaisarn, B., Sawangdee, Y., Chuanwan, S., Saonuam, P., Katewongsa, P., & Rehm, J. (2023). The cost-effectiveness of improved brief interventions for tobacco cessation in Thailand. Frontiers in Public Health, 11, 1289561. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1289561
12. Garcia-Sierra, A. M., Nassar-Abuabara, V., Lu, T., Tang, C., Veluz-Wilkins, A., & Tan, M. (2026). Equitable learning outcomes among community health workers following a modified smoking cessation training: A pre-post intervention study. Health Promotion Practice. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/08901171261449023

13. Park, E., Zhou, Y., Chen, C., Chacko, T., Mahoney, M., & Chang, Y. P. (2023). Systematic review: Interventions to quit tobacco products for young adults. BMC Public Health, 23(1), 1233. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15900-8
14. van den Brand, F. A., van Koeveringe, J. M., van Schayck, O. C. P., & Nagelhout, G. E. (2025). Evaluation of a training for managers in using active and personal communication to stimulate employee participation in a workplace smoking cessation program. Tobacco Prevention & Cessation, 11, 45. https://doi.org/10.18332/tpc/208807
15. Foo, C. Y. S., Potter, K., Nielsen, L., Rohila, A., Culhane Maravic, M., Schnitzer, K., Pachas, G. N., Levy, D. E., Reyering, S., Thorndike, A. N., Cather, C., & Evins, A. E. (2025). Implementation of community health worker support for tobacco cessation: A mixed-methods study. Psychiatric Services, 76(1), 30–40. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20240044
16. Phomborphub, B., Pungrassami, P., & Boonkitjaroen, T. (2008). Village health volunteer participation in tuberculosis control in southern Thailand. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 39(3), 542–548. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18564696/
17. Woodruff, D., Sawyer, S., & Taggart, T. (2026). The role of community health workers in tobacco cessation: A scoping review. Health Promotion Practice. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/08901171261433812
18. สำแดงสาร, ด., จิตรา, ก., เรืองพุทธ, พ., สหายรักษ์, ส., และวาระเพียง, ว. (2568). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 33(3) 92-104.
19. Nguyen, N., Nguyen, T., Truong, V., Dang, K., Siman, N., & Shelley, D. (2020). Impact of a tobacco cessation intervention on adherence to tobacco use treatment guidelines among village health workers in Vietnam. Global Health Promotion, 27(3), 24–33. https://doi.org/10.1177/1757975919854032
20. เกิดชื่น, ก., ตุ้ยเจริญ, จ., และนิ่มกระโทก, ธ. (2567). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการบริหารจัดการ “สถานีรักษ์สุขภาพ” แบบเป็นหุ้นส่วน. วารสารวิจัยและพัฒนา
ด้านสุขภาพ, 10(2), 55–68.
21. Evins, A. E., Cather, C., Maravic, M. C., Reyering, S., Pachas, G. N., Thorndike, A. N., Levy, D. E., Fung, V., Fischer, M. A., Schnitzer, K., Pratt, S., Fetters, M. D., Deeb, B., Potter, K., & Schoenfeld, D. A. (2023). A pragmatic cluster-randomized trial of provider education and community health worker support for tobacco cessation. Psychiatric Services, 74(4), 365–373. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220187
22. Lindson, N., Livingstone-Banks, J., Butler, A. R., Levy, D. T., Barnett, P., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Chen, Y., & Hartmann-Boyce, J. (2025). An update of a systematic review and meta-analyses exploring flavours in intervention studies of e-cigarettes for smoking cessation. Addiction, 120(4), 770–778. https://doi.org/10.1111/add.16736

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดฉะเชิงเทรา

Development of a model for enhancing research competency among the district health network in Chachoengsao province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ญาดา ไพหารวิจิตรนุช[1] กนกศรี จาดเงิน[2]
Yada Pyharnvichitnooch[1] Ganoksri Jardngoen[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย ในด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยรูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (2) พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ มีค่าประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด 80/80 ค่า E1/E2 เท่ากับ 81.89/83.78 คือ 1) นโยบายและการนำองค์กร 2) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย 3) คลินิกวิจัย และ (3) ประเมินรูปแบบ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน คือ บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอราชสาส์น จำนวน 15 คน เครื่องมือ มี 2 ชุด คือ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย มีค่าดัชนีความตรง เชิงเนื้อหา เท่ากับ .87 และ 2) แบบประเมินสมรรถนะการวิจัย 3 ด้าน ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .81 (2) แบบประเมินทักษะ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .81 และ (3) แบบประเมินทัศนคติ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ วิลคอกซอน ไซนด์ แรงค์ เทส

ผลการวิจัย พบว่า ผลการเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ ทักษะ สูงขึ้นอยู่ในระดับมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ความสำเร็จในการพัฒนางาน พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการจนได้โครงร่าง ร้อยละ 53.30 และดำเนินการวิจัยสำเร็จ ร้อยละ 6.70

คำสำคัญ: สมรรถนะการวิจัย, การพัฒนารูปแบบ, เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

The purpose of this research was to develop and compare the results of an model for enhancing research competency on the knowledge, skills and attitudes of the district health network in Chachoengsao province, before and after the program. The study was research and development research method. The study was comprising (1) to study of the need and content (2) to designing and construction model that comprised 3 components met the set 80/80 efficiency criterion with E1/E2 at 82.44/81.56; as follows: 1) policy and leaderships 2) a research competency development program 3) research clinic. And (3) to evaluate and improvement of the model.The population and sample were hemogenous. They were consisted of 15 district health networks in working at a Ratchasan hospital. Two sets of research instruments were employed: 1) a research competency development program, with a content validity index of .87 ; and 2) an assessment form to measure the research competency of sampling in 3 dimensions, including (1) a form to assess knowledge before and after the program, with a Kuder-Richardson reliability score of .81; (2) a skill assessment form, with Cronbach Alpha co-efficient of .81. ; and (3) an

[1] โรงพยาบาลราชสาส์น จังหวัดฉะเชิงเทรา
[2] โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา Correspondence author: ganokj1@yahoo.com

attitude assessment form, with Cronbach Alpha co-efficient of .88. Data were analyzed by the E1/E2 efficiency index, descriptive statistics to find percentages, means, standard deviation, and Wilcoxon Signed Rank Test.

The results found that comparison of the sampling' scores before and after the program showed that after the competency development program, the mean scores for knowledge, skills about applying research competency in their work were higher than before the program to a statistically the program degree at .05, and attitudes were high level. Achievement in Research Development: Most participants developed a three-chapter research proposal (53.30%), while 6.70% successfully completed their research.

Keywords: research competency, Development of a model, the district health network

บทนำ

จากสถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ระบบสุขภาพต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับความต้องการของประชาชน องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (The WHO Health System Framework) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล 2) ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ 3) กำลังคนด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น 5) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพและการวิจัย และ 6) ระบบบริการสุขภาพ โดยระบบสารสนเทศด้านสุขภาพและการวิจัยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการพัฒนางานสาธารณสุข การแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพบริการ[1]

ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561–2580 เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) บริการเป็นเลิศ 3) บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) บริหารจัดการเป็นเลิศ โดยส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้แผนงานที่ 14 การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ จึงเห็นได้ว่าการวิจัยเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร[2]

โรงพยาบาลราชสาส์นเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้นำการวิจัยและพัฒนามาเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งส่งเสริมความก้าวหน้าของบุคลากรผ่านการพัฒนางานประจำ สู่งานวิจัย การพัฒนานวัตกรรม และการพัฒนาวิธีปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอราชสาส์นมีผลงานวิจัยและนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้บริหารให้ความสำคัญกับการวิจัย โดยกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร สนับสนุนและเสริมแรงแก่บุคลากร รวมทั้งเชื่อมโยงผลงานวิจัยกับความก้าวหน้าในวิชาชีพ ส่งผลให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการพัฒนาผลงาน อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่ไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จได้ โดยในปีงบประมาณ 2559–2563 งานวิจัยที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการไม่แล้วเสร็จ คิดเป็นร้อยละ 70.00, 60.00, 44.44, 83.33 และ 71.43 ตามลำดับ นอกจากนี้ในช่วงปีงบประมาณ 2564–2568 ผลงานวิจัยส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มวิชาชีพทางคลินิก อีกทั้งปัญหาดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับการมีทัศนคติว่าการวิจัยเป็นเรื่องยาก การขาดความรู้และทักษะด้านการวิจัย และการขาดทักษะในการนำเสนอผลงานในเวทีระดับประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาพรรณ ลิ้มเทียมรัตน์ ที่พบว่า ปัญหาและความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขมี 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจในการทำวิจัย 2) งบประมาณ 3) เครื่องมือ วัสดุ และอุปกรณ์ 4) การส่งเสริมสนับสนุนจากองค์กร และ 5) การจัดสรรเวลาในการทำวิจัย อีกทั้งความแตกต่างระหว่าง

บุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะงาน ยังส่งผลให้บุคลากรมีปัญหาและความต้องการในการทำวิจัยแตกต่างกัน[3]

ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะการวิจัยจึงจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทรัพยากร เวลา และการสนับสนุนจากผู้บริหาร ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) และการจัดการความรู้ (Knowledge Management) มาประยุกต์ใช้ โดยอาศัยแนวคิดของ Marquardt ซึ่งประกอบด้วย 5 ระบบย่อย ได้แก่ 1) การเรียนรู้ 2) องค์การ 3) บุคคล 4) ความรู้ และ 5) เทคโนโลยี แนวคิดดังกล่าวมุ่งส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดระบบความรู้ และการใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการทำงาน การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวจะช่วยให้บุคลากรสามารถพัฒนาความรู้และทักษะด้านการวิจัยอย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และนำความรู้ไปใช้แก้ไขปัญหาจากการปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรม[4]

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัยสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการสร้างผลงานวิจัยและนวัตกรรม สนับสนุนการพัฒนาองค์กร และยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อประเมินรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ในด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยจัดขั้นตอนในการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัยสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา (Research : R1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจปัญหาและความต้องการในครั้งนี้เป็นกลุ่มเดียวกัน คือ บุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอราชสาส์น ที่มีประสบการณ์ในการอบรมหรือทำวิจัยมาแล้วทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จ ประกอบด้วย บุคลากรในสสอ. และรพ.สต. จำนวน 19 คน บุคลากรในโรงพยาบาล จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 49 คน คัดผู้ที่ดำเนินการสำเร็จ จำนวน 15 คน และไม่สำเร็จ จำนวน 29 คน นำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนเท่า ๆ กัน โดยกลุ่มที่ดำเนินการไม่สำเร็จใช้วิธีการจับสลากเหลือ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน นำเข้ามาเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key person)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทำการสนทนากลุ่ม (focus group) เป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยและสาเหตุแห่งความล้มเหลวในการผลิตผลงานวิจัย 2) ปัจจัยและสาเหตุแห่งความสำเร็จในการผลิตผลงานวิจัย และ 3) ความต้องการในการผลักดันเพื่อสร้างผลงานวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ (ก) กำหนดยุทธศาสตร์ที่พัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน (ข) องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) (ค) การจัดการความรู้ (Knowledge Management) แนวคิดของ Marquardt (ง) การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning) (จ) องค์ความรู้ด้านการวิจัย (ฉ) แนวคิดอนุกรมวิธานของบลูม

(Bloom's Taxonomy) (ช) แนวคิดแบบจำลองทัศนคติแบบสามส่วน (Tripartite Model of Attitude) และ (ซ) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัยสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยทำการสนทนากลุ่ม (focus group) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

3) นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัญหาและความต้องการข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (focus group) ร่วมกับการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องมาสรุปวิเคราะห์เพื่อร่างรูปแบบ ฯ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์หาปัญหาและความต้องการข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (focus group) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จำนวนและร้อยละ

2. การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ด้วยการสังเคราะห์เอกสาร (Document Synthesis)

ขั้นที่ 2 พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังนี้

2.1 พัฒนาและยกร่างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา (Development : D1) ผู้วิจัยดำเนินการสรุปและสังเคราะห์ผลการศึกษาจากการวิจัยระยะที่ 1 นำมาสร้างเป็นร่างรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัยสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) นโยบายและการนำองค์กร 2) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย และ 3) คลินิกวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำร่างแบบจำลองรูปแบบ ฯ ที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรวิจัยและพัฒนา และอาจารย์ทีมวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อประเมินรูปแบบฯ จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) ได้คะแนนอยู่ระหว่าง .70 - .80 หมายความว่า ร่างแบบจำลองรูปแบบ ฯ ที่สร้างขึ้น มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการ

2.2 ขั้นตรวจสอบและทดสอบประสิทธิภาพรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา (Research : R2 : pilot study) ดังนี้ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำร่างแบบจำลองรูปแบบ ฯ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาทดสอบประสิทธิภาพ โดยทดลองใช้จริงกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.2.1) ทดสอบประสิทธิภาพแบบเดี่ยว 1:1 จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยกำหนดสภาพแวดล้อมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าทำกิจกรรมตามที่กำหนดผ่าน ร่างแบบจำลองรูปแบบ ฯ จากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบประสิทธิภาพ โดยนำค่าคะแนนจากการทำกิจกรรมในแบบฝึกปฏิบัติและจากคะแนนทดสอบหลังเรียนมาวิเคราะห์หาประสิทธิภาพ กำหนดค่า E1/E2 ที่เกณฑ์ 80.00/80.00 ได้ค่า E1/E2 เท่ากับ 68.89/67.78 และผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในด้านคุณภาพของแบบจำลองฯ พบว่า 1) การกำหนดในแผนยุทธศาสตร์ยังไม่สามารถโน้มน้าวให้เกิดแรงจูงใจในการทำวิจัย ปรับโดย การบรรจุนโยบายเป็นตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดรายบุคคลในการประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance Agreement : PA) 2) การเลือกหัวข้อวิจัยและการเขียน บทนำ รวมถึงการสร้างเครื่องมือ ควรมีการเตรียมสถิติ ข้อมูลและทฤษฎีมาก่อนเพื่อจะได้หัวข้อตามที่สนใจ เนื่องจากการมาหาในห้องเรียนทำให้เสียเวลาในการฝึกปฏิบัติผู้วิจัยนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข โดยการปรับการปฐมนิเทศและแจ้งการเตรียมตัวก่อนเข้าโปรแกรมฯ การเตรียมตัวก่อนการเข้าสู่โปรแกรม ผู้เรียนเตรียมสืบค้นข้อมูลและเอกสารก่อนเข้ากลุ่ม จากนั้นนำไปทดสอบประสิทธิภาพแบบกลุ่ม และ 3) การติดตามงานโดยไม่มีที่ปรึกษาหรือการ

นำเสนอเพื่อปรับปรุง ทำให้งานไม่ต่อเนื่องหรือหยุดทำผลงานต่อไป ปรับโคยให้คลินิกวิจัย ประสานการพัฒนางานต่อเนื่อง โดยจัดนำเสนอความก้าวหน้าผ่านระบบ zoom ในอีก 3 เดือน โดยระหว่างการพัฒนางานกลุ่มตัวอย่างสามารถรับคำปรึกษาผ่านทางไลน์กลุ่ม หรือช่องทางที่คลินิกวิจัยได้จัดสรรให้ จากนั้นนำไปหาประสิทธิภาพแบบกลุ่ม 1:10 จำนวน 10 คน โดยผู้วิจัยกำหนดสภาพแวดล้อมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าทำกิจกรรมตามที่กำหนดผ่านแบบจำลองรูปแบบ ฯ จากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบประสิทธิภาพ โดยนำค่าคะแนนจากการทำกิจกรรมในแบบฝึกปฏิบัติและจากคะแนนทดสอบหลังเรียนมาวิเคราะห์หาประสิทธิภาพ ได้ค่า E1/E2 เท่ากับ 81.89/83.78 ถือว่าผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพและผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในด้านคุณภาพของแบบจำลองฯ พบว่า การฝึกปฏิบัติตามใบกิจกรรมพี่เลี้ยง 1:10 คน ไม่สามารถทำให้การเรียนรู้ได้ดี ปรับกลุ่มไม่ควรเกิน 15 คนต่อพี่เลี้ยง 2 คน

2.2.2) จากนั้นผู้วิจัยนำกลับมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง จนได้แบบจำลองที่เหมาะสม (Development : D2) โดยรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) นโยบายและการนำองค์กร 2) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย และ 3) คลินิกวิจัย ดังรายละเอียด

1) นโยบายและการนำองค์กร ประกอบด้วย การบรรจุนโยบายเป็นตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัดรายบุคคลในการประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance Agreement : PA)

2) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย ประกอบด้วย

2.1) แนวทางการจัดการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย ประกอบด้วย การอบรม เชิงปฏิบัติการแบบเผชิญหน้า จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน ร่วมกับการฝึกทักษะผ่านใบกิจกรรม การนำเสนอและร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะ การศึกษาด้วยตนเอง และการทำวิจัยของตนเอง จำนวน 1 เรื่อง โดยหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบเผชิญหน้าในครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจะได้หัวข้อวิจัยเพื่อนำไปพัฒนาวิจัยของตนเอง จากนั้นมอบหมายงานเพื่อนำเสนอความก้าวหน้า ผ่านระบบ zoom เพื่อติดตามความก้าวหน้า ในอีก 3 เดือน โดยระหว่างการพัฒนางานกลุ่มตัวอย่างสามารถรับคำปรึกษาผ่านทางไลน์กลุ่ม หรือช่องทางที่คลินิกวิจัยได้จัดสรรให้

2.2) คู่มือการจัดการความรู้เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย ประกอบด้วย เนื้อหาการเรียนรู้ 9 เรื่อง พร้อมใบกิจกรรมในการฝึกทักษะ แบ่งการเรียนรู้เป็น 3 ระยะ ๆ ละ 3 วัน ห่างกันครั้งละ 1 เดือน และการนำเสนอความก้าวหน้าในงานวิจัย

3) คลินิกวิจัย คู่มือการดำเนินงานคลินิกวิจัยที่พัฒนาจากแนวคิด 4 m ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบคลินิกวิจัยหรือ ทีมวิจัยวิชาการ–ปฏิบัติการ (man) 2) การจัดสรรเงินทุนสนับสนุนในการพัฒนางานวิจัย (money) 3) อุปกรณ์สนับสนุนในคลินิก โปรแกรมในการวิเคราะห์ข้อมูลและระบบสารสนเทศ 4) ระบบการจัดการ เช่น การจัดการความรู้ ระบบพี่เลี้ยง และที่ปรึกษาและการฝึกอบรมด้านการวิจัย การให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมถึงการช่วยแก้ปัญหาและกระตุ้นให้ทำวิจัยต่อเนื่อง

ขั้นที่ 3 ประเมินรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ผ่านการพัฒนามาขยายผลโดยทดลองใช้ในบริบทของหน่วยงานและประเมินผลสมรรถนะการวิจัย ในด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติและความก้าวหน้าในการพัฒนางานวิจัย (Implement and evaluate) ดังนี้

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) และประเมินผล ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอราชสาส์น ทุกระดับ ในปีงบประมาณ 2569 ที่มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการ หลังได้รับทราบนโยบายและตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ด้านการวิจัยแล้ว โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเขียนบันทึกกิจกรรมได้ด้วยตนเองและไม่สามารถติดตั้งโปรแกรมคำนวณในคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ได้ จำกัดผู้สมัครไม่เกิน 15 คนต่อรุ่น เนื่องจากข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ ที่ควรมีพี่เลี้ยง 1 : ผู้เรียน 6-8 คน ได้ผู้สมัคร จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเดียวกับประชากร เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้านำทุกคนที่เข้าเกณฑ์มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินสมรรถนะการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ ค่าความยากง่าย (p) เท่ากับ 0.20 - 0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) เท่ากับ 0.20-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ โดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.81

1.2 แบบประเมินทักษะ เป็นแบบอัตนัยจากใบกิจกรรมที่ดำเนินการภายหลังการเรียนรู้ เป็นแบบประเมิน Rating scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) เท่ากับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .81

1.3 แบบประเมินทัศนคติต่อการทำวิจัย พัฒนาจากแนวคิดแบบจำลองทัศนคติแบบสามส่วน (Tripartite Model of Attitude) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก เป็นแบบประเมิน Rating scale 5 ระดับ รวม 12 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence IOC) เท่ากับ 0.85 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .85

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบเผชิญหน้า จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน ร่วมกับการฝึกทักษะผ่านใบกิจกรรม การนำเสนอและร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะ การศึกษาด้วยตนเอง และการทำวิจัยของตนเอง จำนวน 1 เรื่อง จากนั้นมอบหมายงานเพื่อนำเสนอความก้าวหน้า ผ่านระบบ zoom ในอีก 3 เดือน โดยระหว่างการพัฒนางานกลุ่มตัวอย่างสามารถรับคำปรึกษาผ่านทางไลน์กลุ่ม หรือช่องทางที่คลินิกวิจัยได้จัดสรร มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Indication : CVI.) เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลราชสาส์น ใช้ระยะเวลา 6 เดือน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการขอหนังสืออนุญาตการเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสาส์น เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดข้อมูลที่เก็บวิจัย วัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไลน์กลุ่ม รับการปฐมนิเทศและเซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการและทำแบบประเมินก่อนการอบรม ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมครบตามกระบวนการ ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบเผชิญหน้า จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 3 วัน ร่วมกับการฝึกทักษะผ่านใบกิจกรรม การนำเสนอและร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะ การศึกษาด้วยตนเอง และการทำวิจัยของตนเอง จำนวน 1 เรื่อง และการมอบหมายงานเพื่อนำเสนอความก้าวหน้า

ผ่านระบบ zoom ในอีก 3 เดือน ตามใบกิจกรรมที่ 10

ระยะที่ 3 ประเมินผล

1. เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและเก็บ (1) แบบประเมินความรู้หลังการอบรม (2) แบบประเมินทักษะ (3) แบบประเมินทัศนคติ และ (4) ความก้าวหน้าในการทำวิจัย ตรวจสอบความถูกต้อง เรียบร้อย

2. รวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวมรวมได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองสร้างรหัสข้อมูลและลงข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และทัศนคติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านทักษะ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ โดยสถิติ นอนพาราเมตริก (Nonparametric Statistics) ระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันด้วย Wilcoxon Signed Ranks test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยฯในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา หมายเลข PH_CCO_REC 010/2569

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (จำนวน 14 คน ร้อยละ 93.33 และจำนวน 1 คน ร้อยละ 6.64 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่การศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือปริญญาโท/เทียบเท่า (จำนวน 11 คน ร้อยละ 73.30, จำนวน 4 คน ร้อยละ 26.70 ตามลำดับ) สาขาอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ รองลงมาคือแพทย์ ส่วนทันตแพทย์และนักกายภาพบำบัดจำนวนน้อยที่สุด (จำนวน 11 คน ร้อยละ 73.30, จำนวน 2 คน ร้อยละ 13.30 และจำนวน 1,1 คน ร้อยละ 6.70, 6.70 ตามลำดับ) ประสบการณ์การทำวิจัย ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำวิจัย (จำนวน 9 คน ร้อยละ 60.00) และพบว่า อายุงานเฉลี่ยเท่ากับ 17.20 ปี , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.98 อายุงานน้อยที่สุด คือ 6 ปี และมากที่สุดคือ 33 ปี

ศึกษาความต้องการในการพัฒนารูปแบบ

ผลการศึกษาบริบท วิเคราะห์สาเหตุ ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัยสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ด้านปัจจัยและสาเหตุแห่งความล้มเหลวในการผลิตผลงานวิจัย พบว่า ความเห็นเกี่ยวกับนโยบายไม่เร่งด่วน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่ยังไม่มีโครงสร้างการจัดการด้านงานวิจัย มากที่สุด (จำนวน 28 คน ร้อยละ 93.33) รองลงมาคือ ภาระงานประจำมีมาก และไม่เห็นความจำเป็นในการทำวิจัย ขาดความรู้ทั้งในด้านการเริ่มต้นทำวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และการนำเสนอผลงานวิจัย ขาดทักษะการวิจัย ขาดที่ปรึกษาในกรณีที่ไปลองทำวิจัยแล้วไม่เข้าใจจึงยุติการดำเนินการต่อ และคิดว่างานวิจัยเป็นเรื่องยาก ต้องใช้เวลาในการทำอย่างมาก (จำนวน 25, 25 และ 23 คน ร้อยละ 83.33, 83.33 และ76.67) ส่วนความคิดเห็นว่าข้อจำกัดในการทำความเข้าใจสถิติและหลักฐานทางวิชาการ น้อยที่สุด (จำนวน 20 คน ร้อยละ 66.66) ตามลำดับ

ด้านปัจจัยและสาเหตุแห่งความสำเร็จในการผลิตผลงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นมากที่สุดในเรื่อง การได้รับความรู้ในการทำวิจัย การฝึกปฏิบัติและทบทวนอย่างเป็นระบบ การสนับสนุนจากองค์กรทั้งด้านนโยบายความก้าวหน้า เวลาและทุนสนับสนุนในการนำเสนอผลงานวิจัย และการมีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาด้านการวิจัย มากที่สุด

(จำนวน 28, 85 และ 28 คน ร้อยละ 93.33, 93.33 และ93.33) และการจัดให้มีกิจกรรมสร้างผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง น้อยที่สุด (จำนวน 26 คน ร้อยละ 86.67) ตามลำดับ

ด้านความต้องการในการผลักดันเพื่อสร้างผลงานวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นมากที่สุดในเรื่อง การพัฒนาความรู้ ทักษะในการทำวิจัย รวมถึงการฝึกปฏิบัติและทบทวน (จำนวน 30 คน ร้อยละ 100.00) รองลงมา คือ ต้องการนโยบายที่ชัดเจนในความก้าวหน้าสำหรับผู้ทำวิจัย และการมีพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาในการทำวิจัยต่อเนื่อง (จำนวน 29 และ 28 คน ร้อยละ 96.67 และ93.33) ส่วนความต้องการ อุปกรณ์สนับสนุน ทุนสนับสนุนในการนำเสนอผลงานวิจัย น้อยที่สุด (จำนวน 28 คน ร้อยละ 83.33) ตามลำดับ

ผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมของผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้านความรู้ ทักษะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

ด้านความรู้ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม คะแนนความรู้ต่ำสุดที่ 13 คะแนน สูงสุดที่ 16 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.60, SD เท่ากับ 2.61 และหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนความรู้ต่ำสุดที่ 16 คะแนน สูงสุดที่ 30 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.20, SD เท่ากับ 4.69 และพบว่า ความรู้หลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้านทักษะ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนต่ำสุดที่ 1.00 คะแนน สูงสุดที่ 1.30 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.08, SD เท่ากับ 0.80 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงทักษะได้ระดับน้อย และหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนต่ำสุดที่ 3.00 คะแนน สูงสุดที่ 4.60 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61, SD เท่ากับ 0.62 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงทักษะได้ระดับมาก และพบว่า ทักษะหลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 คะแนนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวม ด้านความรู้ ด้านทักษะ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 15)

รายการ	min	max	M	SD	z	*p-value*
ด้านความรู้ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)						
1. ความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13	23	16.60	2.61	-3.41 [a]	0.00*
2. ความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม	16	30	24.20	4.69		
ด้านทักษะ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)						
1. ทักษะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.00	1.30	1.08	0.80	-3.41[a]	0.00*
2. ทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.00	4.60	3.61	0.62		

a. based on negative ranks. b. Wilcoxon Signed Ranks Test * P < 0.05

ด้านทัศนคติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก M = 3.77, SD = 0.54) เมื่อแยกรายด้าน พบว่า (1) ด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.01, SD = 0.68) (2) ด้านความรู้สึก (Affective Component) โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึก (Affective Component) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.90, SD = 0.58) และ (3) ด้าน

พฤติกรรม (Behavioral Component/Conative) โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม (Behavioral Component/Conative) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.41, SD = 0.69)
ระดับความสำเร็จในการพัฒนางาน พบว่า ส่วนใหญ่ดำเนินการจนได้เค้าโครง 3 บท (จำนวน 8 คน ร้อยละ 53.30) รองลงมาคือ นำเสนอโครงร่างวิจัย (จำนวน 5 คน ร้อยละ 33.30) ยื่นขอจริยธรรมและดำเนินการวิจัยสำเร็จ (จำนวนอย่างละ 1 คน ร้อยละ 6.70) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัยสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายและการนำองค์กร 2) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย และ 3) คลินิกวิจัย โดยบูรณาการแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ การจัดการความรู้และการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดอนุกรมวิธานของบลูม เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคลากร ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริง การนำเสนอการอภิปราย การให้ข้อมูลย้อนกลับ และระบบพี่เลี้ยงผ่านคลินิกวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย
รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ นโยบายและการนำองค์กร โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย และคลินิกวิจัย โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87 ซึ่งสะท้อนว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการพัฒนา การที่รูปแบบมีความเหมาะสมดังกล่าว อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา เริ่มจากการศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และความต้องการของบุคลากรผ่านการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาบริบทพบว่าอุปสรรคสำคัญต่อการทำวิจัย ได้แก่ นโยบายด้านการวิจัยยังไม่ชัดเจน การขาดงบประมาณ ภาระงานประจำมาก การขาดความรู้และทักษะด้านการวิจัย การขาดที่ปรึกษา และทัศนคติที่มองว่าการวิจัยเป็นเรื่องยากและใช้เวลามาก ขณะเดียวกันบุคลากรมีความต้องการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร การจัดสรรเวลาและงบประมาณ การพัฒนาความรู้และทักษะ การฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และการมีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาด้านการวิจัย ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Wittayapun และคณะ [1] ที่พบว่า อุปสรรคต่อการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย ได้แก่ เวลาไม่เพียงพอ ภาระงานมาก ขาดทรัพยากรและแหล่งทุน ขาดความรู้และทักษะด้านการวิจัย ขาดความเข้าใจด้านสถิติ ตลอดจนขาดผู้เชี่ยวชาญและระบบพี่เลี้ยง โดยเสนอว่าการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยควรประกอบด้วยการสนับสนุนจากองค์กร การทำงานเป็นทีม การจัดสรรทุนวิจัย การพัฒนาความรู้และทักษะ การสร้างเครือข่ายทางวิชาการและการมีระบบพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง[5] จากผลการศึกษาดังกล่าว ร่วมกับการสังเคราะห์เอกสารนำไปสู่การพัฒนาองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 คือ นโยบายและการนำองค์กร มีความสำคัญในฐานะปัจจัยเอื้อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยอย่างเป็นรูปธรรม โดยครอบคลุมการกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดด้านการวิจัย การสนับสนุนการพัฒนาวิชาชีพ และการจัดทำเส้นทางความก้าวหน้าในสายอาชีพ ทั้งนี้ การกำหนดนโยบายให้เชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรช่วยให้การวิจัยมีทิศทางที่ชัดเจน และทำให้บุคลากรมองเห็นความสำคัญของการวิจัยต่อการพัฒนางานและความก้าวหน้าในวิชาชีพ การกำหนดนโยบายดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่ให้ความสำคัญกับการชี้นำตนเอง แรงจูงใจภายในและการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่หรือความก้าวหน้าในการทำงาน นอกจากนี้ Palmer และคณะ พบว่า แรงจูงใจสำคัญของบุคลากรในการทำวิจัย ได้แก่ การพัฒนาทักษะ ความพึงพอใจในการ

ทำงาน และความก้าวหน้าในอาชีพ ดังนั้น การสนับสนุนจากผู้บริหารและการเชื่อมโยงการวิจัยกับความก้าวหน้าในวิชาชีพจึงเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความสนใจและมีส่วนร่วมในการทำวิจัย[6]

องค์ประกอบที่ 2 คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรด้านการวิจัย พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ และอนุกรมวิธานของบลูม โปรแกรมประกอบด้วยการอบรมความรู้ การฝึกปฏิบัติผ่านใบงาน การปฏิบัติ การนำเสนอ การอภิปราย การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับปัญหาจากการปฏิบัติงานจริง การออกแบบโปรแกรมในลักษณะดังกล่าวมีความเหมาะสม เนื่องจากการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยไม่สามารถเกิดขึ้นจากการบรรยายเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ วิเคราะห์ปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างผลงานวิจัยจากบริบทของตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Glenister และคณะ ที่พบว่า การฝึกอบรมด้านการวิจัยเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาสมรรถนะ แต่การอบรมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ควรผสมผสานการฝึกอบรม การเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การฝึกทักษะ การทำงานเป็นทีมการทำวิจัยจริง และการมีระบบพี่เลี้ยง[7]

องค์ประกอบที่ 3 คือ คลินิกวิจัย ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างการอบรมกับการนำความรู้ไปใช้จริง โดยประกอบด้วยบุคลากรหรือทีมวิจัย งบประมาณและทุนสนับสนุน อุปกรณ์และโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล ระบบสารสนเทศ ระบบพี่เลี้ยงและที่ปรึกษา การจัดการความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการช่วยแก้ไขปัญหาในระหว่างดำเนินงานวิจัย คลินิกวิจัยจึงไม่ได้เป็นเพียงสถานที่ให้คำปรึกษา แต่เป็นระบบสนับสนุนการทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ และช่วยให้บุคลากรสามารถดำเนินงานวิจัยได้อย่างมั่นใจมากขึ้น สอดคล้องกับ Kim และ Jeong ที่พบว่า ระบบพี่เลี้ยงและการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญระหว่างการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความมั่นใจและพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาล[8] ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีจุดเด่นในการเชื่อมโยงระดับนโยบาย ระดับการพัฒนาบุคลากร และระดับการสนับสนุนการปฏิบัติจริง เข้าด้วยกัน กล่าวคือ นโยบายและการนำองค์กรเป็นปัจจัยเอื้อ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะเป็นกลไกในการสร้างความรู้และทักษะ และคลินิกวิจัยเป็นกลไกสนับสนุนให้บุคลากรสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้จริงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รูปแบบมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของเครือข่ายบริการสุขภาพ และมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะการวิจัย

2. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัย

2.1 ด้านความรู้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -3.413$, $p = .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 16.60 คะแนน (SD = 2.613) เป็น 24.20 คะแนน (SD = 4.693) และผู้เข้าร่วมทั้ง 15 คน มีคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทั้งหมด ผลดังกล่าวสะท้อนว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับกระบวนการวิจัยได้อย่างชัดเจน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโปรแกรมได้รับการออกแบบตามแนวคิดอนุกรมวิธาน ของบลูม (Bloom's Taxonomy)[9] ในด้านพุทธิพิสัย โดยจัดลำดับการเรียนรู้จากการจดจำและทำความเข้าใจ ไปสู่การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การประเมิน และการสร้างสรรค์หรือสังเคราะห์ความรู้ กลุ่มทดลองไม่ได้เรียนรู้เฉพาะเนื้อหาทางทฤษฎี แต่ยังได้เลือกประเด็นวิจัยจากงานประจำ ฝึกวิเคราะห์ปัญหา เลือกแบบแผนการวิจัย กำหนดเครื่องมือ เลือกใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล เขียนโครงร่าง และฝึกอภิปรายผลร่วมกับการจัดกิจกรรมอย่างเป็นลำดับทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงความรู้แต่ละขั้นตอนเข้าด้วยกัน และเข้าใจกระบวนการวิจัยในภาพรวมมากขึ้น จากเดิมที่อาจมองว่าการวิจัยเป็นเรื่องซับซ้อนและยาก เมื่อได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน

ผู้เข้าร่วมจึงสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับปัญหาจริงในบริบทการทำงานของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Souza และคณะ ที่พบว่า บุคลากรสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการวิจัยมีผลการประเมินที่ดีกว่าในด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความรู้ รวมทั้งด้านการจัดการขั้นตอนของกระบวนการวิจัย โดยเสนอว่าการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยควรเป็นกระบวนการต่อเนื่องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ทีมสุขภาพและผู้มีประสบการณ์[10] ดังนั้น การที่โปรแกรมประกอบด้วย การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การอภิปราย และการนำเสนอผลงาน จึงน่าจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ในระดับที่สูงกว่าการจดจำเนื้อหาเพียงอย่างเดียว และช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยตั้งแต่การกำหนดปัญหา การเขียนโครงร่าง การวิเคราะห์ข้อมูล ไปจนถึงการเขียนและนำเสนอผลงานวิจัย

2.2 ด้านทักษะ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = -3.414, p = .001) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 1.08 คะแนน (SD = 0.086) เป็น 3.61 คะแนน (SD = 0.616) และกลุ่มทดลองทั้ง 15 คนมีคะแนนทักษะหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาทั้งหมด ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานวิจัยของบุคลากรได้จริง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโปรแกรมนำแนวคิดด้านทักษะพิสัยของบลูม (Bloom's Taxonomy)[9] มาใช้ โดยเริ่มจากการรับรู้หลักการและตัวแบบการปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติด้วยตนเอง การฝึกซ้ำจนเกิดความคล่องแคล่ว และการนำทักษะไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยกิจกรรมในโปรแกรมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ ลงมือปฏิบัติผ่านใบกิจกรรม โดยเฉพาะการกำหนดหัวข้อวิจัย การเขียนโครงร่าง การสร้างเครื่องมือ การเลือกใช้สถิติ การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำตาราง และการอภิปรายผล นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังได้ฝึกนำเสนอผลงานผ่านชั้นเรียน กลุ่มสื่อสารออนไลน์ และระบบ Zoom รวมทั้งได้รับข้อเสนอแนะจากวิทยากรและอภิปรายร่วมกันของสมาชิก ซึ่งกระบวนการดังกล่าวช่วยเปลี่ยนความรู้เชิงทฤษฎีให้เป็นความสามารถในการปฏิบัติจริง การฝึกซ้ำและการได้รับข้อมูลย้อนกลับช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถตรวจสอบข้อผิดพลาด ปรับปรุงผลงาน และเกิดความมั่นใจในการดำเนินงานวิจัยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Souza และคณะ ที่กล่าวว่า การพัฒนาสมรรถนะการวิจัยควรประกอบด้วยการฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติ การทำงานเป็นทีม การอภิปราย และการได้รับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ โดยเฉพาะระบบพี่เลี้ยงที่ช่วยให้ผู้ทำวิจัยสามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยได้อย่างเหมาะสม(4) นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะยังจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการอบรม ผลการศึกษายังพบว่า ผู้เข้าร่วมบางส่วนสามารถพัฒนาไปถึงขั้นการนำเสนอโครงร่าง การยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัย และการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จ สะท้อนว่าทักษะการวิจัยไม่ได้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ภายในระยะเวลาการอบรมเพียงครั้งเดียว แต่ต้องอาศัยการติดตาม การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนผ่านคลินิกวิจัยและระบบพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง

2.3 ด้านทัศนคติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมมีทัศนคติต่อการเสริมสร้างสมรรถนะการวิจัยโดยรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.78 (SD = 0.54) เมื่อพิจารณาตามแบบจำลองทัศนคติแบบสามส่วนหรือ Tripartite Model of Attitude ซึ่งประกอบด้วยด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรมหรือความตั้งใจในการปฏิบัติ พบว่า ด้านความเชื่อและการรับรู้ความสำคัญ มีค่าเฉลี่ย 4.02 (SD = 0.68) ด้านความรู้สึกและความสนใจ มีค่าเฉลี่ย 3.90 (SD = 0.58) และด้านความตั้งใจในการปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 3.42 (SD = 0.70)

1) ด้านความรู้ความเข้าใจ มีค่าเฉลี่ย 4.02 (SD = 0.68) ระดับสูงที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความเชื่อและรับรู้ถึงความสำคัญของการ

วิจัยในระดับมาก โดยเฉพาะการเห็นประโยชน์ของการวิจัยต่อการพัฒนางาน การแก้ไขปัญหา และการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ เมื่ออธิบายร่วมกับแนวคิดของบลูม (Bloom's Taxonomy)[9] อาจกล่าวได้ว่า การได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและความเชื่อของบุคลากร จากเดิมที่อาจมองว่าการวิจัยเป็นเรื่องยาก ซับซ้อน และแยกออกจากงานประจำ เมื่อได้รับความรู้และได้ฝึกปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน บุคลากรจะมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างการวิจัยกับปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานมากขึ้น จึงเกิดการรับรู้ว่าการวิจัยเป็นเครื่องมือในการพัฒนางาน มิใช่ภาระเพิ่มเติมจากงานประจำ

2) ด้านความรู้สึกและความสนใจ มีค่าเฉลี่ย 3.90 (SD = 0.58) อยู่ในระดับมาก สะท้อนว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้สึกเชิงบวกต่อการเรียนรู้และการทำวิจัย การจัดกิจกรรมในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ การเปิดโอกาสให้เลือกประเด็นที่ตนเองสนใจ การเรียนรู้ร่วมกับเพื่อน และการได้รับคำแนะนำจากวิทยากรและพี่เลี้ยง น่าจะช่วยลดความกังวลและสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีความหมาย ตามแบบจำลองทัศนคติแบบสามส่วน ความรู้สึกเชิงบวกเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงความรู้ไปสู่ความพร้อมที่จะลงมือปฏิบัติ ขณะเดียวกัน แนวคิดการเรียนรู้ของบลูม ชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมและประสบความสำเร็จทีละขั้น สามารถช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความรู้สึกที่ดีต่อการเรียนรู้ได้ ดังนั้น การออกแบบโปรแกรมให้ผู้เข้าร่วมเริ่มจากกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน แล้วพัฒนาไปสู่การเลือกหัวข้อ การเขียนโครงร่าง การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลงาน จึงน่าจะช่วยส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อการทำวิจัย

3) ด้านพฤติกรรมหรือความตั้งใจในการปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 3.42 (SD = 0.70) อยู่ในระดับมาก แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าด้านความเชื่อและความสำคัญ รวมทั้งด้านความรู้สึกและความสนใจ ประเด็นนี้สะท้อนว่า การมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกไม่ได้หมายความว่าบุคลากรจะสามารถเปลี่ยนไปสู่การลงมือทำวิจัยจนสำเร็จได้ทันที แต่การเปลี่ยนจากการรู้และเห็นความสำคัญไปสู่การลงมือปฏิบัติจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น เวลา ทรัพยากร งบประมาณ ความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ระบบพี่เลี้ยง การติดตาม และการสนับสนุนจากผู้บริหาร จากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน สามารถสนับสนุนประเด็นดังกล่าว โดยพบว่า ร้อยละ 53.30 อยู่ในขั้นจัดทำโครงร่างวิจัย 3 บท ร้อยละ 33.30 สามารถนำเสนอโครงร่างวิจัย ร้อยละ 6.70 อยู่ในขั้นยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัย และร้อยละ 6.70 ดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จ ผลการศึกษาดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเปลี่ยนความรู้และความสนใจไปสู่ การลงมือปฏิบัติได้ในระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานวิจัยให้สำเร็จยังต้องอาศัยระยะเวลาและการสนับสนุน อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น คลินิกวิจัยจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบนี้ เพราะสามารถทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างการอบรมกับการปฏิบัติจริง โดยมีทีมวิจัย ระบบพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา งบประมาณ อุปกรณ์ โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการช่วยแก้ไขปัญหา

ข้อจำกัดของการวิจัย

โครงสร้างและภารกิจในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 ไม่มีการกำหนดกลุ่มงานวิจัยและพัฒนา ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง การวิจัยจึงกำหนดเป็นทีมการดำเนินงานในคลินิกวิจัยแทนเพื่อการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยในระยะยาว เพื่อประเมินความสามารถในการนำความรู้และทักษะไปใช้ในการดำเนินงานวิจัยจนแล้วเสร็จ

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ของการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานและคุณภาพบริการสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชสาส์น และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอราชสาส์นที่ได้สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนางานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: WHO;2010.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. นิภาพรรณ ลิ้มเทียมรัตน์.ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรในโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต.2564;1(2) :31-42.
4. Marquardt, M.J..Building the Learning Organization: Mastering the 5 Elements for Corporate Learning. California :Davies-Black, Mountain View. 2002.
5. Wittayapun Y, Nawarat J, Jirathitikal V.
Effectiveness of an academic-practice team approach on research capacity building of nurses and public health professionals. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(13):7199. doi:10.3390/ijerph18137199.
6. Palmer S, Coad J, Gamble J, Jones C, Lees-Deutsch L, McWilliams D, et al. Nursing, midwifery, and allied health professions research capacities and cultures: a survey of staff within a university and acute healthcare organisation. BMC Health Serv Res. 2023;23:647.
7. Glenister K, et al. Research education and training for nurses and allied health professionals: a systematic scoping review. BMC Med Educ. 2022.
8. Kim S, Jeong HW. Developing and evaluating an evidence-based practice research competency enhancement program for clinical nurses in Korea: a pilot study. BMC Nurs. 2024;23:111. doi:10.1186/s12912-024-01749-8.
9. Bloom, B.S. Engelhart, Furst, E.J., Hill, W.H., Krathwohl.Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cogniyive Domain.Newyork: David McKay Co Inc.1956.
10. Souza RCS, Bersaneti MDR, Yamaguti WPS, et al. Mentoring in research: development of competencies for health professionals. BMC Nurs. 2023;22:244. doi:10.1186/s12912-023-01411-9.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

The Development of Care Model for Pulmonary Tuberculosis, Phlapphla Chai District, Buriram Province.

(Received: September 9, 2026; Revised: September 13, 2026 ; Accepted: September 19, 2026)

อมรภัค พิศงาม[1]
Amornphak Phisngam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบท สร้างและพัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน พ.ศ. 2569 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเครือข่ายสุขภาพ 42 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค 17 คน และผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาสำเร็จแล้ว 21 คน ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการ PAOR โดยเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 59 คน และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบในผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ 20 คน และผู้ดูแล 20 คน รวม 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสังเกต แบบติดตามการรับประทานยาตามแนวทาง DOT และแบบรายงาน TB07/1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired samples t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน 2) การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 3) การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 4) การลดการตีตราทางสังคม และ 5) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ภายหลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 7.24 คะแนน (S.D. = 1.44) เป็น 10.93 คะแนน (S.D. = 0.67) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.96 คะแนน (S.D. = 1.15) เป็น 11.40 คะแนน (S.D. = 0.62) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 10.45 คะแนน (S.D. = 1.38) เป็น 16.17 คะแนน (S.D. = 1.06) โดยคะแนนทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษาร้อยละ 95.00 และผู้ป่วยทั้งหมดมีผลตรวจเสมหะเป็นลบเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น โดยไม่พบการขาดยา การเสียชีวิต หรือการโอนออกในรอบติดตาม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดูแลของเครือข่ายสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.46 คะแนน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, ผู้ป่วยวัณโรคปอด, เครือข่ายสุขภาพ, การดูแลในชุมชน, การมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aimed to examine the community-based pulmonary tuberculosis care context, develop a care model, and evaluate the model implemented by the district health network in Phlapphla Chai District, Buriram Province. The study was conducted from April to September 2026 and comprised three phases. Phase 1 involved a situational and contextual assessment among 42 district health network members, 17 tuberculosis care personnel, and 21 successfully treated pulmonary tuberculosis patients. Phase 2 involved model development through the PAOR process with 59 district health network members and tuberculosis care personnel. Phase 3 involved model implementation and evaluation among 20 newly diagnosed smear-positive pulmonary tuberculosis patients and 20 caregivers, totaling 40 participants. Data were collected using questionnaires, focus group discussions, observations, a directly observed treatment monitoring form, and the TB07/1 treatment outcome form. Quantitative data were

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed model comprised five components: 1) family-based care, 2) home environmental management, 3) promotion of patient self-care, 4) social stigma reduction, and 5) promotion of patient health behaviors. Following implementation, the patients' mean tuberculosis knowledge and transmission-prevention score increased from 7.24 (S.D. = 1.44) to 10.93 (S.D. = 0.67), while the caregivers' mean knowledge score increased from 7.96 (S.D. = 1.15) to 11.40 (S.D. = 0.62). The patients' mean tuberculosis transmission-prevention behavior score increased from 10.45 (S.D. = 1.38) to 16.17 (S.D. = 1.06). All outcome scores increased significantly following model implementation ($p < 0.001$). Complete medication adherence was observed in 95.00% of the patients. At the end of the intensive treatment phase, all patients had negative sputum results, and no loss to follow-up, death, or transfer-out was recorded during the three-month monitoring period. Overall satisfaction with the care provided by the district health network was high, with a mean score of 4.46.

Keywords: Model development, Pulmonary tuberculosis patients, District health network, Community-based care, Participation

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium tuberculosis complex* สามารถเกิดได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย แต่ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอดและสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ง่าย ส่วนวัณโรคนอกปอดอาจพบที่เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ และระบบประสาท วัณโรคจึงยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากก่อให้เกิดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายยุติวัณโรคภายในปี พ.ศ. 2578 โดยลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน และลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคลงมากกว่าร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปีฐาน พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังได้รับการจัดให้อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน[1]

จากรายงานองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2562 คาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 106,000 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 11,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อต่อยาไรแฟมพิซิน (MDR/RR-TB) ประมาณ 4,000 ราย ในปีเดียวกันประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนรักษา 85,029 ราย คิดเป็นความครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาประมาณร้อยละ 80 สะท้อนว่ายังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่เข้าสู่ระบบบริการ ไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรายงานเข้าสู่ระบบ[1]

ประเทศไทยกำหนดให้อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการดำเนินงานวัณโรค โดยในปี พ.ศ. 2560–2562 มีอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 84.00, 85.00 และ 85.70 ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานของหน่วยบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรคทั่วประเทศในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 1,204 แห่ง พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทยขึ้นทะเบียนรักษา 78,955 ราย กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด 21,761 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.70 และพบผู้ป่วยชาย

ประมาณสองเท่าของผู้ป่วยหญิง สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 79.80 โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่สำเร็จ ได้แก่ การเสียชีวิตร้อยละ 9.80 และการขาดยาร้อยละ 5.60 นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2566 ยังพบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB จำนวน 886 ราย Pre-XDR-TB จำนวน 56 ราย และ XDR-TB จำนวน 6 ราย ขณะที่อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่อยู่ที่ร้อยละ 82.20 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 88[2]

แนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT) โดยมอบหมายให้พี่เลี้ยงกำกับดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกข้อมูล ให้คำแนะนำและกำลังใจ ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการประเมินเมื่อพบความผิดปกติ การดำเนินงานดังกล่าวมีความสำคัญต่อการทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วนตามแผนการรักษา ลดการขาดยา ป้องกันการเกิดวัณโรคดื้อยา และลดการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้ประสบความสำเร็จไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยบริการสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[3]

สถานการณ์วัณโรคของจังหวัดบุรีรัมย์ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2567 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคจำนวน 1,416, 1,234, 1,358, 1,498 และ 1,543 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะตรวจพบเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 52.99, 47.69, 50.37, 56.86 และ 53.69 ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในช่วงเวลาดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 53.74, 56.24, 57.58, 55.74 และ 56.32 ตามลำดับ ส่วนอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 8.83, 7.86, 12.37, 7.41 และ 4.60 และอัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 5.16, 5.92, 4.71, 3.81 และ 2.92 ตามลำดับ สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้แนวโน้มการขาดยาจะลดลง แต่ผลสำเร็จของการรักษายังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และยังพบการเสียชีวิตและการขาดยาในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง[4]

สำหรับอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลพลับพลาชัยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2567 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษารายใหม่จำนวน 29, 19, 28, 25 และ 55 ราย ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 25.00, 73.91, 75.00, 75.00 และ 73.77 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ขณะที่อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 0.00, 4.35, 6.25, 10.71 และ 6.56 ตามลำดับ และอัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 0.00, 13.04, 15.63, 3.57 และ 1.64 ตามลำดับ แม้ในระยะหลังอัตราการขาดยามีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงพบผู้ป่วยขาดยาและเสียชีวิต รวมถึงมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชน[5]

จากการทบทวนบริบทการดำเนินงานในพื้นที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเดิมยังเป็นการรับรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาลและติดตามเป็นบางช่วงเวลา การประสานงานและการกำหนดบทบาทของผู้เกี่ยวข้องยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุม การขาดการติดตามกำกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ ขาดยา มีผลการรักษาไม่สำเร็จ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่

มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ ซึ่งสามารถแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้สัมผัสร่วมบ้านและบุคคลในชุมชน[5]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR[6] ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อเปิดโอกาสให้เครือข่ายสุขภาพร่วมศึกษาปัญหา วางแผนดำเนินกิจกรรม ติดตามประเมินผล และปรับปรุงแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รูปแบบดังกล่าวมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อที่เหมาะสม ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถสนับสนุนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การลดการขาดยา เพิ่มโอกาสความสำเร็จของการรักษา และลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงกันยายน พ.ศ. 2569 แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะศึกษาสถานการณ์และบริบท ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ครอบคลุมระบบการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ การดูแลและติดตามผู้ป่วย การส่งต่อ การสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายสุขภาพ

2. ระยะสร้างและพัฒนารูปแบบ นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และใช้ในการสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย

3. ระยะประเมินผล ประเมินผลการใช้รูปแบบโดยเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ติดตามการรับประทานยาตามแนวทาง DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือน ประเมินผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น อัตราการขาดยา ความพึงพอใจต่อการดูแลของเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนถอดบทเรียนเกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ

เจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ จำนวน 20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 20 คน รวม 40 คน ผู้ป่วยทั้งหมดขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เริ่มรักษาด้วยยาวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide และ Ethambutol มาแล้วไม่เกิน 1 เดือน และมีผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดคอยสนับสนุนการดูแลที่บ้าน นอกจากนี้ เครือข่ายสุขภาพอำเภอ 42 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค 17 คน ยังมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนจากการใช้รูปแบบ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มทดลองใช้รูปแบบ

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

1. เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่
2. ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์
3. เริ่มรักษาด้วยยาวัณโรคแนวที่ 1 ได้แก่ Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamide และ Ethambutol มาแล้วไม่เกิน 1 เดือน
4. มีผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดและสามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
6. พักอาศัยอยู่ในอำเภอพลับพลาชัยตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคดื้อยา MDR/RR-TB, Pre-XDR-TB หรือ XDR-TB หรือเป็นวัณโรคนอกปอด
2. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต การรับรู้ หรือการสื่อสาร ซึ่งส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ดูแลไม่สามารถติดตามหรือสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
4. ข้อมูลการวินิจฉัยหรือการรักษาไม่สมบูรณ์ หรือไม่สามารถตรวจสอบยืนยันจากระบบ NTIP ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารวิชาการ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็นเครื่องมือเชิงปริมาณและเครื่องมือเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบถามผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว เขตพื้นที่พักอาศัย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคปอด และผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมสาเหตุของโรค การแพร่กระจายเชื้อ อาการสำคัญ การรักษา การรับประทานยา การป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ และบทบาทของผู้ป่วย ผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–12 คะแนน ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom[7] แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ[8] ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00–100 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0.00–59.99 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการสวมหน้ากากอนามัย การปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจาม การแยกพื้นที่นอนในระยะแพร่เชื้อ การดูแลความสะอาดและการระบายอากาศภายในบ้าน การกำจัดเสมหะอย่างเหมาะสม การปฏิบัติตนเมื่อใช้บริการขนส่งสาธารณะ และการหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ข้อคำถามเชิงบวกกำหนดคะแนนเป็น ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของ Bloom[7] แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ[8] ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00–100 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับดี

คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 0.00–59.99 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการมีส่วนร่วมในการวางแผน การแก้ไขปัญหา การสนับสนุนทรัพยากร การให้ความรู้ การคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ การติดตามรักษา การดูแลผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อม และการติดตามประเมินผล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ[9] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับต่ำ

1.2 แบบติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดตามแนวทาง DOT ประยุกต์จากมาตรฐานการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment: DOT)[10]

1.3 แบบรายงาน TB07/1 เป็นแบบรายงานผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประยุกต์จากแบบรายงานมาตรฐานของกองวัณโรค[11]

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

2.1 แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

2.2 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 8 ข้อ

2.3 แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการถอดบทเรียน จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนของข้อคำถาม ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.67 จากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Kuder–Richardson 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.88 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคและแบบประเมินความพึงพอใจ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.77 และ 0.86 ตามลำดับ แสดงว่า

เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน และความพึงพอใจต่อเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามระดับการวัดของข้อมูล ส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามแนวทาง DOT ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น การขาดยา การเสียชีวิต และผลลัพธ์อื่นตามแบบรายงาน TB07/1 วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่และร้อยละ

ถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การทดสอบทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (Paired Samples t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รวมถึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยตรวจสอบการแจกแจงของค่าผลต่างก่อนการทดสอบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และรายงานค่าเฉลี่ยผลต่าง ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าสถิติ t และค่า p-value

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตการมีส่วนร่วม และการถอดบทเรียน โดยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ถอดข้อความ จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็น เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่าง และสังเคราะห์เป็นข้อสรุปเกี่ยวกับสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนารูปแบบ ผลการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของเครือข่าย ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2026-052 ลงวันที่ 30 เมษายน 2569

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผลการวิจัยระยะที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

การศึกษาสถานการณ์และบริบทการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผ่านการรักษาสำเร็จแล้ว จำนวน 21 คน ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มของเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ผลการศึกษามีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 71.43 และเป็นเพศหญิง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 มีอายุเฉลี่ย 46.71 ปี (S.D. = 13.09) อายุอยู่ระหว่าง 29–71 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 30–39 ปีและ 40–49 ปีมีจำนวนมากที่สุดเท่ากัน กลุ่มละ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ

50–59 ปีและอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 และกลุ่มอายุ 20–29 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ หย่าหรือแยกกันอยู่ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 หม้าย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 และโสด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ด้านการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05 ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 และระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ไม่ได้ทำงานหรือว่างงาน และค้าขายหรือประกอบธุรกิจส่วนตัว กลุ่มละ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 และเป็นพนักงานบริษัท จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ย 16,523.81 บาทต่อเดือน (S.D. = 6,523.95) ค่ามัธยฐาน 15,000 บาท โดยมีรายได้อยู่ระหว่าง 8,000–30,000 บาทต่อเดือน เมื่อจำแนกตามช่วงรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001–20,000 บาทต่อเดือน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.38 รองลงมาคือ รายได้ไม่เกิน 10,000 บาทและมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน กลุ่มละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81

ด้านที่พักอาศัย พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านเดี่ยว จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 76.19 และอาศัยอยู่ในตึกแถวหรืออาคารพาณิชย์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81 ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับลูกหรือหลาน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 52.38 และอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 47.62

ครอบครัวของผู้ป่วยมีสมาชิกเฉลี่ย 3.00 คน (S.D. = 0.95) อยู่ระหว่าง 1–5 คน ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาคือ มีสมาชิก 2 คนและ 4 คน กลุ่มละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81 ส่วนครอบครัวที่มีสมาชิก 1 คนและ 5 คน พบกลุ่มละ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และมีโรคประจำตัว จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนประวัติการป่วยเป็นวัณโรคในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติวัณโรคในครอบครัว จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 80.95 และมีประวัติวัณโรคในครอบครัว จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 19.05

2. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จแล้วมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.62 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน (S.D. = 0.50) โดยมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนนและสูงสุด 11 คะแนน เมื่อจำแนกตามเกณฑ์ระดับความรู้ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 21 คนมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาสำเร็จแล้วมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระดับสูง แต่ยังมีประเด็นความรู้บางข้อที่ควรได้รับการทบทวนและย้ำเตือนอย่างต่อเนื่อง

3. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน

การประเมินพฤติกรรมจำนวน 9 ข้อ มีคะแนนเต็ม 18 คะแนน โดยข้อ B7 เป็นข้อคำถามเชิงลบจึงกลับคะแนนก่อนคำนวณคะแนนรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 16.14 คะแนน (S.D. = 1.11) หรือมีค่าเฉลี่ยต่อข้อเท่ากับ 1.79 คะแนน (S.D. = 0.12) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14–18 คะแนน เมื่อจำแนกตามระดับพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้ออยู่ในระดับดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 95.24 และอยู่ในระดับปานกลาง

จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.76 โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ จึงควรเน้นย้ำพฤติกรรมในประเด็นดังกล่าวในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

4. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

ผลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนยังมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ผู้ป่วยบางรายมีที่พักอาศัยไม่แน่นอนและเดินทางไปทำงานต่างพื้นที่เมื่ออาการดีขึ้น ทำให้ติดตามการรักษาได้ยาก ผู้ป่วยและครอบครัวบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ชุมชนยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและมีการตีตราผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านทำได้ยากในครอบครัวที่มีสมาชิกอาศัยอยู่ร่วมกันหลายคน อีกทั้งเครือข่ายบางส่วนยังขาดความรู้ ความมั่นใจ สื่อประชาสัมพันธ์ อุปกรณ์ป้องกัน และงบประมาณสนับสนุน

นอกจากนี้ การดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดระบบประสานงานและการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การอนุมัติงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความล่าช้า และผู้ป่วยบางรายประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทางมารับยา จึงมีข้อเสนอให้พัฒนาระบบดูแลร่วมกัน กำหนดบทบาทของเครือข่าย จัดระบบส่งต่อข้อมูล ติดตามเยี่ยมบ้าน สนับสนุนพาหนะและอุปกรณ์ ตลอดจนพัฒนาการสื่อสารเพื่อลดการตีตราในชุมชน

ผลการศึกษาระยะที่ 1 สะท้อนว่า แม้ผู้ป่วยที่รักษาสำเร็จแล้วส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้ออยู่ในระดับดี แต่ระบบการดูแลในชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านการประสานงาน การติดตามผู้ป่วย การสนับสนุนทรัพยากร การจัดสภาพแวดล้อม และการลดการตีตรา จึงนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้กำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอ จำนวน 42 คน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค จำนวน 17 คน รวม 59 คน โดยนำผลการศึกษาสถานการณ์และบริบทในระยะที่ 1 มาคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางดำเนินงานและพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

ผู้วิจัยจัดประชุมเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์วัณโรคและผลการศึกษาบริบทในระยะที่ 1 ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ การประสานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน การติดตามรับประทานยา การขาดความรู้และความมั่นใจของผู้ดูแลและเครือข่าย การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การขาดอุปกรณ์ป้องกัน การเดินทางมารับบริการ และการตีตราผู้ป่วยในชุมชน

ผลจากการประชุมทำให้ได้แผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

1. พัฒนาความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ

2. ส่งเสริมการค้นหาและคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านและประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3. จัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติงาน

4. กำหนดผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาตามแนวทาง DOT และจัดทำระบบบันทึกการรับประทานยารายวัน

5. จัดระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.

6. จัดระบบติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาการรับประทานยา การเดินทาง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากยา

7. ส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดและมีอากาศถ่ายเท ตลอดจนแยกพื้นที่พักอาศัยตามความเหมาะสมในระยะแพร่เชื้อ

8. พัฒนาการสื่อสารในชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและลดการตีตราผู้ป่วยวัณโรค

9. ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ และการเดินทางของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด

10.กำหนดแนวทางติดตามและประเมินผลการดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action)

ภายหลังได้ข้อตกลงและแผนปฏิบัติการ ผู้วิจัยและเครือข่ายสุขภาพดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่อำเภอพลับพลาชัย โดยจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาชัย ทำหน้าที่วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน วางแผนการรักษา ให้ความรู้ และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการในพื้นที่

2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่ประสานการดำเนินงาน กำกับติดตาม และสนับสนุนการเชื่อมโยงเครือข่ายระดับอำเภอ

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำหน้าที่รับข้อมูล ประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัว เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา และติดตามปัญหาระหว่างการรักษา

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่ติดตามการรับประทานยา สนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล สังเกตอาการผิดปกติ และรายงานปัญหาแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5. ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา ให้กำลังใจ ดูแลสภาพแวดล้อม และช่วยพาผู้ป่วยไปรับบริการตามนัด

6. ผู้นำชุมชนทำหน้าที่สนับสนุนการสื่อสารที่ถูกต้อง ลดการตีตรา และประสานความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ งบประมาณ หรือพาหนะสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง

กิจกรรมหลักที่ดำเนินการประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เรื่องวัณโรค การค้นหาและคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยง การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน การกำหนดพี่เลี้ยง DOT การติดตามรับประทานยา การเยี่ยมบ้าน การจัดสภาพแวดล้อม การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการสื่อสารเพื่อลดการตีตราในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation)

ผู้วิจัยติดตามและสังเกตกระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพ โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ติดตามความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การแลกเปลี่ยนข้อมูล การปฏิบัติตามบทบาท และการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ผลการสังเกตพบว่า เครือข่ายสุขภาพเข้าร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ ตั้งแต่การให้ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การกำหนดบทบาท การดำเนินกิจกรรม และการติดตามผล เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างคลินิกวัณโรค หน่วยบริการปฐมภูมิ

อสม. ผู้ดูแล และชุมชนอย่างเป็นระบบมากขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. มีแนวทางติดตามผู้ป่วยร่วมกัน ขณะที่ครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทในการกำกับการรับประทานยาและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยมากขึ้น

การติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบประกอบด้วยการบันทึกการรับประทานยาตามแนวทาง DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือน การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา การตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น การติดตามการขาดยา และการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลของเครือข่ายสุขภาพ โดยนำเสนอผลลัพธ์เชิงปริมาณในระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ผู้วิจัยจัดเวทีถอดบทเรียนร่วมกับเครือข่ายสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค เพื่อนำข้อมูลจากการดำเนินงานและการสังเกตมาสะท้อนผล วิเคราะห์สิ่งที่ดำเนินการได้ดี ปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวทางปรับปรุงรูปแบบ ผู้เข้าร่วมเสนอให้มีผู้ประสานงานหลักในแต่ละพื้นที่ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้รวดเร็ว กำหนดช่องทางให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่าย ติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการขาดยาเป็นรายกรณี สนับสนุนอุปกรณ์และการเดินทาง ตลอดจนประชุมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการสะท้อนทำให้มีการปรับแนวทางการทำงานให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการกำหนดบทบาทของเครือข่าย การสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ การติดตาม DOT การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อเมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางสังคมหรือเศรษฐกิจ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ภายหลังดำเนินงานตามวงจร PAOR ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน (Family Care) โดยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำกับการรับประทานยา ให้กำลังใจ สังเกตอาการผิดปกติ และพาผู้ป่วยไปรับบริการตามนัด

2. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Housing) โดยส่งเสริมการระบายอากาศ การรักษาความสะอาด การจัดพื้นที่พักอาศัย และการกำจัดเสมหะอย่างเหมาะสม

3. การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-care) โดยพัฒนาความรู้ ทักษะการรับประทานยา การป้องกันการแพร่เชื้อ และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา

4. การลดการตีตราทางสังคม (Stigma Reduction) โดยสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องแก่ครอบครัว ผู้นำชุมชน อสม. และประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจและลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย

5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Host) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดูแลสุขภาพ และมาตรวจตามนัดกลไกสนับสนุนรูปแบบประกอบด้วยระบบส่งต่อข้อมูล การกำหนดพี่เลี้ยง DOT การติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การสนับสนุนอุปกรณ์และการเดินทาง และการติดตามประเมินผลร่วมกันของเครือข่ายสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่โรงพยาบาลไปสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชน โดยกำหนดบทบาทของผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับอย่างชัดเจน

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ

การประเมินรูปแบบดำเนินการในผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดเสมหะตรวจพบเชื้อรายใหม่ จำนวน 20 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 คน รวม 40 คน ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย พบว่าภายหลังใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.24

คะแนน (S.D. = 1.44) เป็น 10.93 คะแนน (S.D. = 0.67) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.69 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.90–4.49, t = 9.72, p < 0.001) ส่วนผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.96 คะแนน (S.D. = 1.15) เป็น 11.40 คะแนน (S.D. = 0.62) เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.43 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.78–4.09, t = 10.93, p < 0.001)

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ป่วย พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.45 คะแนน (S.D. = 1.38) เป็น 16.17 คะแนน (S.D. = 1.06) หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.72 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 4.89–6.55, t = 14.49, p < 0.001) สะท้อนว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดีขึ้น

ผลการติดตามการรับประทานยาตามแนวทาง DOT เป็นระยะเวลา 2 เดือน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 20 คนได้รับการติดตามโดยผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษา 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95.00 และรับประทานยาไม่ครบ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น ผู้ป่วยทั้ง 20 คนมีผลตรวจเสมหะเป็นลบ คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่พบผู้ป่วยที่มีผลเสมหะเป็นบวก ไม่มีผลตรวจ ขาดยา เสียชีวิต หรือโอนออกในรอบติดตาม 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อการดูแลของเครือข่ายสุขภาพโดยรวมเฉลี่ย 4.46 คะแนน อยู่ในระดับสูง ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือการดูแลรักษาและให้คำแนะนำ มีค่าเฉลี่ย 4.65 คะแนน (S.D. = 0.49) รองลงมาคือการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีค่าเฉลี่ย 4.58 คะแนน (S.D. = 0.51) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือการสนับสนุนทรัพยากร มีค่าเฉลี่ย 4.30 คะแนน (S.D. = 0.66)

ผลการถอดบทเรียนพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย การบริหารจัดการและกำหนดบทบาทของหน่วยงานอย่างชัดเจน ความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้จริง การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่าย การมีพี่เลี้ยงติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้แนวปฏิบัติร่วมกัน การสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสื่อสารเพื่อลดการตีตราผู้ป่วยในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมศึกษาสถานการณ์ วางแผน ดำเนินกิจกรรม ติดตามประเมินผล และสะท้อนผลการดำเนินงาน ผลการศึกษามีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายได้ดังนี้

ผลการพัฒนารูปแบบแสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพลับพลาชัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วย และผู้ดูแล โดยแต่ละภาคส่วนมีบทบาทสนับสนุนซึ่งกันและกัน ตั้งแต่การส่งต่อข้อมูล การให้ความรู้ การกำกับการรับประทานยา การเยี่ยมบ้าน การจัดสภาพแวดล้อม การช่วยเหลือด้านทรัพยากร และการลดการตีตราผู้ป่วย การดูแลในระดับชุมชนมีข้อได้เปรียบด้านความใกล้ชิดและความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย ทำให้สามารถติดตามปัญหาและให้ความช่วยเหลือได้เหมาะสมกับแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิเรข ล้อไป[12] ซึ่งพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนช่วย

พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคและทำให้ครอบครัวกับชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

กระบวนการคืนข้อมูลสถานการณ์และปัญหาให้แก่เครือข่ายสุขภาพในขั้นวางแผนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนารูปแบบ เนื่องจากทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ปัญหาจากข้อมูลชุดเดียวกัน เห็นช่องว่างของระบบการดูแล และร่วมกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นจึงตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยง การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน การกำหนดพี่เลี้ยง DOT การเยี่ยมบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อม และการสื่อสารเพื่อลดการตีตรา การมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาจนถึงการสะท้อนผลทำให้เครือข่ายเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและสามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของอำเภอพลับพลาชัยได้ สอดคล้องกับเฉลิมเกียรติ ตาตะมิ[13] ซึ่งพบว่าปัจจัยสำคัญของการป้องกันและควบคุมวัณโรคคือการมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานของภาคีเครือข่าย และการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบครอบคลุมการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การส่งเสริมการดูแลตนเอง การลดการตีตราทางสังคม และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย องค์ประกอบดังกล่าวสะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยวัณโรคไม่ควรมุ่งเฉพาะการรับประทานยา แต่ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อมร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของดาวประกาย หญ้างาม[14] ซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เชื่อมโยงหน่วยบริการ อสม. ครอบครัว และชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องและสามารถขอคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่เมื่อประสบปัญหาระหว่างการรักษา

ผลที่รายงานภายหลังใช้รูปแบบแสดงว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากกิจกรรมที่ไม่ได้ใช้เพียงการบรรยาย แต่เชื่อมโยงความรู้เข้ากับการปฏิบัติจริง ได้แก่ การรับประทานยา การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ การป้องกันการแพร่เชื้อ การดูแลสภาพแวดล้อม และการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน การให้ผู้ป่วยกับผู้ดูแลเรียนรู้ร่วมกันยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้ สนับสนุนการรักษา และช่วยแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา[15] ซึ่งพบว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะสำหรับผู้ป่วยวัณโรคช่วยให้คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ พบว่าภายหลังใช้รูปแบบผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับทั้งความรู้ การสาธิต การติดตาม และแรงสนับสนุนจากผู้ดูแล อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การปิดปากและจมูกเมื่อไอหรือจาม การกำจัดเสมหะอย่างเหมาะสม การดูแลความสะอาดและการเปิดประตูหรือหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านยังเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ประเมินข้อจำกัดและให้คำแนะนำตามสภาพแวดล้อมจริงของแต่ละครอบครัว จึงมีแนวโน้มทำให้เกิดการปรับพฤติกรรมได้มากกว่าการให้ข้อมูลที่หน่วยบริการเพียงครั้งเดียว ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการติดตามตามแนวทาง DOT ที่รายงานว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาครบตามแผน และผู้ป่วยทุกคนได้รับการติดตามโดยผู้ดูแล อสม. และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการกำหนดพี่เลี้ยงและระบบติดตามที่ชัดเจน การแบ่งบทบาทระหว่างครอบครัว อสม. และหน่วยบริการช่วยให้สามารถตรวจพบปัญหาการรับประทานยาและอาการไม่พึงประสงค์ได้เร็วขึ้น ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นที่รายงานว่าเป็นลบทุกคน และไม่พบการขาดยาในช่วงติดตาม อาจสะท้อนประสิทธิผลเบื้องต้นของระบบกำกับการรับประทานยาและการดูแลต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวควรตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ระยะติดตามเพียงช่วงระยะเข้มข้น และไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าผลลัพธ์ทั้งหมดเกิดจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพียงปัจจัยเดียว

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานประกอบด้วย การสนับสนุนจากผู้บริหาร การกำหนดบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ความร่วมมือของเครือข่าย การส่งต่อข้อมูลอย่างรวดเร็ว การมีพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยา การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่าย ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด 4M’s ซึ่งประกอบด้วยบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการ การดำเนินงานจะบรรลุเป้าหมายได้เมื่อมีบุคลากรที่มีความรู้ มีทรัพยากรเพียงพอ มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม และมีระบบบริหารจัดการกับการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่อง

โดยสรุป รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นที่การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลไปสู่ครอบครัวและชุมชน เปิดโอกาสให้เครือข่ายมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และกำหนดกลไกติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลที่รายงานชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ดีต่อความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และความพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม การนำผลไปใช้ควรคำนึงถึงข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่าง การศึกษาในพื้นที่เพียงอำเภอเดียว การไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะติดตามที่ยังไม่ครอบคลุมผลสำเร็จเมื่อสิ้นสุดการรักษา และความเป็นไปได้ของอคติจากการตอบแบบสอบถาม การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามผลจนครบระยะการรักษา 6 เดือน เพิ่มจำนวนพื้นที่ศึกษา และพิจารณาใช้กลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรบรรจุการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนเป็นประเด็นสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอพลับพลาชัย พร้อมกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ แผนงาน งบประมาณ และระบบติดตามประเมินผลอย่างชัดเจน

2. ควรดำเนินระบบส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมบ้าน และการกำกับการรับประทานยาตามแนวทาง DOT อย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. ผู้ดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งใช้ช่องทางออนไลน์อย่างเหมาะสมและรักษาความลับของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา หรือมีผลเสมหะยังเป็นบวก ควรได้รับการประเมินและติดตามตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศโดยเร็ว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่กว้างขึ้น มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามผลจนครบระยะการรักษา 6 เดือน

2. ควรศึกษาบทบาทของแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเทคโนโลยีติดตามการรับประทานยา รวมถึงความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการขยายรูปแบบไปยังพื้นที่อื่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2019). Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
2.กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
3.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). รายงานสถานการณ์วัณโรค จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2567. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568. (เอกสารอัดสำเนา).
5.โรงพยาบาลพลับพลาชัย.(2567). ข้อมูลผลการดำเนินงานวัณโรค อำเภอพลับพลาชัย ปีงบประมาณ 2563–2567. บุรีรัมย์: โรงพยาบาลพลับพลาชัย; 2567. (เอกสารอัดสำเนา).
6. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
7. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR.(1956). Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. Handbook I: cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
8.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. 90–95.
9.Best JW.(1978). Research in education. 3rd ed. New Delhi: Prentice-Hall of India; 1978.
10.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
11.กรมควบคุมโรค.(2566). รายงาน TB07/1: รายงานผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ntip-ddc.moph.go.th/lesson/Ntip_lesson08.pdf
12.รุจิเรข ล้อไป, สงครามชัย ลีทองดี, ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูล.(2560). การเสริมสร้างพลังภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในตำบลกลางดง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ สคร. 9. 2560;24(1):15–23.
13.เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, สุทิน ชนะบุญ.(2562). การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2562;26(2):36–47.
14.ดาวประกาย หญ้างาม, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, พัดชา หิรัญวัฒนกุล.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;4(2):75–84.
15.สมัญญา มุขอาษา, เกษร สำเภาทอง.(2560). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2560;24(1):13–27.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทย

Effects of an Emergency Medical Literacy Promotion Program on Emergency Medical Literacy among Thai Adolescents

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วรวุฒิ ชมภูพาน[1] สุพันทิพย์ ภูศรีโสม[2] กนกอร บุญมี[3] เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[4] วรางคณา ชมภูพาน[5]
Worawut Chompoopan[1] Suphanthip Phusrisom[2] Kanokon Boonmee[3] Saowaluk Seedaket[4]
Warangkana Chompoopan[5]

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยโดยมีนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการจากเขตสุขภาพที่ 7 และ 12 จำนวน 680 ราย สุ่มแบ่งกลุ่มแบบ Cluster ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างละ 340 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเวลา 1 เดือน และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำให้ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ โดยใช้เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบไปด้วย 6 มิติ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังจากการทดลอง จากนั้นได้วิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent t-test และการเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมีคะแนน 240.82 คะแนนและในกลุ่มเปรียบเทียบ 219.10 คะแนน ต่างกัน 21.72 คะแนน (95%CI=17.26 to 26.18) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ และเมื่อจำแนกตามมิติพบว่า มิติที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 6.21 คะแนน (95%CI=5.10 to 7.33) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 2 ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.47 คะแนน (95%CI=4.16 to 4.78) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 3 ทักษะการสื่อสารมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.17 คะแนน (95%CI=2.70 to 5.64) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.90 คะแนน (95%CI= 1.82 to 3.97)โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.06 คะแนน (95%CI=0.89 to 3.24) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 1.91 คะแนน (95%CI=1.17 to 2.65) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นักเรียน

Abstract

Aim of this study to examine the effects of emergency medical literacy program on emergency medical literacy for Thai students. The study involved 680 students from the 7th and 12th health regions, who were randomly divided into experimental and control groups of 340 each using cluster randomization. The experimental group received the emergency medical literacy program for one month; the control group was advised to continue their daily lives as usual. A tool to measure emergency medical literacy, which consists of six dimensions, and data were

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
[2] อาจารย์ ดร. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น: Corresponding Author Email: suphanthip@scphkk.ac.th
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
[5] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

collected before and after the experiment. The data were analyzed between the experimental and control groups using Independent t-test and within-group comparisons using Paired t-test, with a statistical significance level 0.05.

The result found that the experimental group had total emergency medical knowledge score 240.82, while the control group had total score of 219.10, a difference of 21.72 points (95%CI=17.26 to 26.18), statistically significant (p<0.001). When analyzed by dimension, it was found that Dimension 1, access to information and health services, had score difference 6.21 points (95%CI=5.10 to 7.33), statistically significant (p<0.001). Dimension 2, knowledge, ability to recognize emergencies, and procedures, score difference of 4.47 points (95%CI=4.16 to 4.78), statistically significant (p<0.001). Dimension 3, communication skills, score difference of 4.17 points (95%CI=2.70 to 5.64), statistically significant (p<0.001). Dimension 4, self-management skills, score difference 2.90 points (95%CI=1.82 to 3.97), statistically significant (p<0.001). Dimension 5, decision-making skills, score difference 2.06 points (95%CI=0.89 to 3.24), statistically significant (p<0.001). Dimension 6, media literacy, score difference of 1.91 points (95%CI=1.17 to 2.65), statistically significant (p<0.001).

Key words: Health literacy, Emergency Medical Literacy, Student

บทนำ

การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนเพศทุกวัยมิอาจหลีกเลี่ยงได้ จากข้อมูลสรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคในระบบไหลเวียนพบมากที่สุด 601.0 ต่อประชากร 1000 คน รองลงมาคือโรคในระบบต่อมไร้ท่อ 567.1 ต่อประชากร 1000 คน และโรคในระบบทางเดินหายใจ 499.6 ต่อประชากร 1,000 คน เมื่อจำแนกรายโรคพบว่าโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด 1993.4 ต่อประชากร 100,000 คน รองลงมาคือโรคเบาหวานพบ 1292.8 ต่อประชากร 100,000 คน และโรคโลหิตจางพบได้ 1192.3 ต่อประชากร 100,000 คน[1] นอกจากนี้ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยมีแนวโน้มว่ามีความชุกเพิ่มสูงขึ้นจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พบร้อยละ 25.4 ซึ่งสูงขึ้นจากการสำรวจครั้งที่ 5 ที่พบร้อยละ 24.7 สำหรับโรคเบาหวานในประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5[2] การเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินวิกฤตได้เช่นเดียวกัน ภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVDs) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคนในแต่ละปี ในปี 2562 คิดเป็น 32% ของการเสียชีวิตทั่วโลก สำหรับประเทศไทยในปี 2562 มีผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดจำนวน 350,922 ราย (อัตราผู้ป่วย 535ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิตจำนวน 20,556 ราย (อัตราผู้ป่วย 31 ต่อประชากรแสนคน) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หรือ acute stroke เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองและการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก ปี 2563 ประชากรโลกมีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี ประเทศไทยในปี 2562 มีผู้ป่วย Stroke จำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อประชากรแสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ประมาณการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก 4 คนจะป่วยด้วยโรคเลือดสมอง 1 คน สำหรับสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2554 - 2563) มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมถึง 206,589 ราย (เฉลี่ยเสียชีวิต 20,659 คน/ปี หรือ 58 คนต่อวัน) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการในระบบในปี 2553 เป็น 82,895 เป็น 167,954 ราย ในปี 2556 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35.0 แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตก่อนที่หน่วยแพทย์จะไปถึงจุดเกิดเหตุกลับพบว่าเพิ่มขึ้นในปี 2565 และปี 2566 จำนวน 6,179 และ 6,853 รายตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.0[3] อีกทั้งยังพบสาเหตุการตายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรที่พบได้

มากถึง 38.1 ต่อประชากรแสนคนซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 ของโรค[3] จากข้อมูลดังกล่าวจะสะท้อนให้เห็นว่าการเกิดเหตุฉุกเฉินทั้งอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยนั้นมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้สามารถป้องกันหรือลดผลกระทบที่รุนแรงได้ หากแต่ความเจ็บป่วยฉุกเฉินดังที่กล่าวนั้นสามารถป้องกันได้โดยการพัฒนาความสามารถในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเอง รวมไปถึงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนให้ประชาชนคนไทยมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาวะที่ดี ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมนั้นมีกลวิธีการดำเนินงาน อาทิเช่น การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การใช้แนวคิด 3อ.2ส. แนวคิดขับขี่ปลอดภัยในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมไปถึงการใช้แนวคิดของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลการมีความรู้ความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติความสามารถในการจูงใจบุคคลอื่นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย การตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งที่สุดแล้วก็จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อีกทั้งยังมีสามารถแนะนำให้บุคคลในชุมชนสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาวะที่ดีต่อไป

จากความสำคัญดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าควรมีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในเยาวชน (EMS literacy) และเนื่องจากการศึกษาเรื่องการสร้างเสริม EMS literacy นั้นยังมีผู้ที่ศึกษาไว้น้อย ดังนั้นจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนของการเกิดภาวะฉุกเฉินในประชาชนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (Research design) การศึกษาเชิงทดลอง (Experiment study) สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบ เทียบแบบกลุ่ม (Cluster randomize control trials: CRT)

ประชากร

การศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาในประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมปลาย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. นักเรียนชั้นมัธยมปลาย ม.4-ม.6

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

2. มีอุปสรรคในการฟัง อ่าน เขียน

3. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้พิการ

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม[4] ดังนี้ โดยใช้ค่าสถิติการศึกษาที่ผ่านมาโดย Mean±SD กลุ่มทดลอง= 34.91±5.35 Mean±SD กลุ่มควบคุม 30.62±4.27[5] ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 27 ราย และป้องกันการถอนตัว 20% กลุ่มตัวอย่างที่ถูกปรับแล้วในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับกลุ่มละ 34 คน

ในการศึกษาครั้งนี้จะทำการศึกษาตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 34 คนและในกลุ่มควบคุมจำนวน 34 รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมด 68 คน โดยสุ่มเลือกตามเขตสุขภาพด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้โรงเรียนที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 และ 12 เขตละ 5 โรงเรียน รวม 10 โรงเรียน รวมขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 340 คน รวมทั้งสิ้น 680 คน

โปรแกรมการทดลอง

โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Literacy) ที่คณะผู้วิจัยดำเนินการสร้างขึ้นมามีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลของผู้พบเหตุหรือเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคคลากรด้านสุขภาพ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ชุดความรู้ในการรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลของผู้พบเหตุ

ครั้งที่	หัวข้อ	รายละเอียด	เวลา
1.	การพบเหตุฉุกเฉิน	การให้ความรู้เรื่อง	
		การพบประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุ ทั่วไป	1 ชั่วโมง
		การพบประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุจราจร	
		การพบประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน	
		การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น	
		ฝึกปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น	3 ชั่วโมง
2.	การแจ้งเหตุ การรับคำแนะนำเบื้องต้น	การให้ความรู้เรื่อง การแจ้งเหตุ 5 อย่างซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลดังนี้	1
		เหตุการณ์อะไร อยู่ที่ไหน อาการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร	
		จำนวนผู้ป่วย และเบอร์โทรที่สามารถติดต่อกลับได้	
		ฝึกปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น	3 ชั่วโมง
3.	การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ	การให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน	1 ชั่วโมง
		การดูแลประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุ ทั่วไป	
		การดูแลประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุจราจร	
		การดูแลประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน	
		ฝึกปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน	3 ชั่วโมง
4.	การแจ้งเหตุ การรับคำแนะนำเบื้องต้น	การให้ความรู้เรื่อง การแจ้งเหตุ 5 อย่างซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลดังนี้	1
		เหตุการณ์อะไร อยู่ที่ไหน อาการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร	
		จำนวนผู้ป่วย และเบอร์โทรที่สามารถติดต่อกลับได้	
		ฝึกปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น	3 ชั่วโมง
5.	การช่วยฟื้นคืนชีพ	การให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	1 ชั่วโมง
		ฝึกปฏิบัติการ การจัดการทางเดินหายใจขั้นพื้นฐาน	30 นาที
		ฝึกปฏิบัติการ ช่วยหายใจขั้นพื้นฐาน	30 นาที
		ฝึกปฏิบัติการ กดหน้าอก	2 ชั่วโมง
		ฝึกปฏิบัติการการ CPR และการใช้เครื่อง AED	1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในเยาวชนในมิติอื่นๆ

การนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Literacy) ไปทดลองใน กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่เขตภาคตะวัน ออกเฉียงเหนือและภาคใต้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของประชากรและแบบบันทึกข้อมูลของตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทั่วไปมีข้อคำถามประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา แบบบันทึกข้อมูลความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS

Literacy) โดยที่ผู้ถูกเก็บข้อมูลคืออาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ การดำเนินการเก็บข้อมูลจะดำเนินการในตอนเช้า สถานที่ในการเก็บข้อมูลใช้โรงเรียนของนักเรียน

เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS Literacy) 6 มิติ รวมทั้งสิ้น 71 ข้อ รวม 287 คะแนน การแปลผล คะแนนที่มากหมายถึง การมี ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มาก การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่าทั้ง 6 มิติมีค่า Cronbach's alpha อยู่ที่ 0.90 ถึง 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov–Smirnov test หากข้อมูลแจกแจงปกติจะดำเนิน การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติพรรณนาประกอบไปด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุมาน ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการวัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และการวัดซ้ำภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่ HE672132

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งพบในกลุ่มทดลองจำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 74.71 พบในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 231 คนคิดเป็นร้อยละ 67.94 คน อีกทั้งยังพบว่านักเรียนทั้ง 2 กลุ่มมีอายุระหว่าง 16-17 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 16.46 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบ 16.57 ปี ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุน้อยที่สุด 15 ปี และสูงสุด 18 ปี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด 156 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88 และร้อยละ 32.35 ในกลุ่มเปรียบเทียบ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกลุ่มเปรียบเทียบพบมากที่สุด 197 คน ร้อยละ 57.94 และในกลุ่มทดลอง 32.65

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 6 มิติ ซึ่งประกอบไปด้วยมิติด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมีคะแนน 240.82 คะแนนและในกลุ่มเปรียบเทียบ 219.10 คะแนน ต่างกัน 21.72 คะแนน (95%CI=17.26 to 26.18) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ และเมื่อจำแนกตามมิติ พบว่า มิติที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 6.21 คะแนน (95%CI=5.10 to 7.33) โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 2 ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.47 คะแนน (95%CI=4.16 to 4.78) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 3 ทักษะการสื่อสารมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.17 คะแนน (95%CI=2.70 to 5.64) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.90 คะแนน (95%CI=1.82 to 3.97) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.06 คะแนน (95%CI=0.89 to 3.24) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

มิติที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 1.91 คะแนน (95%CI=1.17 to 2.65) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง จำแนกตามมิติทั้ง 6 ด้าน มิติย่อย และภาพรวม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=340)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=340)		Mean difference	95% CI of mean diff	*p*-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (จำแนก 6 มิติ)							
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	66.29	7.59	60.08	7.26	6.21	5.10 to 7.33	<0.001
1.1 ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉิน	21.17	3.37	19.01	2.91	2.16	1.68 to 2.63	<0.001
1.2 ป้องกันปัญหาการเกิดภาวะฉุกเฉิน	23.23	2.31	20.69	4.61	2.54	1.98 to 3.08	<0.001
1.3 การใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	21.89	3.43	20.37	3.73	1.52	0.99 to 2.07	<0.001
2. ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉินและขั้นตอนการปฏิบัติ	13.87	2.01	9.40	2.11	4.47	4.16 to 4.78	<0.001
3. ทักษะการสื่อสาร	57.64	9.82	53.47	9.73	4.17	2.70 to 5.64	<0.001
3.1 ความสามารถในการแจ้งเหตุฉุกเฉิน	17.17	2.66	15.62	3.29	1.55	1.10 to 2.00	<0.001
3.2 การแนะนำบุคคลอื่นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	40.47	7.59	37.85	8.23	2.62	1.43 to 3.81	<0.001
4. ทักษะการจัดการตนเอง	32.14	6.66	29.24	7.62	2.90	1.82 to 3.97	<0.001
4.1การวางแผนการดูแลกรณีฉุกเฉิน	15.98	3.58	14.86	3.64	1.12	0.57 to 1.66	<0.001
4.2ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	16.16	4.30	14.38	4.57	1.78	1.11 to 2.44	<0.001
5. ทักษะการตัดสินใจ	40.90	7.51	38.84	8.13	2.06	0.89 to 3.24	<0.001
6. การรู้เท่าทันสื่อ	29.98	5.04	28.07	4.82	1.91	1.17 to 2.65	<0.001
ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน(ภาพรวมทั้ง 6 มิติ)	240.82	31.40	219.10	27.71	21.72	17.26 to 26.18	<0.001

ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่าความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 219.10 คะแนนเป็น 240.82 คะแนน เพิ่มขึ้น 21.72 คะแนน (95%CI=17.26 to 26.18) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ และเมื่อจำแนกตามมิติพบว่า มิติที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 10.14 คะแนน (95%CI=9.03 to 11.26) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 2 ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 5.77 คะแนน (95%CI=5.54 to 5.99) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 3 ทักษะการสื่อสารมีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 5.40 คะแนน (95%CI=3.95 to 6.84) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 4 ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 4.90คะแนน (95%CI=3.99

to 5.81) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 3.03 คะแนน (95%CI=1.96 to 4.11) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ มิติที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) มีคะแนนที่เพิ่มขึ้น 3.09 คะแนน (95%CI=2.30 to 3.88) โดยเพิ่มขึ้นแตกต่างจากช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ (ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง จำแนกตามมิติทั้ง 6 ด้าน มิติย่อย และภาพรวม

ตัวแปร	หลังการทดลอง (n=340)		ก่อนการทดลอง (n=340)		$\bar{d}$	S_d	95% CI of μ_d	*P*-value
	Mean	SD	Mean	SD				
ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (จำแนก 6 มิติ)								
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	66.29	7.59	56.15	6.92	10.14	10.47	9.03 to 11.26	<0.001
1.1 ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะฉุกเฉิน	21.17	3.37	17.97	3.73	3.20	5.13	2.65 to 3.74	<0.001
1.2 ป้องกันปัญหาการเกิดภาวะฉุกเฉิน	23.23	2.31	19.18	4.14	4.05	4.71	3.54 to 4.55	<0.001
1.3 การใช้บริการหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	21.89	3.43	18.99	3.36	2.90	5.00	2.37 to 3.44	<0.001
2. ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ	13.87	2.01	8.10	2.02	5.77	2.13	5.54 to 5.99	<0.001
3. ทักษะการสื่อสาร	57.64	9.82	52.24	9.74	5.40	13.55	3.95 to 6.84	<0.001
3.1 ความสามารถในการแจ้งเหตุฉุกเฉิน	17.17	2.66	16.11	2.91	1.06	3.80	0.66 to 1.47	<0.001
3.2 การแนะนำบุคคลอื่นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	40.47	7.59	36.14	7.88	4.33	10.79	3.18 to 5.48	<0.001
4. ทักษะการจัดการตนเอง	32.14	6.66	27.24	6.09	4.90	8.55	3.99 to 5.81	<0.001
4.1การวางแผนการดูแลกรณีฉุกเฉิน	15.98	3.58	14.04	3.57	1.94	4.70	1.44 to 2.44	<0.001
4.2ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ	16.16	4.30	13.20	4.07	2.96	5.74	2.35 to 3.57	<0.001
5. ทักษะการตัดสินใจ	40.90	7.51	37.87	6.79	3.03	10.04	1.96 to 4.11	<0.001
6. การรู้เท่าทันสื่อ	29.98	5.04	26.89	5.30	3.09	7.37	2.30 to 3.88	<0.001
ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (ภาพรวม)	240.82	31.40	208.49	24.49	32.33	39.12	28.16 to 36.5	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมมีคะแนน 240.82 คะแนนและในกลุ่มเปรียบเทียบ

219.10 คะแนน ต่างกัน 21.72 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสุกัญญา คณะวาปีและคณะ[6] ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยแบ่งเด็กนักเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 38 คน ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้แนวทางโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มสุดท้ายไม่ได้รับโปรแกรมการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี[6]

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องการพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยมีการออกแบบโปรแกรมซึ่งประกอบไปด้วยทักษะ 3 ระดับ ซึ่งประกอบไปด้วย ทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ทักษะทางสังคมระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และทักษะระดับวิจารณญาณ (Critical Health Literacy)[7] โดยโปรแกรมนี้ได้ออกแบบให้มีการฝึกปฏิบัติ (Active learning) โดยการใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation base learning) ที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินต่างๆอาจจะเกิดขึ้นได้ในโรงเรียนหรือในชุมชน ซึ่งกระบวนการนี้จะเป็นการส่งเสริมให้เยาวชนเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเมื่อประสบเหตุการณ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chen และ Yang[8] ที่พบว่าการเรียนการสอนแบบ Active learning เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี[8] และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในประเทศไทยของ สกุณาพงศ์ และแสนคำมา[9] ที่พบว่าการเรียนแบบ Active learning ร่วมกับการเรียนแบบสถานการณ์จำลอง (Simulation base learning) จะส่งผลต่อรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในเยาวชน[9] นอกจากรูปแบบการสอนดังที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งการใช้สื่อสังคมออนไลน์สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในเยาวชนได้เป็นอย่างดี[10]

มิติที่ 1 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 6.21 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นการช่วยให้นักเรียนมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลได้เป็นอย่างดี[10]

ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยได้ดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาเพื่อให้เกิดทักษะทางปัญญาขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งกล่าวถึงความสามารถในการความสามารถในการค้นหาแหล่งข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันภาวะฉุกเฉิน และใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ได้ ซึ่งการแนะนำให้นักเรียนได้เรียนรู้ในแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ เช่น เว็บไซต์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจนเกิดความคุ้นเคย สิ่งเหล่านี้เป็นการพัฒนา มิติด้านด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้เป็นอย่างดี[11]

มิติที่ 2 ด้านความรู้ ความสามารถในการรับรู้ภาวะฉุกเฉิน และขั้นตอนการปฏิบัติ มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.47 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง และชัจคเณศ์ แพรขาว[12] ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยศึกษาในเด็กนักเรียนจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า

ภายหลังจากการทดลองนักเรียนมีความรู้ที่สูงขึ้นจากช่วงก่อนการทดลอง[12]

ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยได้ดำเนินกิจกรรมในการพัฒนาเพื่อให้เกิดทักษะทางปัญญาขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลอง และบทบาทสมมุติ (Role play) ซึ่งการกำหนดสถานการณ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆที่จำลองขึ้นมานี้ สามารถกระตุ้นความจำให้นักเรียนได้เป็นอย่างดีมากกว่าการเรียนการสอนในห้อง (Lecture base) เพียงอย่างเดียว[13]

มิติที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารมีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 4.17 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ พัชรินทร์ อัจนากิตติ และคณะ[14] ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในนักเรียนอาชีวศึกษา โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 29 คน ผลการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมที่มีกิจกรรมกลุ่มส่งผลต่อทักษะการสื่อสารที่ดีเพิ่มขึ้น[14]

ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยมุ่งเน้นให้นักเรียนมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม (Interactive Health Literacy) โดยการสร้างความมั่นใจในการสื่อสารร่วมกับการสื่อสารข้อมูลกับคณะผู้วิจัยผ่านการฝึกปฏิบัติ เช่นการแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำบุคคลอื่นเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน จนนักเรียนเกิดความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญหน่วยกู้ชีพ และศูนย์สื่อสารและสั่งการได้อย่างมั่นใจ

มิติที่ 4 ด้านทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.90 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ราชวัช ทวีคูณ และคณะ[15] ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบไปด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองสามารถควบคุมตนเอง ไม่ให้มีความตื่นเต้น และสามารถตัดสินใจในการช่วยฟื้นคืนชีพได้ทันที[15]

ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะโปรแกรมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยสมารถพัฒนาทักษะการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยมีความสามารถในการจัดการตนเอง การควบคุมตนเองในสถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆ เช่น การบาดเจ็บฉุกเฉิน การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อให้นักเรียน สามารถดูแลเบื้องต้นได้ซึ่งการฝึกปฏิบัตินี้เป็นการฝึกให้นักเรียนฝึกควบคุมความคิดและสติได้เป็นอย่างดี[16]

มิติที่ 5 ด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 2.06 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ราชวัช ทวีคูณ และคณะ[15] ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการตัดสินใจในการให้การช่วยเหลือได้ในทันที[15]

ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการออกแบบฐานในการฝึกปฏิบัติการตามโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยในครั้งนี้กระตุ้นให้นักเรียนต้องตัดสินใจในการให้การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมไปถึงการตัดสินใจทันทีในการช่วยฟื้นคืนชีพ[12]

มิติที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) มีคะแนนความต่างระหว่างกลุ่มที่ต่างกัน 1.91 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่พบว่านักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลและใช้วิจารณญาณในการตั้งคำถาม ในการประเมินความน่าเชื่อถือของสื่อออนไลน์ได้เป็นอย่างดี[10]

ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับเยาวชนไทยได้พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อโดยการให้นักเรียนค้นหา ตรวจสอบข้อมูล สุขภาพและข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน พร้อมทั้งนำมาอภิปรายในชั้นเรียน ซึ่งเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางปัญญาสำหรับเยาวชนไทยได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถสรุปผลได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ฯ ส่งผลต่อการมีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นในทุกมิติ ดังนั้นสถานศึกษาควรนำโปรแกรมนี้มาเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในรายวิชาสุขศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุนส่งเสริม ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2568 ที่สนับสนุนงบประมาณให้คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินการตามโครงการวิจัย จนเกิดเป็นผลงานวิจัยที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคม โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งเกิดขึ้นได้โดยความร่วมมืออย่างดีจาก สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร.(2562). สถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพของประเทศไทยในช่วงปี 2561-2563. วารสารวิชาการสาธารณสุข2562;28(3):1-12.
2. วิชัย เอกพลากร, หทัย พรรคเจริญ, วรศักดิ์ เสถียรนพเก้า.(2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
3. กรมการแพทย์.(2557). การแพทย์ไทย 2554-2557 (Thailand Medical Services Profile 2011-2014). กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
4. Rosner B.(2000). Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Pacific Grove, CA: Duxbury Press; 2000.
5. ศรีสุดา พรมภักดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 4. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. สุกัญญา คณะวาปี, เกศินี สราญฤทธิชัย.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(2):105-118.
7. Nutbeam D.(2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):2072–2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
8. Chen X, Yang Y.(2023). Effects of active learning strategies on health literacy among adolescents: An experimental study. Journal of Adolescent Health. 2023;72(4):611-618. doi: 10.1016/j.jadohealth.2022.12.004
9. นงคราญ สกุณาพงศ์, และ ช่อผกา แสนคำมา.(2026). การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาพื้นที่ต้นแบบ จังหวัดพะเยา. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2026;16(1):194–208.
10. ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง, พรรณี บัญชรหัตถกิจ.(2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วารสารสุขศึกษา. 2562;42(2):23-32.

11. ธนัตกรณ์ ผุดผาด, พิมพ์ณรัณ ผุดผาด.(2567). โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแอพพลิเคชั่นไลน์ในนักเรียนหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานตามเกณฑ์ของกรมอนามัย โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารนวัตกรรมสุขภาพและความปลอดภัย. 2567;1(1):14-28.
12. เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง, ชัจคเณค์ แพรขาว.(2561). ผลของโปรแกรมสอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2561;28(2):118-132.
13. สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์.(2560). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการฝึกทักษะปฏิบัติ. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2560;23(1):113-127.
14. พัชรินทร์ อัจนากิตติ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุรินธร กลัมพากร, นฤมล เอื้อมณีกูล.(2565). ผลของโปรแกรมป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในนักเรียนอาชีวศึกษา. วารสารพยาบาล. 2565;71(1):10-19.
15. ราชวัช ทวีคูณ, สมจินตนา สมณะ, เบญจวรรณ สง่าลี.(2567). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2567;4(2):170-179.
16. ภาวิณี แพงสุข, ชลดา กิ่งมาลา.(2563). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ และความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของนักศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2563;43(2):74-84.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Associated with Sexually Transmitted Infection Prevention Behaviors among Students at a Higher Education Institution in Kalasin Province, Thailand.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นิตยา แสงประจักษ์[1] ดวงพร ดิษฐ์เจริญ[2] สุวนันท์ จำเริญสรรพ์[2] ฉวีวรรณ วงไว[2] พัชราภา หัสวงศ์[2] กันทิมา ศิริสันติเมธาคม[1] วรกร วิชัยโย[1] ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี[1]

Nittaya Saengprajak[1] Duangporn Ditcharoen[2] Suwanan Jamroensan[2] Chaweewan Wongwai[2] Phatcharapha Hassawong[2] Kantima Sirisantimethakom[1] Worragon Wichaiyo[1] Chanchainarong Songkasri[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 354 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ 0.940 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ Odds ratio ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.21 อายุเฉลี่ย 20.60±1.18 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$= 112.64±15.92) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}$= 1.36±0.35) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR =2.04, 95% CI : 1., p-value = 0.016)

คำสำคัญ : ความรอบรู้สุขภาพ, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, นักศึกษามหาวิทยาลัย, ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ, การป้องกันโรค

Abstract

This study is an analytical cross-sectional study. This study aims to examine sexually transmitted infection (STI) prevention behaviors and to investigate the association of health literacy and prevention behaviors of sexual transmitted disease among students in a Higher Education Institution in Kalasin Province. The sample consisted of 354 students from a Higher Education Institution in Kalasin Province. Data were collected using a questionnaire that had been tested for validity 0.940 Statistical analyses included frequency, percentage, mean, and standard deviation. associations were analyzed using Chi-square tests, Odds ratio (OR), 95% confidence intervals (CI), and statistical significance was set at 0.05.

The findings revealed that the majority of the students were female (56.21%), with a mean age of 20.60±1.18years. The overall health literacy level was very good ($\bar{x}$= 112.64±15.92). However, STI preventive behaviors were at a low level ($\bar{x}$= 1.36±0.35). Health literacy communication skills Factors found significantly associated with STI preventive behaviors at the 0.05 level (OR =2.04, 95% CI : 1., p-value = 0.016)

[1] อาจารย์ประจำสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

[2] นักศึกษาหลักสูตรสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

Keywords : Health literacy, Sexually transmitted disease, Health communication skills, Student, Prevention of disease

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรอายุ 15–49 ปีติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่รักษาหายได้รายใหม่ประมาณ 374 ล้านราย ได้แก่ หนองในเทียม 129 ล้านราย หนองใน 82 ล้านราย ซิฟิลิส 7.1 ล้านราย และทริโคโมแนส 156 ล้านราย นอกจากนี้ ยังมีผู้ติดเชื้อไวรัสเริมชนิดที่ 2 ประมาณ 520 ล้านคน และผู้หญิงติดเชื้อเอชพีวีประมาณ 300 ล้านคน โรคเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งการตีตราภาวะมีบุตรยาก โรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่การดื้อยาของเชื้อหนองในเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมโรค[1]

ประเทศไทยยังพบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยมีสาเหตุสำคัญจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่มีผลเลือดต่างกัน ร้อยละ 20.2 และการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ชั่วคราวหรือนอกสมรส ร้อยละ 7.8 เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากร พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีสัดส่วนการติดเชื้อรายใหม่สูงที่สุด ร้อยละ 54.4 สะท้อนว่าพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[2] วัยรุ่นและเยาวชนเป็นกลุ่มที่ควรได้รับความสำคัญ เนื่องจากอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม รวมถึงอาจมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความรู้หรือการป้องกันที่เหมาะสม โดยเฉพาะนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาซึ่งมีอิสระในการดำเนินชีวิตมากขึ้น[3]

การสำรวจจังหวัดกาฬสินธุ์ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติข้อมูล ณ วันที่ 25 มีนาคม 2566[4] พบว่ามี จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 26,813 คน และสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สำคัญ พบอัตราป่วยด้วย โรคซิฟิลิสคิดเป็น 1.73 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่ พบอัตราป่วยสูงสุดคือ15-24ปี อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 4.66 ต่อประชากร รองลงมาคือ 25-34ปี ร้อยละ 3.86 และ 0 – 4 ปี ร้อยละ 2.86 อาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ รับจ้าง ร้อยละ 42.71 รองลงมาคือนักเรียน ร้อยละ 30.21 และเด็ก ในปกครอง ร้อยละ 20.83 และอัตราป่วยด้วยโรคหนองในคิด เป็น 2.00 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วย สูงสุด คือ 15 – 24 ปีอัตราป่วย 10.18 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ 25 – 34 ปี ร้อยละ 2.12, 10 – 14 ปี ร้อยละ 0.80 และ 35 – 44 ปี ร้อยละ 0.54 ส่วนใหญ่พบในอาชีพนักเรียน ร้อยละ 47.75 รองลงมาคือ เด็กในปกครอง ร้อยละ 23.42 และรับจ้าง ร้อยละ16.22 จากข้อมูลการเฝ้าระวังในจังหวัดกาฬสินธุ์จะเห็นว่ากลุ่มวัยรุ่นมีโอกาส เสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดย กลุ่มอายุ 15–24 ปีมีอัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสและโรคหนองในสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น และผู้ป่วยโรคหนองในส่วนใหญ่เป็นนักเรียน จึงสะท้อนความจำเป็นในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มนักศึกษา การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประกอบด้วย การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การตรวจคัดกรองในกลุ่มที่มีความเสี่ยง การฉีดวัคซีนป้องกันเอชพีวีและไวรัสตับอักเสบบี การลดจำนวนคู่นอน และการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์[1, 5] อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมป้องกันไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ[6, 7]

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อมั่น และความสามารถในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังต้องอาศัยทักษะการสื่อสาร แรงสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันร่วมด้วย[6] ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์จึงมีความสำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของนักศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจรูปแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลจากนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 5 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีภาคปกติชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ใน สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด 4,396 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบประชากร[8] ดังนี้

สูตร

$$n = \frac{NZ_{a/2}^2\ p(1-p)}{e^2(N-1) + Z_{\frac{a}{2}}^2 p(1-p)}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ประชากรศึกษา นักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระดับปริญญาตรี จำนวน 4,396 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % เท่ากับ 1.96

p = ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.79[9] ดังนั้น p = 0.6

e = ค่าความแม่นยำของการประมาณค่าเท่ากับ 0.05 ซึ่งเป็นค่าความแม่นยำของประมาณค่าที่ผู้วิจัยกำหนด

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{4{,}396\times(1.96\times1.96)\times(1-0.6)}{(0.05\times0.05)\times(4{,}396-1)+(1.96^2\times0.6)\times(1-0.6)}$$

= 340 คน

เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของข้อมูลจากการไม่ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือการถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 4 % ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 354 คน

การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทำการคัดเลือกโดยขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จาก 6 คณะของมหาวิทยาลัย โดยวิธีคิดสัดส่วนผู้ที่กำลังศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1-4 ทั้ง 6 คณะในสัดส่วนเท่ากัน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากจากนักศึกษาแต่ละคณะจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 354 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีภาคปกติชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ใน สถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. อายุ 18 ปีขึ้นไป

3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผู้ศึกษาออกแบบ โดยประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นลักษณะตรวจสอบรายการและเติมคำในช่องว่าง ที่เกี่ยวกับข้อคำถาม เพศ อายุ คณะ รายได้ระหว่างเรียน ที่อยู่ ผู้พักอาศัยร่วมบ้าน/หอพัก

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมจำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (คะแนน 1-5) ได้แก่ “มากที่สุด” “มาก” “ปานกลาง” “น้อย” และ “น้อยที่สุด”

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละทักษะ ออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[10] ประกอบด้วย

คะแนน ≥ ร้อยละ 80 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอยู่ในระดับดีมาก

คะแนน ร้อยละ 70-79 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอยู่ในระดับดี

คะแนน ร้อยละ 60-69 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอยู่ในระดับพอใช้

คะแนน < ร้อยละ 60 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีจำนวนข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 17 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวกและเชิง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (คะแนน 1-3) ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และ ไม่ปฏิบัติเลย การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best[11] คือ พฤติกรรมในระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ โดยพิจารณาจากคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในงานวิจัยนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัย และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องในช่วง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cornbach’s Alpha coefficient)[12] แบบสอบถามส่วนที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าความเชื่อมั่น 0.940 และ 0.867 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไป ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ไคสแควร์ (chi-square test) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odds ratio (OR) และค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ (เลขที่การรับรอง HS-KSU112/2568 วันที่รับรอง 25 ธันวาคม 2568) ผู้เข้าร่วมทุกรายได้รับการชี้แจงและให้ความยินยอมก่อนเข้าร่วมการศึกษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 56.21 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 20.60 ปี (S.D.= 1.18 ปี) อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 28 ปี ส่วนใหญ่เป็นช่วงอายุ 21 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52.26 รองลงมา อายุ 18 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.74 ส่วนใหญ่ศึกษาที่คณะศึกษาศาสตร์และนวัตกรรมการศึกษา จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 35.35 รองลงมาคณะศิลปศาสตร์ และคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ ร้อยละ 14.41 และ 12.43 ตามลำดับ มีรายได้ระหว่างเรียนเฉลี่ยเท่ากับ 6005.36±4299.08 บาท/เดือน อาศัยอยู่ที่หอพักเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 316 คน คิดเป็นร้อยละ 89.27 และอยู่คนเดียวจำนวน 310 คน คิดเป็นร้อยละ 87.57

ส่วนที่ 2 ระดับความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากผลการศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ =21.08±3.52) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับถูกต้องที่สุด จำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 76.84 ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า อยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ =10.36±1.72) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 74.58 ด้านการสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 18.91±4.38) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 47.74 ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 21.08±3.51) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 72.32 ด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 20.87±3.62) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 74.01 ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 20.38±3.48) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 62.15

ส่วนที่ 3 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศัสมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำจำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 84.18 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 13.28 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.54

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศชายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเป็น 2.26 เท่าของเพศ

หญิง (OR = 2.26, 95% CI: 1.261-4.054, = 7.746, p-value = 0.005)

อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้มีอายุ 21 ปี ขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเป็น 2.38 เท่าของ ผู้มีอายุ 18 -20 ปี (OR = 2.38, 95% CI: 0.227-0.773, = 8.057, p-value = 0.005)

คณะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคณะพื้นที่ในเมืองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเป็น 3.67 เท่าของคณะพื้นที่นามน (OR = 3.67, 95% CI: 0.150-0.495, = 19.758, p-value = 0.001)

ที่อยู่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่อยู่บ้าน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเป็น 5.74 เท่าของผู้ที่อยู่หอพัก (OR = 5.74, 95% CI: 0.084-0.358, χ^2 = 26.732, p-value = 0.001)

การพักอาศัยร่วมบ้านหรือหอพักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้พักอาศัยร่วมบ้านหรือหอพักผู้พักอาศัยร่วมบ้านหรือหอพัก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเป็น 4.01 เท่าของผู้ที่อยู่กับเพื่อนหรือพ่อแม่หรือญาติ (OR = 4.01, 95% CI: 0.119-0.521, χ^2 = 15.267, p-value = 0.001)

ทักษะการสื่อสารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้มีทักษะการสื่อสารในระดับดีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงเป็น 2.04 เท่าของผู้มีทักษะการสื่อสารในระดับปรับปรุง (OR = 2.04, 95% CI: 1.134-3.669 χ^2 = 5.809, p-value = 0.016) ดังตารางที่ 5

ส่วนปัจจัยรายได้ระหว่างเรียน ความรอบรู้สุขภาพด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สรุปและอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$= 112.64±15.92) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก สะท้อนว่านักศึกษาสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้ค่อนข้างดี ซึ่งอาจเป็นผลจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์ การเรียนการสอนและกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพภายในมหาวิทยาลัย ผลการศึกษาสอดคล้องกับปิญชาน์ ปรัชญุปต์ และคณะ[13] และสิริพร ภิยโยทัย และคณะ[14] ที่พบว่า วัยรุ่นและเยาวชนซึ่งได้รับข้อมูลหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับดี

อย่างไรก็ตาม ด้านการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และยังมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.75 อยู่ในระดับไม่ดี แสดงว่านักศึกษาบางส่วนอาจยังขาดความมั่นใจในการพูดคุยเรื่องเพศ การปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง หรือการเจรจาเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ เนื่องจากเรื่องเพศยังเป็นประเด็นที่พูดคุยอย่างเปิดเผยได้ยากในบริบทสังคมไทย ซึ่งสอดคล้องกับกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข[6] ที่ระบุว่า การสื่อสารเรื่องเพศเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แม้นักศึกษาจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลับมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 84.18 ผลดังกล่าวสะท้อนช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ เนื่องจากการมีข้อมูลหรือความรู้ที่ถูกต้องอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน หากขาดทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การรับรู้ความเสี่ยง แรงสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในหอพักและอยู่คนเดียว จึงอาจมีอิสระในการดำเนินชีวิตและเผชิญสถานการณ์เสี่ยงมากขึ้น ขณะเดียวกัน อิทธิพลจากคู่ เพื่อน การดื่มแอลกอฮอล์ และบรรทัดฐานทางสังคมอาจมีผลต่อการตัดสินใจมากกว่าความรู้ที่มีอยู่ ผลการศึกษาสอดคล้องกับสุนารี หอมจันทร์ และคณะ[15] ซึ่งพบพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนอยู่ในระดับต่ำ และจุฑามาศ เบ้าคำกอง และสุภารัตน์ คะตา[16] ซึ่งรายงานว่านักศึกษายังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาชายมีโอกาสอยู่ในกลุ่มพฤติกรรมป้องกันระดับสูงเป็น 2.26 เท่าของนักศึกษาหญิง (OR = 2.26, 95% CI: 1.26–4.05, p = 0.005) ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับบทบาททางเพศ อำนาจในการต่อรอง และการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผลนี้ไม่ได้หมายความว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่ำกว่าโดยทั่วไป แต่แสดงถึงความแตกต่างของพฤติกรรมภายใต้เกณฑ์และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

นักศึกษาอายุ 21 ปีขึ้นไปมีโอกาสอยู่ในกลุ่มพฤติกรรมป้องกันระดับสูงเป็น 2.38 เท่าของผู้มีอายุ 18–20 ปี (OR = 2.38, 95% CI: 1.29–4.41, p = 0.005) อาจเนื่องจากผู้ที่มีอายุมากกว่ามีวุฒิภาวะ ประสบการณ์ และความสามารถในการประเมินผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า สอดคล้องกับจุน หน่อแก้ว และคณะ[17] และถนอม นามวงศ์ และคณะ[18] ที่พบว่าอายุสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน

นักศึกษาที่ศึกษาในคณะซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่เมืองมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันระดับสูงเป็น 3.67 เท่าของนักศึกษาคณะในพื้นที่นามน (OR = 3.67, 95% CI: 2.02–6.68, p < 0.001) ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนบริบทของพื้นที่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคมมากกว่าความแตกต่างของเนื้อหาหลักสูตรเพียงอย่างเดียว ผลดังกล่าวสอดคล้องกับจุฑามาศ เบ้าคำกอง และ สุภารัตน์ คะตา[16] ที่พบว่าสาขาวิชามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาปัจจัยระดับคณะและพื้นที่เพิ่มเติมก่อนสรุปสาเหตุของความแตกต่าง

ด้านที่อยู่อาศัย พบว่านักศึกษาที่พักอยู่บ้านมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันระดับสูงเป็น 5.75 เท่าของผู้พักในหอพัก (OR = 5.75, 95% CI: 2.79–11.84, p < 0.001) และผู้ที่พักกับเพื่อน พ่อแม่หรือญาติมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันระดับสูงเป็น 4.01 เท่าของผู้ที่อยู่คนเดียว (OR = 4.01, 95% CI: 1.92–8.38, p < 0.001) การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นอาจช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการกำกับดูแล ขณะที่การอยู่คนเดียวหรือในหอพักอาจเพิ่มความเป็นอิสระและโอกาสเผชิญสถานการณ์เสี่ยง ผลนี้สอดคล้องกับนิธชาวัลย์ ศรีบุตร และคณะ[19] และวรารัตน์ สังวะลี และคณะ[20] ซึ่งรายงานความสัมพันธ์ระหว่างบริบทการอยู่อาศัยกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชน

ทักษะการสื่อสารเป็นองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีทักษะการสื่อสารระดับดีมีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันระดับสูงเป็น 2.04 เท่าของผู้ที่ควรปรับปรุง (OR = 2.04, 95% CI: 1.13–3.67, p = 0.016) เนื่องจากการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต้องอาศัยการพูดคุย การปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง และการเจรจาเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ ผลการศึกษานี้สนับสนุนข้อเสนอของสิริพร ภิยโยทัย และคณะ [14] ที่ระบุว่าการฝึกทักษะการสื่อสารเป็นส่วนสำคัญของการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นและเยาวชน

ปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รายได้ระหว่างเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.661) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน และอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย มีราคาไม่สูงหรือสามารถรับได้ฟรีจากหน่วยบริการสุขภาพ ผลนี้แตกต่างจากสุนารี หอมจันทร์ และคณะ [15] ที่พบว่ารายได้จากผู้ปกครองสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษา ความแตกต่างอาจเกิดจากอายุ การพึ่งพาครอบครัว และบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน

ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากคะแนนความรอบรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงและมีการกระจายตัวน้อย ทำให้จำแนกความแตกต่างของพฤติกรรมได้ไม่ชัดเจน อีกทั้งพฤติกรรมทางเพศยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น คู่เพื่อน เจตคติ การรับรู้ความเสี่ยง และความพร้อมของบริการ ผลนี้แตกต่างจากสุวิมล เสาวรส และคณะ [21] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านเพศวิถีกับพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของช่วงอายุ เครื่องมือวัด และบริบทการศึกษา

สรุป การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 7 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ขณะที่ความรู้ความเข้าใจและทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับดี

อย่างไรก็ตาม นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ สะท้อนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีอาจยังไม่เพียงพอต่อการนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ พื้นที่ตั้งของคณะ ที่อยู่อาศัย ผู้พักอาศัยร่วม และทักษะการสื่อสาร ส่วนรายได้และองค์ประกอบความรอบรู้ด้านอื่นไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันควรเน้นการฝึกทักษะการสื่อสารและการปฏิบัติจริง ควบคู่กับการจัดบริการสุขภาพทางเพศที่เข้าถึงง่าย โดยเฉพาะสำหรับนักศึกษาที่พักในหอพักหรืออยู่คนเดียว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. มหาวิทยาลัยควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เน้นการฝึกปฏิบัติ เช่น การสื่อสารและเจรจาต่อรองกับคู่ การปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยง และการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

2. ควรจัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศและจุดบริการถุงยางอนามัยที่เข้าถึงง่าย เป็นส่วนตัว และเป็นมิตร โดยให้ความสำคัญกับนักศึกษาที่พักในหอพักหรืออยู่คนเดียว

3. ควรออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับความแตกต่างด้านเพศ อายุ คณะ และบริบทการอยู่อาศัย พร้อมส่งเสริมทักษะการสื่อสารเรื่องเพศผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อย สถานการณ์จำลอง และสื่อออนไลน์

4. ควรบูรณาการความรู้และทักษะการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรายวิชาศึกษาทั่วไปหรือกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาทุกคณะเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านเจตคติ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลจากคู่และกลุ่มเพื่อน แรงสนับสนุนทางสังคม และบริบททางวัฒนธรรม โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือวิธีวิจัยแบบผสม

2. ควรพัฒนาและประเมินโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผสมผสานการให้ความรู้กับการฝึกทักษะการสื่อสาร การเจรจาต่อรอง และการใช้ถุงยางอนามัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการวิจัยเชิงทดลอง

3. ควรขยายการศึกษาไปยังสถาบันอุดมศึกษาหลายแห่ง เพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างและความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรนักศึกษาในวงกว้าง

4. ควรวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร เพื่อควบคุมตัวแปรกวนและรายงานค่า Adjusted Odds Ratio ทำให้สามารถระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันได้อย่างเป็นอิสระและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Sep 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. รายงานความก้าวหน้าการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน2569]; เข้าถึงจาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2569 [สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน2569]; เข้าถึงจาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/Download/RRTTR/HIV_Factsheet2023_TH_Final_021067.pdf
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2566. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์; 2566.
5. World Health Organization. Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022–2030. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779
6. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563. สืบค้นเมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1080720201214074016.pdf
7. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณญาณ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1188920211018040126.pdf
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์; 2558.
9. สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ, ธัญญารัตน์ แสงฤทธิ์, สิราวรรณ ริสา, ศิริลักษณ์ เข็มวงศ์, สกาวใจ จำปาวัน, ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม และจุฑามาศ เจียมสาธิต. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษาวิทยาลัยการอาชีพแห่งหนึ่งใน

จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2566; 30(3): 181-192. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/259149

10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
12. Cronbach LJ. Educational psychology. 2nd ed. New York: Harcourt Brace & World; 1963.
13. ปิญชาน์ ปรัชญคุปต์, จตุพร เหลืองอุบล และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นในสถานศึกษาจังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566; 9(2): 1-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/260124
14. สิริพร ภิยโยทัย, นุชนารถ แก้วดำเกิง, จุฑามาศ มากกุญชร, ศิริกูล ชัยเจริญ, เบญจมาศ ใจงาม และ เกศินี เขียนวารี. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน. วารสารโรคเอดส์ 2564; 33(3): 111-122. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/250486?fbclid
15. สุนารี หอมจันทร์, มลินี สมภพเจริญ และมณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษา จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2567; 19(1): 29-42. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/267427
16. จุฑามาศ เบ้าคำกอง และ สุภารัตน์ คะตา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักศึกษา: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2562; 26(1): 67-76. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/187270
17. จุน หน่อแก้ว, ธีรยุทธ อุดมพร, ศิระวัตร ศิลา, มะลิโพธิพิมพ์, วิทชย เพชรเลียบ, วรารัตน์ สังวะล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2567; 39(1): 62-74. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://www.thaidj.org/index.php/pjne/article/view/14857
18. ถนอม นามวงศ์, สุกัญญา คำพัฒน์ และปิญชาน์ ปรัชญคุปต์. อัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร. วารสารโรคเอดส์ 2562; 31(3): 116-124. สืบค้นเมื่อวันที่1 มกราคม 2569. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/253770
19. นิธชาวัลย์ ศรีบุตร, เกษม ชูรัตน์, สุรีพันธ์ วรพงศธร และธวัชชัย วรพงศธร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนโรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร. วารสารรามคำแหง ฉบับคณะศึกษาศาสตร์ 2563; 2(1): 1-10. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2569 เข้าถึงได้จาก https://so18.tci-thaijo.org/index.php/RUEDU/article/view/371
20. วรารัตน์ สังวะลี, จุน หน่อแก้ว, มะลิ โพธิพิมพ์, วลัญช์ชยา เขตบำรุง, จิราภรณ์ ประธรรมโย, ธีรยุทธ อุดมพร, ปัทมพร นวนกลาง, แสงจ่อย อินทจักร และวราภรณ์ สังวะลี . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล 2564; 34(1): 44-55. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2569 เข้าถึงได้จาก https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/vujournal/article/view/244212
21. สุวิมล เสาวรส นุชจรินทร์ พูลสวัสดิ์ พรพรรณ เจริญวัฒนวิญญู และรติรัตน์ วัฒนาสกุลรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ 2567; 9(2): 439-445. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2568 เข้าถึงได้จาก https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/275147?fbclid

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

Effects of a Quality of Life Promotion Program for Older Adults in Nong Son Subdistrict, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุชาดา ดาทุมมา[1]
Suchada Dathumma[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest–Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลหนองซอน จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลเสือเฒ่า จำนวน 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่างเดือน มกราคม 2569 ถึงเดือน มีนาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทั้ง 7 ด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลัง 5.47 คะแนน การให้คุณค่าต่อตนเอง 4.80 คะแนน ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ 2.73 คะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ 6.17 คะแนน แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน 5.10 คะแนน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง 5.07 คะแนน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 18.27 คะแนน ตามลำดับ

คำสำคัญ: โปรแกรม คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pretest–posttest design to examine the effects of a quality-of-life promotion program for older adults in Nong Son Subdistrict, Chiang Yuen District, Maha Sarakham Province. The sample consisted of 60 older adults, divided into an experimental group comprising 30 older adults from Nong Son Subdistrict and a comparison group comprising 30 older adults from Suea Thao Subdistrict. The experimental group participated in the quality-of-life promotion program for 12 weeks, while the comparison group received usual care. Data were collected before and after the intervention using instruments developed by the researcher from January to March 2026. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test, with the statistical significance level set at 0.05.

The results showed that, before the intervention, there were no statistically significant differences between the experimental and comparison groups in the mean scores for empowerment, self-esteem, knowledge and understanding of health care, self-efficacy in health care, social support from family and community, health-promoting and self-care behaviors, and quality of life. After the intervention, the experimental group had significantly

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองซอน ตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

higher mean scores for all seven outcomes than the comparison group ($p < 0.001$). The mean score differences were 5.47 points for empowerment, 4.80 points for self-esteem, 2.73 points for knowledge and understanding of health care, 6.17 points for self-efficacy in health care, 5.10 points for social support from family and community, 5.07 points for health-promoting and self-care behaviors, and 18.27 points for quality of life, respectively.

Keywords: Program, Quality of Life, Older Adults

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วจากการลดลงของอัตราการเกิดและการมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและกลายเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพและการพัฒนาสังคมของประเทศ รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567 ของกรมกิจการผู้สูงอายุสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยอยู่ในช่วงที่ต้องให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัย โดยนอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังต้องเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และความต้องการบริการสุขภาพและสังคมที่เพิ่มขึ้น ขณะที่แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (Ageing in Place) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านและชุมชนเดิมได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[1] นอกจากนี้ กรมอนามัยได้กำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การดูแลสุขภาพช่องปากและสมอง ตลอดจนการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[2] การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงกับผลกระทบในหลายระดับ ในระดับบุคคล การเปลี่ยนแปลงตามวัยทำให้สมรรถภาพทางกาย การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน ความจำและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ประกอบกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต อาจทำให้ความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง เกิดภาวะพึ่งพิง ความรู้สึกโดดเดี่ยว และคุณภาพชีวิตลดลง ในระดับครอบครัวสมาชิกครอบครัวต้องรับภาระด้านเวลา ค่าใช้จ่ายและการดูแล โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะพึ่งพิง ในระดับชุมชนและสังคม จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความต้องการบริการสุขภาพ การดูแลระยะยาว ระบบสวัสดิการ และบุคลากรดูแลมากขึ้น ส่วน ด้านเศรษฐกิจ การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาว ประกอบกับสัดส่วนประชากรวัยแรงงานที่ลดลง ย่อมเพิ่มภาระต่อครัวเรือน ชุมชนและระบบสวัสดิการของประเทศ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระได้นานที่สุด จึงเป็นมาตรการสำคัญในการลดภาวะพึ่งพิงและลดผลกระทบดังกล่าวในระยะยาว[1,2]

แนวคิดเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นองค์รวมและมีหลายมิติ มิได้หมายถึงการไม่มีโรคหรือความพิการเพียงอย่างเดียว แต่ครอบคลุมความสามารถในการดำเนินชีวิต สุขภาวะทางร่างกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่า ความมั่นคงและปลอดภัย ตลอดจนการมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงควรเป็นโปรแกรมแบบองค์รวมที่ผสมผสานการให้ความรู้ การสร้างทักษะในการดูแลตนเอง การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและโภชนาการ การดูแลสุขภาพจิต การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง มากกว่าการจัดกิจกรรมด้านใดด้านหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกรมอนามัยที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมวิถีชีวิตสุขภาพดีและการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม[2]

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบหลักฐานสนับสนุนว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ โดย ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย และคณะ[3] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 40 คน โดยโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้ กระบวนการกลุ่ม การวิเคราะห์ปัญหา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และลงมือปฏิบัติสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้[3] ในมิติด้านสุขภาพจิต ณิชาภัทร มณีพันธ์ และศรินรัตน์ จันทพิมพ์[4] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 30 คน พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนให้เห็นว่าการส่งเสริมคุณภาพชีวิตจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสุขภาวะทางจิตใจและความสุขควบคู่ไปกับสุขภาพกาย ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงและมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการผสมผสานปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[5] นอกจากนี้ ศินาท แขนอก จตุพร แก้วมณี และธนาวุฒิ สุพร[6] ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ในผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 35 คน โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ครอบคลุมการป้องกันการหกล้ม การป้องกันภาวะสมองเสื่อม การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการส่งเสริมโภชนาการ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีผลด้านการเดินและการทรงตัว สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[6] เช่นเดียวกับ นูรมา สมการณ์ (2567)[7] ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและโรคเรื้อรัง จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมที่ประกอบด้วยการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติ การให้คำปรึกษา การสนับสนุนและกระตุ้นเตือนด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม การสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ และการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพเป็นเวลา 5 เดือน พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)[7]

ตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบหลักฐานเชิงพื้นที่ที่สะท้อนว่าประเด็นคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้รับความสนใจและมีความจำเป็นต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยฐานข้อมูลระบบ 3 หมอของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพแสดงให้เห็นว่าพื้นที่ตำบลหนองซอนมีผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน ซึ่งสะท้อนความแตกต่างด้านสมรรถนะและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีการจัดโครงการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ ณ โรงเรียนวัยแก้ว ตำบลหนองซอน ซึ่งสะท้อนว่าพื้นที่มีทุนทางสังคมและกลไกสำหรับการพัฒนาผู้สูงอายุอยู่แล้ว ที่สำคัญ มีงานวิจัยที่ศึกษา ผู้สูงอายุในตำบลหนองซอนโดยตรง โดยศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 120 คนในโรงเรียนวัยแก้ว ตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยอายุ รายได้ การดำเนินชีวิตอย่างพอประมาณ การมีภูมิคุ้มกันที่ดี และการดำเนินชีวิตบนเงื่อนไขความรู้ พร้อมเสนอให้หน่วยงานภาครัฐและประชาชนร่วมกันขับเคลื่อนโครงการหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้พื้นที่จะมีการดำเนินกิจกรรมและมีกลไกด้านผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นผลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านบุคคล สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และวิถีชีวิต จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาการดำเนินงานจากกิจกรรมทั่วไปไปสู่ โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่มีองค์ประกอบชัดเจน เป็นระบบ และสามารถประเมินประสิทธิผลได้ ดังนั้น จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ปัญหาสุขภาพและภาวะพึ่งพิง ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน สังคมและเศรษฐกิจ ประกอบกับหลักฐานจากการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม” เพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีความสามารถในการดูแลตนเอง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2) เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi– Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest–Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลเสือเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมปกติ จำนวน 30 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร (Populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลเสือเฒ่า อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 30 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน[8] แทนค่าจากงานวิจัยของประสิทธิ์ ชมชื่น[9]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้าน การเสริมพลังอำนาจการให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การตั้งเป้าหมายและวางแผนสุขภาพรายบุคคล การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การส่งเสริมการเห็นคุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนการติดตามให้คำปรึกษา และเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจและจัดการสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถพึ่งพาตนเองและมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน อันนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ 2) การได้รับการเสริมพลัง จำนวน 10 ข้อ ข้อ 3) การให้คุณค่าต่อตนเอง จำนวน 10 ข้อข้อ 4) ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 6) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน จำนวน 10 ข้อ 7) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ และ 8) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหาภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ในผู้สูงอายุตำบลดอนเงิน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม และหาค่าความเชื่อมั่นด้านการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านการเสริมพลัง เท่ากับ 0.822 การให้คุณค่าต่อตนเอง เท่ากับ 0.789 ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.748 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 0.887 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน เท่ากับ 0.845 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขอเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่ของสถานบริการในสังกัด

2) ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าของพื้นที่ที่จะดำเนินการวิจัย

3) การทำความเข้าใจในกระบวนการทดลองแก่กลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 พื้นที่

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

5) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้แผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ ตามกิจกรรมที่วางไว้

6) จัดเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test ในเรื่อง การเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3) การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่อง การเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผลศึกษา

1) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 70.23 ปี (S.D. = 5.45 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.7 มีมัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,500 บาท (P25 = 2,500 บาท : P75 = 5,500 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.3 ตามลำดับ

2) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 68.97 ปี (S.D. = 5.28 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.0 มีมัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,500 บาท (P25 = 2,500 บาท : P75 = 6,000 บาท) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

3) การเปรียบเทียบคะแนนการได้รับการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การได้รับการเสริมพลัง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.43	2.51	0.67	-0.71–2.04	0.97	0.335
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.77	2.79				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	26.07	2.52	5.47	4.06–6.87	7.80	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.60	2.90				

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	การทดลอง	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การให้คุณค่าต่อตนเอง	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	21.43	2.45	0.60	-0.63–1.83	0.98	0.332
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.83	2.31				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	26.07	2.55	4.80	3.56–6.04	7.77	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	21.27	2.23				
ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	6.43	1.10	0.33	-0.22–0.88	1.21	0.231
		กลุ่มเปรียบเทียบ	6.10	1.03				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	9.20	0.92	2.73	2.13–3.33	9.11	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	6.47	1.36				
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.83	2.57	1.13	-0.20–2.47	1.70	0.094
		กลุ่มเปรียบเทียบ	19.70	2.59				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	26.83	2.85	6.17	4.73–7.60	8.59	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.67	2.71				
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	21.37	2.89	0.77	-0.63–2.16	1.10	0.276
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.60	2.49				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	26.20	2.72	5.10	3.72–6.48	7.42	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	21.10	2.60				
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพฯ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	20.57	2.50	0.37	-0.92–1.65	0.57	0.570
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.20	2.47				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	25.87	2.36	5.07	3.76–6.38	7.75	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	20.80	2.70				
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	89.53	7.50	2.77	-1.14–6.67	1.42	0.161
		กลุ่มเปรียบเทียบ	86.77	7.61				
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	108.03	9.64	18.27	13.84–22.69	8.27	<0.001**
		กลุ่มเปรียบเทียบ	89.77	7.31				

**p-value<0.01

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลหนองซอน อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม สามารถส่งเสริมการเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวอาจเกิดจากโปรแกรมมีลักษณะแบบองค์รวมและดำเนินการต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยผสมผสานการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเสริมพลังการสร้างความเชื่อมั่นและคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการติดตามและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ด้านการเสริมพลัง ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 5.63 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.47 คะแนน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผน และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งได้รับคำปรึกษาและการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย และคณะ[3] และนูรมา สมการณ์[7] ที่

พบว่าการให้ความรู้ การมีส่วนร่วม การให้คำปรึกษาและการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการให้คุณค่าต่อตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 4.63 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.80 คะแนน ซึ่งอาจเป็นผลจากกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทบทวนความสำเร็จ ศักยภาพ และบทบาทของตนเอง รวมถึงการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สอดคล้องกับณิชาภัทร มณีพันธ์ และศรินรัตน์ จันทพิมพ์ (2564)[4] และจิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ และคณะ[5] ที่พบว่าการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.77 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.73 คะแนน เนื่องจากโปรแกรมไม่ได้เน้นเพียงการให้ข้อมูล แต่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติ และประยุกต์ความรู้กับปัญหาสุขภาพของตนเอง จึงช่วยให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย และคณะ[3] และนูรมา สมการณ์[7] ที่สนับสนุนการใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 6.00 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.17 คะแนน อาจเป็นผลจากการใช้ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ การตั้งเป้าหมายที่สามารถทำได้จริง และการเสริมแรงเมื่อประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับจิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ และคณะ[5] ที่พบว่าการประยุกต์การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 4.83 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.10 คะแนน เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย รวมทั้งมีการเยี่ยมบ้านและติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจทั้งด้านสุขภาพและสังคมมากขึ้น สอดคล้องกับจิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ และคณะ[5] และนูรมา สมการณ์[7] ที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 5.30 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.07 คะแนน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุได้รับทั้งความรู้และการฝึกปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การป้องกันการหกล้ม การใช้ยา การดูแลโรคเรื้อรัง และสุขภาพจิต รวมถึงได้รับการติดตามและแก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติ ทำให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย และคณะ[3] ศินาท แขนอก และคณะ[6] และนูรมา สมการณ์[7] ที่พบว่าโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ และสำหรับคุณภาพชีวิต กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น 18.50 คะแนน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 18.27 คะแนน แสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความรู้และทักษะควบคู่กับการเสริมพลัง การเห็นคุณค่าตนเอง การสร้างความเชื่อมั่น และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพและดำรงชีวิตได้ดีขึ้น[3,5,6,7] ซึ่งสนับสนุนว่าการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ผสมผสานการพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1..ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1หน่วยบริการสุขภาพควรนำโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการเสริมพลัง การ

สร้างคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเอง ควบคู่กับการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพ

1.2.ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนและติดตามการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.3.ควรบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการเยี่ยมบ้านและติดตามอย่างต่อเนื่องเข้ากับระบบบริการผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมและยั่งยืน

2..ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยติดตามผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.2 ควรขยายการศึกษาไปยังผู้สูงอายุในพื้นที่และบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสามารถในการประยุกต์ใช้โปรแกรมในประชากรที่หลากหลาย

2.3 ควรศึกษาปัจจัยหรือกลไกที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรม เช่น การเสริมพลัง การให้คุณค่าต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่ออธิบายเส้นทางที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
2. กรมอนามัย. (2568). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
3. ธัญรัศม์ ภุชงค์ชัย, ณัฐปภัสญ์ นวลสีทอง, ธรณินทร์ คุณแขวน, และภัททิรา ก้านทอง. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(4), 172–180.
4. ณิชาภัทร มณีพันธ์, และศรินรัตน์ จันทพิมพ์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ต่อคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(4), 94–102.
5. จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์, จิรภา วิลาวรรณ, ธิติรัตน์ เหล่าคมพฤฒาจารย์, ยุวดี บุญเนาว์, และพัทรินทร์ บุญเสริม. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ปี 2563. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(1), 181–195.
6. ศินาท แขนอก, จตุพร แก้วมณี, และธนาวุฒิ สุพร. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านต้นแบบ เขตเทศบาลตำบลเมืองใหม่โคกกรวด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 18(2), 651–665.
7. นูรมา สมการณ์. (2567). ประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น, 5(4), 13–21.
8. Lemeshow, S. (1990). Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons.
9. ประสิทธิ์ ชมชื่น (2023). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(3), 38–51.

วารสาร
สิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ

Journal of Environmental Education Medical and Health



ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL.11 NO.3 July - September 2026

Part VI

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

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026
Part 6

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด ตำบลโคกยาง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ 1737
สมบูรณ์ นิยามรัตนกุลศิริ

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ 1747
ญาณี สีหบุตร

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมด้วยการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): รูปแบบ A²S³HC Model 1760
ภูริชา พัชรธรภากุล ,ศุลีมาศ ราชประโคน ,มณีรัตณ พันธุ์นิน

การพัฒนาระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยาผ่านแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคในชุมชน 1774
ภูริชา พัชรธรภากุล ,ปวีณ์ธิดา ไชยคำ ,อมรพรรณ มาลัย ,ปภัสสร โยวะกา

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน 1782
กชนิภา ขวาวงษ์ ,ดวงดาว กะพิลา ,ดนัย ศิริบุรี

ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุดรธานี 1793
พวงผกา อินทร์เอี่ยม ,กชนิภา ขวาวงษ์ ,ระพีพรรณ จันทรสา ,ลักขณา พุทธรักษ์

ผลของนวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี 1800
ฐิติรดา กัณหา

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดต่อความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี 1810
วรนุช ไชยวาน อำภา ทาเวียง ชรินทร์พร ชะมะรา

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู 1818
นิโลบล ช่วยแสง

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย : กรณีศึกษาอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 1831
จรูญ ดวงพร

ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ 1843
วาสนา บุณยมณี ,หทัยรัตน์ กระต่ายน้อย ,ดวงดาว เทพทองคำ

การประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชนตามเกณฑ์มาตรฐานสากล JEE/IHR 2005 เขตสุขภาพที่ 6 1852
สิริลักษณ์ บัวเย็น ,พงศ์ธณัช ขาวกระโทก ,ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล โรงพยาบาลอุดรธานี 1862
นิลุบล เทศเรียน ,วิภาวี เสนาลอย

การประเมินกระบวนการบริหารจัดการ และผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการจังหวัดอุบลราชธานี : การวิจัยเชิงประเมินผล 1877
ชนะ หอมจันทร์ ,รัชนีพร เชื้อสระคู ,ลลิตา บูรณะ

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู 1889
ณฐกร จันทรเสนา ,เชาวชื่น เชี่ยวการรบ ,ฉันทนา ศรีภูแพน

การพัฒนาการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย 1901
เนตรณภัทร แสนองอาจ ,กรรณิกา ดรอินทร์ ,นิศารัตน์ ลืออุตติกุลวงศ์ ,มณีวรรณ ดาวาท ,นราภรณ์ ท่อนโพธิ์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2569
VOL10 NO.2 July - September 2026
Part 6

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา
การแพทย์และสุขภาพ
Journal of Environmental Education Medical and Health

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี 1909
ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์ ,ปัทมา โกเมนท์จำรัส ,ภาวิศา การัตน์

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส 1917
รูซือมัน อาแวเง๊าะ

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส 1932
รูซือมัน อาแวเง๊าะ

ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้องต่อทักษะการให้นมทารก การขับถ่าย น้ำหนักตัว และระดับบิลิรูบินของทารกแรกเกิดในมารดาที่มีบุตรคนแรก 1946
มินตรา ภักดีศรี สมสกูล นีละสมิต

ประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ 1960
ปาราลี ประสงค์ ,กรรณิการ์ ชัยนันท์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง 1972
เจนจิรา ตั่นเล่ง

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง จังหวัดปราจีนบุรี 1983
เพ็ญพรรณ นุชนารถ ,อารยา ประเสริฐชัย ,วรวิช นาคแป้น

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม 1996
ยศสรัล พิมพา

การประเมินและพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย ในโรงพยาบาลสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี พ.ศ. 2568 2009
พิทยา หล้าวงค์

การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส 2022
อรรคเดช อรรคเศรษฐัง

บทบรรณาธิการ

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและผลการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษาตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิต จนไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติรวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 43 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนาสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ กรกฎาคม – กันยายน 2569 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การวิเคราะห์ปริมาณอะฟลาทอกซินในน้ำพริกแกงเผ็ดสำเร็จรูป การใช้วิธีแช่น้ำเย็นเพื่อเป็นทางเลือกในการบำบัดกลุ่มอาการวัยหมดประจำเดือน การพัฒนาการบริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอด ความสัมพันธ์ระหว่างครีเอทีนเสริมอาหารและการเพิ่มขึ้นของมวลน้ำในร่างกาย รูปแบบการนำเสนอภาพประกอบทางนิติเวชศาสตร์ ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปริมาณสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน้ำมันรำข้าว ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตโดยชุมชนเป็นฐาน การดูแลรักษาช่องปากแบบองค์รวมในเด็กวัยเรียน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สุขศึกษาต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันภาวะไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์โปรตีนผงชงดื่มรสโกโก้ ความล่าช้าในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันซ้ำ ผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบเปิด การบูรณะปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้าบนด้วยวัสดุเรซินคอมโพสิต คุณภาพบันทึกทางการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ลักษณะทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รูปแบบ Group Medical Visit ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะรุนแรงของการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยเด็ก เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา กระบวนการเรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งเสริมโภชนาการด้วยการนับคาร์โบไฮเดรตและเมนูวัตถุดิบท้องถิ่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่คลินิกฝากครรภ์ การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รูปแบบการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีประสิทธิผล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพต่อไป

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

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด ตำบลโคกยาง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

Effectiveness of a Self-Management Program among Patients with Poorly Controlled Type 2 Diabetes Mellitus at Ban Kadat Subdistrict Health Promoting Hospital, Khok Yang Subdistrict, Prasat District, Surin Province

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สมบูรณ์ นิยามรัตนกุลศิริ[1]
Somboon Niyamrattanakulsiri[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล 30 คน กระบวนการทดลองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งดำเนินการผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อยและการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนน (Change score) ระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ผลต่างของคะแนนความรู้และระดับ HbA1c ระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาการติดตามผลที่สั้นและความแตกต่างของค่าพื้นฐานระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2; ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด; หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a Kanfer-based self-management program on knowledge, self-management behavior, and glycosylated hemoglobin (HbA1c) among patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Sixty participants were divided into an experimental group (n = 30), who received a 12-week self-management program at Ban Kadad Health Promoting Hospital, and a comparison group (n = 30), who received usual care at Phlai Health Promoting Hospital. The intervention comprised four components: goal setting, self-monitoring, self-evaluation, and self-reinforcement, delivered through small-group activities and home visits. Data were analyzed using paired t-test and independent t-test.

After the intervention, the experimental group showed statistically significant increases in knowledge and self-management behavior scores, along with a significant reduction in HbA1c. When comparing the change scores between groups, the experimental group demonstrated significantly greater improvement in self-management behavior than the comparison group ($p < 0.001$). However, the between-group differences

[1] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

in change scores for knowledge and HbA1c were not statistically significant, possibly due to the short follow-up period and baseline differences between groups prior to the intervention.

Keywords: Self-management program; Type 2 diabetes patients; Glycosylated hemoglobin (HbA1c); Primary care

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ [1]รายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 โดยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนถึง 6.7 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายพบความชุกของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นประมาณร้อยละ 9.5 ในการสำรวจครั้งล่าสุด (พ.ศ. 2563) [2] สอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในระดับประเทศไทยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 3 แสนคนต่อปี (พ.ศ. 2566) และผู้ป่วยสะสมกว่า 3.3 ล้านคน (พ.ศ. 2565) [3] ขณะที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปอีกมากถึง 5 ล้านคน จากกลุ่มเป้าหมาย 22 ล้านคน [4] สำหรับจังหวัดสุรินทร์ พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 4,120.89 เป็น 4,622.56 ต่อประชากรแสนคน ในช่วงปี 2564–2566 และมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้สูงถึงร้อยละ 37.41 (พ.ศ. 2567)[5]โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 90–95) เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7.0 ได้อย่างต่อเนื่อง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม และแผลที่เท้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จำนวนมาก[6] ปัจจุบันแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมุ่งเน้นมากกว่าการควบคุมระดับน้ำตาล แต่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าสู่ "ภาวะเบาหวานระยะสงบ" (Diabetes Remission) ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างจริงจัง สอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model[7] ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นแกนกลาง โดยแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนเกิดจากกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมได้อย่างเป็นระบบ[8]

ตำบลโคกยาง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด มีประชากร 6,938 คน (พ.ศ. 2567) เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 30.88 และครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 1,864 หลังคาเรือน ซึ่งเป็นโครงสร้างประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2[9] ข้อมูลปี 2566–2567 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 44 และ 66 ราย (อัตรา 629.02 และ 951.28 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยสะสมเพิ่มจาก 356 เป็น 386 ราย ขณะที่อัตราควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียังต่ำกว่าร้อยละ 50 ทั้งสองปี (ร้อยละ 39.61 และ 41.45) สะท้อนว่าความสามารถของระบบบริการในการควบคุมโรคยังไม่พัฒนาตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ด้านภาวะแทรกซ้อน พบผู้ป่วยไตเรื้อรังรวม 284 และ 292 ราย ในจำนวนนี้เป็นระยะที่ 3–5 ร้อยละ 53.52 และ 52.05 ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ต้องฟอกไตแล้ว 5 ราย เบาหวานขึ้นจอประสาทตา 19 และ 12 ราย แผลเรื้อรังที่เท้า 7 และ 11 ราย และเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 7 และ 4 ราย ในปี 2566 และ 2567 ตามลำดับ[10]รูปแบบบริการให้ความรู้ที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาดมี 3

รูปแบบ ได้แก่ การให้สุขศึกษารายกลุ่มช่วงสั้นในวันคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งบางเดือนไม่สามารถจัดได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และสถานที่ กิจกรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อนซึ่งใช้เวลาเตรียมการมากและไม่เหมาะกับประเด็นที่ต้องการความเป็นส่วนตัว และการอบรมตามแผนงานโครงการซึ่งเป็นการบรรยายที่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านอายุและความสามารถในการเรียนรู้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือความจำ รูปแบบบริการดังกล่าวยังขาดกระบวนการติดตาม ประเมินผล และเสริมแรงพฤติกรรมรายบุคคลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จึงยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน[9]

หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติยืนยันว่าโปรแกรมการให้ความรู้และการจัดการตนเอง ช่วยควบคุมระดับ HbA1c ได้จริง[11] สำหรับบริบทประเทศไทย มีการศึกษาที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Kanfer ครบ 4 ขั้นตอนร่วมกับการออกแบบวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบแล้ว 2 เรื่อง ได้แก่ ที่ตำบลโคกสลุง จังหวัดลพบุรี [12] ซึ่งวัดผลครบทั้งความรู้ พฤติกรรม และ HbA1c แต่ดำเนินการในภาคกลาง และที่โรงพยาบาลโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด[13] ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแต่วัดผลเฉพาะพฤติกรรมและ HbA1c โดยไม่วัดความรู้ร่วมด้วย และดำเนินการในระดับโรงพยาบาลชุมชนมิใช่หน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออื่น เช่น โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์[14] และโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร[15] ดำเนินการในระดับโรงพยาบาลชุมชนเช่นกัน ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมิได้ระบุการประยุกต์กรอบ Kanfer[8] อย่างชัดเจน จากการทบทวนดังกล่าว จึงยังไม่พบการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer[8] ครบทั้ง 4 ขั้นตอนร่วมกับการออกแบบวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบและวัดผลลัพธ์ครบทั้ง 3 มิติ (ความรู้ พฤติกรรม และ HbA1c) พร้อมกัน ในบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิพื้นที่ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงถือเป็นช่องว่างทางการวิจัยที่สำคัญและเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer[8] สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ เพื่อส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และสามารถนำไปขยายผล (Scale-up) ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1c ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1c ก่อนและหลังในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนน (change score) ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ HbA1c ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัด

ก่อน-หลัง (Two-group pretest-posttest design) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่งในอำเภอเดียวกัน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด จำนวน 276 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล จำนวน 283 คน รวมประชากรทั้งสิ้น 559 คน

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1c มากกว่าร้อยละ 7.0) ซึ่งขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่ง อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยสูตรเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนด $Z_{\alpha/2}$ = 1.96 และ Z_{β} = 0.84 ส่วนค่าความแปรปรวน (σ^2) และผลต่างค่าเฉลี่ยที่ต้องการตรวจพบ ใช้ค่าจากผลการวิจัยที่ผ่านมาของของประสิทธิ์ โฉมวงศ์ และคณะ[12] ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรลักษณะเดียวกัน คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิด Kanfer โดยหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 7.35 (S.D. = 1.02) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับ 8.26 (S.D. = 1.23) คำนวณค่าความแปรปรวนรวม ได้เท่ากับ 1.27 และผลต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.91 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการศึกษา (25 × 1.10 = 27.5) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด และกลุ่มเปรียบเทียบคัดเลือกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล โดยสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีจับฉลากจากผู้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าในแต่ละสถานบริการจนครบกลุ่มละ 30 คน ทั้งนี้ การจัดสรรเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นการจัดตามสถานบริการ (Site-based assignment) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (Contamination) มิใช่การสุ่มจากประชากรเดียวกัน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ (1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มานานกว่า 1 ปี อายุตัว 35-65 ปี (2) รักษาด้วยยาชนิดรับประทาน (3) มีผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 7.0 ในการตรวจครั้งล่าสุด (4) สื่อสารและใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ได้ (5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางตา ไต เท้า หัวใจและหลอดเลือดสมอง (6) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และยินยอมเข้าร่วมวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ (1) เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างการศึกษาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม (2) เปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฉีดอินซูลินระหว่างการศึกษา และ (3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนสิ้นสุดโครงการ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม (เช่น ย้ายที่อยู่ ขอถอนตัว หรือเสียชีวิต)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 15 ข้อ (ถูก/ผิด) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 30 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน (การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การจัดการความเจ็บป่วย) มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (0-2 คะแนน) และแบบบันทึกผลการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (FPG และ HbA1c) และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง 12 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Kanfer (1980) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อย (3-5 คน) ร่วมกับ

การติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5 และ 8 เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้ (KR-20) เท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาช (Alpha Cronbach's Coefficient) ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 0.83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 4 ระยะ (1 มีนาคม – 31 พฤษภาคม 2568) ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด (เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล (เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ) อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ แล้วคัดกรองรายชื่อตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกที่กำหนดไว้ จากนั้นจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้ที่ผ่านเกณฑ์ในแต่ละสถานบริการ และดำเนินการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากจนได้กลุ่มทดลองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด จำนวน 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไพล จำนวน 30 ราย

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง พร้อมทั้งเจาะเลือดตรวจระดับ HbA1c ก่อนเริ่มโปรแกรม โดยผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมมาตรฐานเดียวกันเป็นผู้เก็บข้อมูลทั้งสองสถานบริการ

ระยะที่ 3 ขั้นดำเนินการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1-12) กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของ Kanfer [8]ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน ได้แก่

(1) สัปดาห์ที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคของตนเองในแต่ละด้าน ค้นหาสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และร่วมกันตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นรายบุคคล

(2) สัปดาห์ที่ 2-11 การกำกับตนเอง (Self-monitoring) จัดกิจกรรมกลุ่มย่อย (3-5 คนต่อกลุ่ม) จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ในวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และหลักการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียดและความเจ็บป่วย ครั้งที่ 2 ฝึกทักษะปฏิบัติจริง ได้แก่ การตรวจและแปลผลระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การคำนวณพลังงานและอาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกายแบบแกว่งแขน การผ่อนคลายความเครียด และการตรวจดูแลเท้า โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นภาพรายการอาหารแลกเปลี่ยน และคู่มือการจัดการตนเอง ควบคู่กับการบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองรายวันด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดโปรแกรม

(3) สัปดาห์ที่ 2-11 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) กลุ่มตัวอย่างทบทวนข้อมูลจากสมุดบันทึกและค่าระดับน้ำตาลที่ตรวจด้วยตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 8 เพื่อร่วมประเมินความก้าวหน้า ค้นหาสาเหตุและอุปสรรคในกรณีที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย และร่วมปรับกิจกรรมให้เหมาะสม

(4) สัปดาห์ที่ 2-11 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยและญาติร่วมกล่าวชมเชยและให้กลุ่มตัวอย่างให้รางวัลตนเองตามความเหมาะสม พร้อมทั้งติดสติกเกอร์ดาวในสมุดบันทึกระหว่างการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมแรงทางบวกและกระตุ้นความต่อเนื่องของพฤติกรรม ในสัปดาห์ที่ 12 มีการจัดกิจกรรมสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลไพล โดยไม่ได้รับกิจกรรมเพิ่มเติมจากผู้วิจัยตลอดช่วง 12 สัปดาห์

ระยะที่ 4 การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองชุดเดิม พร้อมเจาะเลือดตรวจ HbA1c ซ้ำ โดยผู้ช่วยวิจัยชุดเดียวกับระยะที่ 2 เป็นผู้เก็บข้อมูล และห้องปฏิบัติการเดียวกันเป็นผู้วิเคราะห์ตัวอย่างเลือดทั้งก่อนและหลังการทดลองเพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนจากผู้ประเมินและวิธีการตรวจ (inter-rater and instrumentation bias)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ หมายเลข COA 025-2567 เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.33 และ 96.67 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (54.83 ± 5.80 ปี และ 54.27 ± 8.12 ปี) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ท้วม (26.45 ± 4.31 และ 25.59 ± 5.01 กก./ม.^{2}) ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 93.33 และ 83.33) และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก (ร้อยละ 96.67 และ 76.67) รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 80.00 และ 56.67) ด้านลักษณะการเจ็บป่วย กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวานนานกว่ากลุ่มทดลองอย่างเห็นได้ชัด (9.17 ± 6.40 ปี เทียบกับ 4.33 ± 2.92 ปี) และใช้ยาเบาหวานเฉลี่ยมากกว่า (2.30 ± 0.79 เทียบกับ 1.87 ± 0.68 ชนิด) ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย (7.16 ± 1.31% เทียบกับ 7.69 ± 0.54%)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p = 0.062$) ภายหลังได้รับโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (กลุ่มทดลอง: $p < 0.001$, 95%CI = 0.64–1.96; กลุ่มเปรียบเทียบ: $p < 0.001$, 95%CI = 0.55–2.05) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนนก่อนและหลังทดลอง (Change score) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีผลต่างของคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อน-หลังทดลองและระหว่างกลุ่ม

ความรู้ (คะแนนเต็ม 15)	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean ± SD	Mean diff (95%CI)	p-value
ก่อนทดลอง	11.73 ± 1.80	10.80 ± 1.99	0.93 (–0.05, 1.91)	0.062
หลังทดลอง	13.03 ± 1.22	12.10 ± 1.58	0.93 (0.20, 1.66)	0.013
Mean diff(95%CI)	1.30 (0.64, 1.96)	1.30 (0.55, 2.05)		
p-value	< 0.001	<0.001		
ผลต่าง	1.30 ± 1.78	1.30 ± 2.02	0.00 (–0.98, 0.98)	1.000

พฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมรวมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.025) หลังได้รับโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากก่อนทดลอง (p < 0.001 ทั้งสองกลุ่ม) และคะแนนหลังทดลองแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.464) แต่เมื่อพิจารณาผลต่างของคะแนน (Change score) พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองรวมก่อน-หลังและระหว่างกลุ่ม

พฤติกรรมรวม (คะแนนเต็ม 60)	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean ± SD	Mean diff (95%CI)	p-value
ก่อนทดลอง	41.23 ± 4.49	43.83 ± 4.28	2.60 (0.33,4.87)	0.025
หลังทดลอง	48.33 ± 3.85	47.50 ± 4.84	0.83 (–1.43, 3.09)	0.464
Mean diff(95%CI)	7.10 (6.07, 8.13)	3.67 (3.06, 4.28)		
p-value	< 0.001	< 0.001		
ผลต่าง	7.10 ± 2.77	3.67 ± 1.63	3.43 (2.26, 4.60)	< 0.001

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมี HbA1c เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.046) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับการควบคุมน้ำตาลพื้นฐานแตกต่างกันก่อนเริ่มการทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเริ่มต้นที่ดีกว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองยังคงมี HbA1c ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.002) เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมี HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม (p = 0.003, 95%CI = –0.47, –0.11) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.868, 95%CI = –0.33, 0.39) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนก่อนและหลังทดลอง (Change score) ระหว่างสองกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.115) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับ HbA1c ก่อน-หลังและระหว่างกลุ่ม

HbA1c (%)	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มเปรียบเทียบ Mean ± SD	Mean diff (95%CI)	p-value
ก่อนทดลอง	7.16 ± 1.31	7.69 ± 0.54	0.53 (0.01,1.05)	0.046
หลังทดลอง	6.88 ± 1.13	7.72 ± 0.89	0.84 (0.31,1.37)	0.002
ผลต่างก่อน–หลัง (95%CI)	0.29 (0.11,0.47)	0.03 (–0.33,0.39)		
p-value	0.003	0.868		
ผลต่าง	–0.29 ± 0.48	0.03 ± 0.97	–0.32 (–0.72, 0.08)	0.115

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer[8] กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาโดยสรุปพบว่าโปรแกรมส่งผลชัดเจนที่สุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในขณะที่ผลต่อความรู้และ HbA1c ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาประกอบการตีความ ทั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยบริบทชนบทไทยหลายเรื่อง[12] ซึ่งอาจสัมพันธ์กับข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารคุณภาพและบริการสุขภาพเชิงป้องกัน[5] อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาป่วยและจำนวนชนิดยาที่ใช้แตกต่างกันตั้งแต่ก่อนทดลอง อันเป็นผลจากการจัดสรรกลุ่มตามสถานบริการ (Site-based assignment) มิใช่การสุ่มจากประชากรเดียวกัน จึงควรนำมาพิจารณาประกอบการตีความผลในทุกหัวข้อต่อไปนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โปรแกรมช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ของ Knowles และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริงร่วมกับการเยี่ยมบ้าน[16, 17] อย่างไรก็ตาม กลุ่มเปรียบเทียบก็มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน และผลต่างของคะแนน (Change score) ระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับข้อค้นพบของประไพพรรณ ใจอักษร[14] อาจอธิบายได้ด้วยผลของการทำแบบทดสอบซ้ำ (Testing effect) และความรู้พื้นฐานที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับจากการดูแลตามปกติ ตามแนวคิด Transtheoretical Model ของ Prochaska และ DiClemente[18] ที่ชี้ว่าความรู้เปลี่ยนแปลงได้จากหลายกลไกร่วมกัน มิใช่จากโปรแกรมเพียงอย่างเดียว **ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง** แม้กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมเริ่มต้นสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนน (Change score) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งภาพรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) สนับสนุนแนวคิด Kanfer[8] ที่เน้นการตั้งเป้าหมาย กำกับตนเอง ประเมินตนเอง และเสริมแรงตนเองอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สุขชัยสงค์ และคณะ[19] และประสิทธิ์ โฉมวงศ์และคณะ [12] ที่ใช้กรอบ Kanfer เช่นกัน ด้านการควบคุมอาหารมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด สอดคล้องกับ Health Belief Model ของ Rosenstock[20] ส่วนด้านการรับประทานยามีช่องว่างในการพัฒนาจำกัดกว่าด้านอื่นเนื่องจากคะแนนพื้นฐานสูงอยู่แล้ว (Ceiling effect) โดยรวมสะท้อนว่ากระบวนการที่เป็นระบบร่วมกับการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงชัดเจนกว่าการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ การเสริมด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลยังเป็นอีกปัจจัยที่ช่วยหนุนความต่อเนื่อง ดังการศึกษาของนิตยา สุขชัยสงค์ และคณะ[19] ที่ใช้แอปพลิเคชัน "เบาหวาน เบาใจ" ร่วมกับแนวคิดของ Creer [21] ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลเท้าดีขึ้นแม้มีข้อจำกัดด้านความเสื่อมถอยตามวัย จึงเป็นแนวทางที่ควรพิจารณาเสริมขั้นตอนการกำกับตนเองในการพัฒนาโปรแกรมครั้งต่อไป **ด้านระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)** การลดระดับ HbA1c ให้ต่ำกว่าร้อยละ 7 เป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษา [22, 23] กลุ่มทดลองมี HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม ($p=0.003$) สอดคล้องกับทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Bandura [16] ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.868$) อย่างไรก็ตาม ผลต่างของคะแนน (Change score) ระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.115$) ซึ่งควรตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากกลุ่มทดลองมี HbA1c ตั้งต้นต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่แล้ว (7.16 เทียบกับ 7.69%, $p=0.046$) จึงมีพื้นที่สำหรับการลดลงจำกัดกว่า (Ceiling effect) สอดคล้องกับข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยลักษณะใกล้เคียงกัน[15, 24] นอกจากนี้ ระยะเวลา 12 สัปดาห์อาจยังไม่นานเพียงพอที่จะเห็นผลต่างของ HbA1c ระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจน เนื่องจากค่านี้สะท้อนน้ำตาลเฉลี่ยระยะยาวกว่าตัวชี้วัดด้านความรู้หรือพฤติกรรม เมื่อประมวลผลร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด [12, 14, 15, 19, 24] พบว่าโปรแกรมตามแนวคิด Kanfer และ Creer ให้ผลชัดเจนที่สุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่ผลต่อ HbA1c ยังแปรผันตามระยะเวลาติดตาม รูปแบบการสุ่ม และค่าตั้งต้นของแต่ละ

การศึกษา ซึ่งเป็นข้อจำกัดร่วมที่ควรพิจารณาในการออกแบบวิจัยครั้งต่อไป

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer มีประสิทธิผลชัดเจนที่สุดในมิติของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะต่อไป ส่วนผลต่อความรู้และ HbA1c ระหว่างกลุ่มยังไม่แสดงความแตกต่างที่ชัดเจนเท่ากับพฤติกรรม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระยะเวลาติดตามที่จำกัดและความแตกต่างของค่าตั้งต้นระหว่างกลุ่มดังที่กล่าวมาข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรบรรจุกระบวนการจัดการตนเองตามกรอบ Kanfer ไว้ในคลินิกโรคเรื้อรังประจำ โดยเน้นด้านการควบคุมอาหารเป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นด้านที่พบการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในการศึกษานี้ และสามารถดำเนินการได้ด้วยทรัพยากรที่ รพ.สต. มีอยู่เดิม โดยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายรายบุคคลร่วมกับเจ้าหน้าที่และมีการทบทวนทุกครั้งที่มารับบริการ

2. ใช้กลไกการเยี่ยมบ้านของ อสม. เป็นเครื่องมือเสริมแรงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งในช่วง 3 เดือนแรก เพื่อทดแทนข้อจำกัดด้านการเดินทางมาสถานพยาบาลบ่อยครั้ง เนื่องจากผลการศึกษาชี้ว่าการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชัดเจนกว่าการดูแลตามปกติ

3. ขยายระยะเวลาติดตามผล HbA1c เป็นอย่างน้อย 3–6 เดือน และควบคุมค่าตั้งต้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้เห็นผลลัพธ์เชิงสรีรวิทยาที่แม่นยำขึ้น เนื่องจากระยะเวลา 12 สัปดาห์ในการศึกษานี้อาจยังไม่เพียงพอ และความแตกต่างของค่าตั้งต้นระหว่างกลุ่มเป็นข้อจำกัดสำคัญที่พบ

เอกสารอ้างอิง

1.International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Belgium: International Diabetes Federation; 2021.

2.วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

3.กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [ออนไลน์] 2566. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th.

4.สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรครณรงค์วันเบาหวานโลก 2566 มุ่งเน้นให้ความรู้ประชาชนถึงความเสี่ยงโรคเบาหวานและหากตรวจพบก่อนจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566 [ออนไลน์] 2566. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc.

5.กองโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลสถิติการตาย/ป่วย โรคไม่ติดต่อ นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; [ออนไลน์] 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911.

6.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2567.

7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs. 2001;20(6):64-78.

8. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: A textbook of methods. 2nd ed. Oxford: Pergamon Press; 1980. p. 334–89.

9.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด. สรุปผลการดำเนินด้านสาธารณสุขประจำปี 2567. อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดาด 2568.

10.โรงพยาบาลปราสาท. สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพ คปสอ.ปราสาท ปี 2568 (การตรวจราชการกรณีปกติรอบที่ 2) สุรินทร์: คปสอ.ปราสาท; 2568.

11. Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient education and counseling. 2016;99(6):926-43.

12.ประสิทธิ์ โฉมวงศ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, ทัศพร ชูศักดิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ตำบลโคกสลุง อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17(2):240-53.

13.กรกฎา จันทร์สม. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2567;5(2):50-62.

14.ประไพพรรณ ใจอักษร. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานและการติดตามระดับน้ำตาลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568;3(2):260-73.

15.อภิญญา ถามูลแสน. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(1):257-66.

16.Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall1986.

17. Knowles MS. The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy Rev. ed. MA. USA: Cambridge Adult Education; 1980.

18. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390-5.

19.นิตยา สุขชัยสงค์, อารยา เชียงของ, วิเชษฐ์ เชิดสันเทียะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันเบาหวาน เบาใจ ต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2566;15(2):1-16.

20.Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. 1974;2(4):354-86.

21.Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidne M, editors. Handbook of self-regulation: Academic Press; 2000. p. 601-29.

22. American Diabetes Association. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. Diabetes Care. 2019;43(Supplement_1):S1-S2.

23. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. 1993;329(14):977-86.

24.วัชราพร เนตรคำยวง. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข. 2566;3(2):78–95.

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

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

A model for promotion care of bedridden elderly individuals by caregivers, Rasi Salai District, Si Sa Ket Province.

(Received: September 25, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ญาณี สีหบุตร [1]
Yanee Sihabut[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ตามกระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับประเมินประสิทธิผลจำนวน 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า อำเภอราษีไศลมีผู้สูงอายุร้อยละ 27.25 และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มจากร้อยละ 8.40 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 15.50 ในปี 2567 ปัญหาสำคัญ ได้แก่ การติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง แผนการดูแลไม่สอดคล้องกับความต้องการรายบุคคล ผู้ดูแลขาดความรู้และความมั่นใจ การมีส่วนร่วมของชุมชนยังจำกัด และการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่ายยังไม่เป็นระบบ จึงพัฒนา ราษีไศล CARE Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ C: Capacity Building การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล A: Assessment and Individualized Care Plan การประเมินและวางแผนการดูแลรายบุคคล R: Responsive Support and Referral การสนับสนุน ติดตาม และส่งต่ออย่างเหมาะสม และ E: Empowerment, Environment and Evaluation การเสริมพลังครอบครัวและชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ หลังการใช้รูปแบบพบว่า คะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ การเข้าถึงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุเพิ่มจากค่าเฉลี่ย 95.10 เป็น 109.00 คะแนน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมการดูแล; ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This action research examined the care situation, developed a care promotion model, and evaluated its outcomes among caregivers of homebound and bedridden older adults in Rasi Salai District, Si Sa Ket Province, Thailand. Guided by Kemmis and McTaggart's action research framework, the study followed a cycle of planning, action, observation, and reflection. Participants included 50 purposively selected stakeholders involved in model development and 50 caregivers participating in the outcome evaluation. Data were collected using questionnaires, interviews, focus group discussions, and observations, and analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and qualitative analysis.

Older adults accounted for 27.25% of the district's population, while the proportion of homebound and bedridden older adults increased from 8.40% in 2023 to 15.50% in 2024. Key problems included discontinuous follow-up, care plans inadequately tailored to individual needs, insufficient caregiver knowledge and confidence, limited community participation, and fragmented coordination among local partners. The resulting Rasi Salai CARE Model comprised four components: C-Capacity Building; A-Assessment and Individualized Care Plan; R-Responsive Support and Referral; and E-Empowerment, Environment and Evaluation. Following implementation, caregivers' scores for knowledge, attitudes, access to health

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

promotion support, and receipt of health information were significantly higher than baseline scores ($p < 0.001$). Older adults' mean overall quality-of-life score increased significantly from 95.10 to 109.00 ($p < 0.001$).

Keywords: Care promotion model; Homebound and bedridden older adults; Caregivers of older adults

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก อันเป็นผลจากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ขณะที่อัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และระบบการดูแลระยะยาว[1] ประเทศไทยกำลังเผชิญสถานการณ์ในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกาย และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและกลายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความซับซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ โรคเรื้อรัง การเคลื่อนไหวที่จำกัด ภาวะทุพโภชนาการ ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การหกล้ม การติดเชื้อ ปัญหาด้านการขับถ่าย รวมถึงปัญหาด้านจิตใจและสังคม[2] ดังนั้นการดูแลจึงต้องครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนด้านจิตสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีที่สุดตามศักยภาพ ขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยทำให้จำนวนสมาชิกที่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจมากขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง[3]

ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นกลไกสำคัญของระบบการดูแลในชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและทำหน้าที่ดูแลในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การจัดอาหารและยา การดูแลสุขอนามัย การเคลื่อนไหว การป้องกันแผลกดทับ การสังเกตอาการผิดปกติ และการประสานกับบุคลากรสุขภาพ ดังนั้นศักยภาพของผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ ความสามารถในการประเมินปัญหา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการตัดสินใจส่งต่อ[4] จึงมีความสำคัญโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุจำนวน 245,094 คน คิดเป็นร้อยละ 25.63 ของประชากร และมีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวร้อยละ 5.33 ขณะที่อำเภอราษีไศลมีประชากรทั้งหมด 49,667 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 13,532 คน คิดเป็นร้อยละ 27.25 และพบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร้อยละ 15.50[5] สะท้อนให้เห็นถึงภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มสูงขึ้น และความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่เชื่อมโยงผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

แม้ประเทศไทยจะมีการขับเคลื่อนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long-Term Care: LTC) เพื่อสนับสนุนการคัดกรอง การดูแล การฟื้นฟู การพัฒนาผู้ดูแล และการเชื่อมโยงบริการในชุมชน แต่คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ดูแลเป็นสำคัญ หากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ย่อมสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน คงไว้หรือเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดระดับการพึ่งพิง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนา “รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ” โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของผู้ดูแล ควบคู่กับการสร้างระบบสนับสนุนและเชื่อมโยงการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการรายบุคคล และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะติดบ้าน ติดเตียงผู้สุงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งก่อนและหลังการศึกษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การติดตามและการสะท้อนผล โดยดำเนินการตามวงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ครอบคลุมภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงความรู้ ทักษะ ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ตลอดจนระบบการดูแลที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์ช่องว่างและประเด็นที่ต้องพัฒนา[7]

ระยะที่ 2 การวางแผนและพัฒนารูปแบบ (Planning and Model Development) นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์คืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องและจัดกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และออกแบบรูปแบบการดูแลโดยมุ่งพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลด้านการประเมินและดูแลผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ตลอดจนการติดตามและประสานส่งต่อร่วมกับทีมสุขภาพ[8,9]

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปปฏิบัติและติดตามผล (Action and Observation) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยดำเนินกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแล การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาและสนับสนุนโดยทีมสุขภาพ รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลและผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การประเมินและสะท้อนผล (Evaluation and Reflection) ประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ทั้งด้านความรู้ ทักษะและความสามารถของผู้ดูแล ตลอดจนผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งสะท้อนผลร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ผลสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อนำมาปรับปรุงและสังเคราะห์เป็นรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ แบ่ง

ออกเป็น 2 กลุ่ม ตามระยะและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาบริบทและพัฒนารูปแบบ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุข ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุหรือสมาชิกครอบครัว และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของระบบการดูแล และนำข้อมูลมาร่วมกันออกแบบและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ได้แก่ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเป็น Caregiver และ/หรือผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในอำเภอราษีไศล และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยใช้เป็นกลุ่มทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ มุ่งประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแล รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7[10] โดยกำหนดรูปแบบการวิเคราะห์ให้สอดคล้องกับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบการส่งเสริมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น คะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จากผลการวิจัยของชุติภา แก้วลือ[11] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกลุ่มทดลอง เท่ากับ 10.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.22 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 11.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.39 กำหนดค่า Effect Size เท่ากับ 0.68 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.01 และค่า Power เท่ากับ 0.99 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้จำนวน 50 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กรณีผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงกระจายอยู่ในหลายตำบลของอำเภอราษีไศล สามารถใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดตำบลเป็นชั้นภูมิ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของพื้นที่ ดังนี้

ขั้นที่ 1 รวบรวมจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในแต่ละตำบลของอำเภอราษีไศล และจัดทำกรอบรายชื่อประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย

ขั้นที่ 2 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบลตามสัดส่วนของจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในแต่ละตำบลเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ดูแลทั้งหมดในอำเภอราษีไศล (Proportional Allocation)

ขั้นที่ 3 สุ่มรายชื่อผู้ดูแลจากแต่ละตำบลตามจำนวนที่คำนวณได้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ขั้นที่ 4 จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ติดต่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2. มีประสบการณ์หรือปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า1ปี

3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

4. สามารถสื่อสาร อ่าน ฟัง และเข้าใจภาษาไทย และสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้

5. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพการติดตาม และการประเมินผลได้

6. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ย้ายออกจากพื้นที่อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ในระหว่างดำเนินการวิจัย

2. ยุติบทบาทหรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุรายที่รับผิดชอบได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

3. มีภาวะเจ็บป่วยหรือเหตุจำเป็นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดได้

4. ขอถอนตัวออกจากการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิหรือบริการสุขภาพที่พึงได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลทางประชากร เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูล ลักษณะประชากร ของประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบ แบบสอบถามความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง แบบสอบถามทักษะและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแล และการประเมินผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม(Focus Group) โดยมีรายละเอียดดังนี้

การรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเป็นทั้งข้อมูล เชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร ในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนามโดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น ด้วยวิธีการคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของชุมชน และการสังเกต (Direct Observation) เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทุกขั้นตอนในระยะของการวิจัย ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม[12]

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descript Statistic) ได้แก่ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Un-adjusted mean difference) และช่วงเชื่อมั่น 95%

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ หลังจากผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วสรางแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ตามโครงสร้างของการวิจัยแล้วนำเครื่องมือ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบคุณภาพพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้ได้ค่า Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-224 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2568 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

สรุปผลการวิจัย

1. บริบทและการประเมินสถานการณ์

ผลการศึกษาบริบทอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีประชากรทั้งหมด 49,667 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 13,532 คน คิดเป็นร้อยละ 27.25 ของประชากรทั้งหมด และพบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มจากร้อยละ 8.40 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 15.50 ในปี 2567 สะท้อนถึงแนวโน้มภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน พื้นที่มีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านหน่วยบริการ 14 แห่ง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุข รวมทั้งมีบริการพบแพทย์ทางไกล การติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม บทบาทของผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง

จากการศึกษาข้อมูลเชิงลึกร่วมกับภาคีเครือข่าย พบว่าการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังมีข้อจำกัดสำคัญ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบติดตามและให้คำปรึกษาเชิงรุกยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายมีระดับ ADL ลดลงและเปลี่ยนจากติดบ้านเป็นติดเตียง 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนยังจำกัด ประชาชนและผู้นำชุมชนยังรับรู้สถานการณ์และปัญหาไม่เพียงพอ 3) ผู้สูงอายุและครอบครัวยังมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ยั่งยืน เนื่องจากขาดแรงจูงใจและการติดตามอย่างต่อเนื่อง 5) การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นโครงการระยะสั้นและขาดกลไกบูรณาการระหว่างหน่วยบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน และ 6) ชุมชนยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาจึงชี้ให้เห็นว่า แม้อำเภอราษีไศลจะมีโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง และกลไกการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความครอบคลุม ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละราย

2. กระบวนการดำเนินงานสร้างรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

การพัฒนารูปแบบดำเนินการโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 50 คน ประกอบด้วยผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตัวแทนภาคประชาชน และภาควิชาการ ผ่านการประชุมระดมสมอง การคืนข้อมูล และการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน โดยยึดวิสัยทัศน์ของอำเภอราษีไศล “เมืองน่าอยู่ ผู้คนสุขภาพดี วิถีเศรษฐกิจพอเพียง” เป็นกรอบในการกำหนดแนวทางพัฒนา จากนั้นจัดตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อน จัดทำแผนปฏิบัติการและปฏิทินกิจกรรมร่วมกัน พร้อมกำกับติดตามผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กระบวนการพัฒนารูปแบบดำเนินตามวงจร PAOR ประกอบด้วย 1) Planning การวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงาน 2) Action การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและนำแนวทางการดูแลไปปฏิบัติ 3) Observation การติดตามผลการดำเนินงานและปัญหาที่เกิดขึ้น และ 4) Reflection การสะท้อนผลและถอดบทเรียนเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และภาคประชาชน และนำไปสู่การพัฒนา ราษีไศล CARE Model

รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ C: Capacity Building การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล A: Assessment and Individualized Care Plan การประเมินและวาง

แผนการดูแลรายบุคคล R: Responsive Support and Referral การสนับสนุน ติดตาม และส่งต่ออย่างเหมาะสม และ E: Empowerment, Environment and Evaluation การเสริมพลังครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบองค์ประกอบด้าน Capacity Building มุ่งพัฒนาความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแลผ่านการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงและการฝึกปฏิบัติ โดยจัดเป็น 6 ฐานการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพและ ADL 2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 3) การดูแลด้านอาหาร ยา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) การเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายและการส่งต่อ และ 6) การสื่อสาร การดูแลด้านจิตใจ และการเชื่อมโยงกับทีมสุขภาพ องค์ประกอบด้าน Assessment and Individualized Care Plan เน้นการประเมินภาวะสุขภาพ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ปัจจัยเสี่ยง สภาพแวดล้อม และศักยภาพของครอบครัว เพื่อนำไปจัดทำแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ขณะที่ Responsive Support and Referral มุ่งสร้างระบบติดตามและให้คำปรึกษาที่เชื่อมโยงผู้ดูแล อสม. Care Manager หน่วยบริการปฐมภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และโรงพยาบาล ผ่านการเยี่ยมบ้านและช่องทางสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและส่งต่อได้อย่างทันท่วงที ส่วน Empowerment, Environment and Evaluation มุ่งเสริมพลังครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การรับรู้สถานการณ์ การร่วมวางแผน การสนับสนุนทรัพยากร การติดตามและการประเมินผล โดยมีเป้าหมายให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน

กลไกสำคัญของ ราษีไศล CARE Model คือ การเชื่อมโยงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเข้ากับการดูแลรายบุคคลและระบบสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพ เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้น จะสามารถประเมินปัญหา ปฏิบัติตามแผนการดูแล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และประสานส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ช่วยคงหรือฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น ราษีไศล CARE Model จึงเป็นรูปแบบการดูแลเชิงระบบที่เชื่อมโยงระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยมีผู้ดูแลเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมการดูแลในชีวิตประจำวันกับทีมสุขภาพ และมีภาคีเครือข่ายเป็นพลังสนับสนุนให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ผลลัพธ์และการประเมินผล

ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบ จากแบบสัมภาษณ์และคำถามปลายเปิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่าง 50 คนแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 28.0 เพศหญิงร้อยละ 72.0 อายุเฉลี่ย 49.94 ปี (SD=10.01) อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 46.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเดือนละ 6,256.00บาท (SD= 3,193.63) ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรู้เกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้ทัศนคติเกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้เกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 0.97 คะแนน (95%CI=-0.99-(-0.95)) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ทัศนคติเกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 0.94 คะแนน

(95%CI=-0.97-(-0.91)) ผลต่างค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน (95% CI=-0.98-(-0.91)) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพิ่มขึ้น 0.97 คะแนน (95%CI=-0.99-(-0.95)) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรู้เกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้ทัศนคติเกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การเข้าถึงส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

และ การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและ

หลังการทดลอง(n=50)

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา Mean(S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความรู้เกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1.02(0.07)	1.99(0.03)	-0.97	-0.99-(-0.95)	-98.04	<0.001**
การรับรู้ทัศนคติเกี่ยวส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1.06(0.10)	2.00(0.01)	-0.94	-0.97-(-0.91)	-63.90	<0.001**
การเข้าถึงส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	1.04(0.08)	1.99 (0.04)	-0.95	-0.98-(-0.91)	-58.99	<0.001**
การได้รับข้อมูลข่าวสารการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	1.03(0.07)	2.00(0.01)	-0.97	-0.99-(-0.95)	-97.89	<0.001**

p-value= 0.001

การเปรียบเทียบข้อมูลด้านส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือด้านด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเพิ่มขึ้น 0.73 คะแนน ด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น 1.35 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น 0.58 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้น 1.24 ด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้น 0.38 ด้านการสูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้น 0.1 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม ค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้น13.90 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

รูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนา (n=50) Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา (n=50) Mean (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ด้านสุขภาพกาย	1.05(0.19)	1.79(0.03)	-0.73	-0.78-(-0.68)	-28.48	<0.001**
ด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	0.63(0.19)	1.99 (0.49)	-1.35	-1.41-(-1.29)	-48.83	<0.001**
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.42(0.49)	1.00(0.20)	-0.58	-0.72-(-0.43)	-8.22	<0.001**

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	0.72(0.25)	1.96(0.12)	-1.24	-1.32-(-1.16)	-31.99	<0.001**
ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.36(0.59)	1.74(0.44)	-0.38	-0.56-(-0.19)	-4.22	<0.001**
ด้านการสูบบุหรี่	1.68(0.65)	1.78(0.41)	-0.1	-0.18-(-0.01)	-2.33	<0.024
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	95.10(6.06)	109.00(5.81)	13.90	12.26-15.53	17.09	<0.001**

P-value =0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการติดตามและสะท้อนผลร่วมกัน ผลการศึกษาระยะแรกสะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในพื้นที่แม้จะมีโครงสร้างบริการสุขภาพรองรับอยู่แล้ว แต่กระบวนการดูแลยังขาดความชัดเจนและความต่อเนื่องในบางส่วน ผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมทั้งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาไม่สามารถมุ่งเฉพาะการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลควบคู่กับการจัดระบบสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาคืนแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและจัดกระบวนการระดมสมองเพื่อร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการค้นหาปัญหาร่วมกัน การพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแล การจัดบริการสุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึง การติดตามอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีและสื่อออนไลน์ในการให้ความรู้และคำปรึกษา ซึ่งแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่อง ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และการเชื่อมโยงบริการระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ตลอดจนสอดคล้องกับแนวโน้มการใช้สื่อและเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนา ราษีไศล CARE Model ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) C: Capacity Building การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ 2) A: Assessment and Individualized Care Plan การประเมินปัญหาและจัดทำแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย 3) R: Responsive Support and Referral การจัดระบบสนับสนุน การติดตาม และการส่งต่อที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และ 4) E: Empowerment, Environment and Evaluation การเสริมพลังครอบครัวและชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแล และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล การนำความรู้ไปใช้กับผู้สูงอายุรายบุคคล การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพไปจนถึงการสร้างความร่วมมือในระดับครอบครัวและชุมชน จึงทำให้รูปแบบดังกล่าวมีลักษณะเป็นระบบการดูแลมากกว่าการเป็นเพียงกิจกรรมอบรมระยะสั้น

ผลการประเมินหลังนำรูปแบบไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการดูแล การเข้าถึงบริการ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการพัฒนาผู้ดูแลด้วยกระบวนการที่เน้นทั้งความรู้ การฝึกปฏิบัติ การได้รับคำปรึกษา และการมีเครือข่ายสนับสนุนสามารถช่วยเพิ่มความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองดีขึ้นหลายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยรวม ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพบางประการในทิศทางที่เหมาะสม โดยความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลมิได้ส่งผลเฉพาะต่อตัวผู้ดูแล แต่สามารถถ่ายทอดไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลด้วย

ผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า การเสริมพลังให้ผู้ดูแลและเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลปัญหา การร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาในฐานะความรับผิดชอบร่วมกันของชุมชน มากกว่าจะมองว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวหรือบุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว กระบวนการนี้ช่วยสร้างทั้งความรู้ ความมั่นใจ แรงจูงใจ และความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความต่อเนื่องของการดูแล ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวุฒิพงศ์ ธนะขว้าง[14] และอรวรรณ แผนคง[15] ซึ่งพบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของอินทิรา เตตะสังข์[16] ซึ่งพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และพบว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจ การมีทีมที่ปรึกษา การใช้ช่องทางสื่อสารออนไลน์ การบูรณาการงบประมาณและทรัพยากร ตลอดจนการกำหนดเป็นนโยบายระดับพื้นที่ ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ ราษีไศล “CARE Model” โดยเฉพาะองค์ประกอบด้าน Responsive Support and Referral และ Empowerment ที่มุ่งเชื่อมโยงผู้ดูแลกับทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตรกร วนะรักษ์[17] และวัชรินทร์ ศรีสมโภชน์[18] ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ารูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์จริง และทำให้ผู้ดูแลและชุมชนตระหนักว่าปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นประเด็นที่ต้องร่วมกันแก้ไข รวมถึงการศึกษาของศตวรรษ ศรีพรหม[19] ซึ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยใช้ Wellness Plan เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการดูแลรายบุคคล และการศึกษาของสุปราณี บุญมี[20] ซึ่งพบว่าปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ผลการศึกษาทั้งหมดสนับสนุนแนวคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เกิดผลอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องเชื่อมโยงการดูแลรายบุคคลกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ[22,23]

อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถทำหน้าที่ได้มากกว่าการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน แต่สามารถ

ประเมินปัญหา วางแผนการดูแล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และประสานต่อกับทีมสุขภาพเมื่อพบปัญหาเกินศักยภาพของตนเอง แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎา เพชรสี่หมื่น[24] และภราดล จันทพรม[25] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้และพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สะท้อนว่าผู้ดูแลถือเป็นทรัพยากรบุคคลสำคัญของระบบการดูแลระยะยาว และการลงทุนพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้โดยตรง

มิติเชิงนโยบาย ราษีไศล “CARE Model” ยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580 โดยเฉพาะด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนทุกช่วงวัยให้มีคุณภาพและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาผู้ดูแลให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ในระดับครอบครัวและชุมชน ควบคู่ไปกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขณะเดียวกัน รูปแบบดังกล่าวยังสนับสนุนแนวคิดการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง การจัดบริการเชิงรุกการเยี่ยมบ้าน และการเชื่อมโยงผู้ดูแลกับทีมสุขภาพจึงช่วยนำบริการไปถึงผู้สูงอายุและลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสอดคล้องกับการศึกษาของNor Faiza[26] ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน และการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในการเชื่อมช่องว่างระหว่างรุ่นและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังทบทวนบทบาทของผู้กำหนดนโยบาย และผู้นำชุมชน เพื่อส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ครอบคลุมและเป็นมิตรกับผู้สูงอายุมากขึ้น

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีประสิทธิผลไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล แต่ควรประกอบด้วยการประเมินปัญหารายบุคคล การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแล การมีระบบสนับสนุนและส่งต่อที่ชัดเจน ตลอดจนการเสริมพลังครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ราษีไศล “CARE Model” จึงเป็นรูปแบบที่เชื่อมโยงการพัฒนาศักยภาพบุคคลกับการจัดระบบบริการและการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ทั้งผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ และภาคีเครือข่ายเกิดกลไกการทำงานร่วมกัน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในบริบทพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ประเมินความคงอยู่ของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล รวมถึงผลต่อ ADL ภาวะแทรกซ้อน อัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และภาระของผู้ดูแล เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เน้นการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินงาน จึงควรมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับต้นทุนและความคุ้มค่าของรูปแบบ โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการพัฒนาผู้ดูแล การเยี่ยมบ้าน และระบบติดตาม กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล การลดภาวะแทรกซ้อน และการลดระดับการพึ่งพิง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนรูปแบบอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Ageing: Global population. 2018.
2. United Nations, geing Societies - Social Development. 2015.
3. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. 2559.

4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานสถานการณ์โรค. 2561.
5. HDC, รายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ. 2024: Sisaket.
6. Kemmis, S., & McTaggart, R, Participatory Action Research. In Handbook of Qualitative Research. 2000: Thousand Oaks.
7. Green, L.W., & Kreuter, M.W. , Health Education Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View, 1999.
8. Gielen, A.C., McDonald, E. M., Gary, T. L., & Bone, L. R. , Using the precede-proceed model to apply health behavior theories. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 2008. 4: p. 407–433.
9. John M. Cohen, N.T.U., Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development, 1980. 8(3): p. 213-235.
10. Lockett, M., Popular Participation in Planning for Basic Needs. The China Quarterly, 1986. 107: p. 546–547.
11. ชุติภา แก้วลื้อ, ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเชียงเครือ ตำบลป่งไฮ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ. 2567.
12. Kumchan, J., Namyota, C., & Wongkongdech, A, The development of a model for promoting health behaviors in risk groups for diabetes prevention in the community, Na Dun Subdistrict, Na Dun District, Maha Sarakham Province. 2024. 13(1): p. 63-73.
13. ชรัญรักษ์ ปัญญามูลวงษา, การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 2022. 10(2): p. 223-238.
14. วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง, ประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ กลุ่ม ติดเตียง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 2021. 17(1): p. 64-75.
15. อรวรรณ แผนคง, ผลของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ สูงอายุ. Nursing Research and Innovation Journal, 2010. 16(1): p. 1-13.
16. ไพบูลย์ ตันคงจำรัสกุล, การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 2024. 10(04): p. 160-160.
17. Jittakorn Wanarak, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. Journal of Health Science of Thailand, 2021. 30(2): p. 285-294.
18. วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์, การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดเตียงโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดพัทลุง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 2026. 11(2): p. 15-27.
19. ศตวรรษ ศรีพรหม, การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 2023. 8(1): p. 378-391.
20. ณิสาชล นาคกุล, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลหลัก เขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 2021. 4(2): p. 27-39.
21. จิตติพร รัตนแก้ว, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังคีรี อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 2025. 3(2): p. 305-321.
22. สุปราณี บุญมี, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน, 2020. 5(04): p. 38-38.
23. อัมราภรณ์ ภู่ระย้า, การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 2026. 6(1): p. e279179-e279179.

24. ภาดล จันทพรม, การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 2024. 9(4): p. 727-737.
25. รัชฎา เพชรสี่หมื่น, ผลของการให้ความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้หลา. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 2025. 10(2): p. 85-95.
26. Tohit, N.F.M. and M. Haque, Preparing the younger generation for an aging society: Strategies, challenges, and opportunities. Cureus, 2024. 16(7).

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมด้วยการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): รูปแบบ A²S³HC Model

Development of a Participatory Model for Road Traffic Death Prevention Driven by the District Health Board (DHB): The A²S³HC Model

(Received: August 1, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ภูริชา พัชรธรภากุล[1] ศุลีมาศ ราชประโคน[2] มณีรัตณ พันธุ์นิน[3]
Phuricha Phacharathonphakul[1] Suleemart Rachprakho[2] Maneerat Pannin[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) บูรณาการร่วมกับกลไก พชอ. เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนเชิงพื้นที่ (Spatial-based Safety Intervention) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วินิจฉัยสถานการณ์ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ (2) พัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมผ่านกลไก พชอ. และ (3) ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวต่อความรู้ และพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย ดำเนินการด้วยรูปแบบวิธีวิจัยแบบผสมผสานต่อเนื่องหลายระยะ (sequential multiphase mixed-methods design) ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามวงจร Plan–Act–Observe–Reflect ของ Kemmis and McTaggart รวม 3 ระยะ ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2569 ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล Thai Road Safety Center (n = 407) ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติกแบบไม่ปรับตัวแปรร่วม โดยทีมวิจัย ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วม ดำเนินเวทีพัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการ ORID ร่วมกับภาคีเครือข่าย พชอ. ที่คัดเลือกแบบเจาะจง (n = 30) ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้ไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ ประเมินผลระดับชุมชนเชิงกระบวนการ (process evaluation) และประเมินผลระดับบุคคลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) ในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ประสบอุบัติเหตุหรือฝ่าฝืนกฎจราจรในพื้นที่ศึกษา คัดเลือกแบบเจาะจง (n = 41)

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า บทบาทของผู้ประสบอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ขับขี่มีโอกาสเสียชีวิตต่ำกว่าผู้โดยสารอย่างชัดเจน (crude OR = 0.21; 95% CI = 0.09–0.51; p < .001) ขณะที่เพศ ช่วงเวลาเกิดเหตุ และการสวมหมวกนิรภัย/เข็มขัดนิรภัยไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์นี้ ข้อมูลเชิงพรรณนาและความสัมพันธ์ดังกล่าวถูกนำไปพัฒนารูปแบบ A²S³HC ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (Analysis+Agreement, Spot Improvement+Signage+Social Measures, Helmet Campaign, Checkpoint) ระยะที่ 3 จัดการจุดเสี่ยง 6 จุด จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังชุมชน และดำเนินโปรแกรมระดับบุคคล คะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรเพิ่มขึ้น 4.29 คะแนน (95% CI = 3.54–4.84; p < .001; Hedges' g = 2.01 [1.48, 2.54]) และพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยดีขึ้น 1.02 คะแนน (95% CI = 0.95–1.09; t = 29.007; p < .001)

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, อุบัติเหตุทางถนน, รูปแบบ A²S³HC, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, หมวกนิรภัย

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop a spatial-based safety intervention in Chaloem Phra Kiat District, Buriram Province, to (2) develop a participatory model for road-traffic death prevention through the DHB mechanism; and (3) evaluate a pilot implementation of the resulting model on knowledge and safe-riding behavior. A sequential multiphase mixed-methods design was applied within a

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์
[3] โรงพยาบาลลำปลายมาศ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

three-phase participatory action research (PAR) cycle following Kemmis and McTaggart's Plan–Act–Observe–Reflect framework, conducted between 2023 and 2026. Phase 1, a retrospective descriptive study, analyzed secondary data from the Thai Road Safety Center database (n = 407) using descriptive statistics and univariable logistic regression conducted by the research team. Phase 2, a participatory qualitative design, convened a model-development forum using the ORID process with purposively selected DHB network members (n = 30). Phase 3 implemented the resulting model's four components across the study area, evaluated at the community level through process evaluation and at the individual level through a one-group pretest-posttest quasi-experimental design among purposively selected motorcyclists involved in a crash or a traffic-law violation in the study site (n = 41).

Univariable analysis showed that victim role was significantly associated with death: drivers had substantially lower odds of death than passengers (crude OR = 0.21; 95% CI = 0.09–0.51; p < .001), whereas sex, time of crash, and helmet/seatbelt use were not significantly associated with death in this analysis. These descriptive and univariable findings informed the A²S³HC model, comprising four components: Analysis and Agreement, Spot Improvement/Signage/Social Measures, Helmet Campaign, and Checkpoint. In Phase 3, six high-risk points were addressed, a community surveillance network was established, and the individual-level program raised traffic-law knowledge scores by 4.29 points (95% CI = 3.54–4.84; p < .001; Hedges' g = 2.01 [1.48, 2.54]) and improved safe-riding behavior scores by 1.02 points (95% CI = 0.95–1.09; t = 29.007; p < .001).

Keywords: participatory action research; road traffic accident; A²S³HC model; district health board; helmet use

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นวิกฤตสาธารณสุขเรื้อรังของประเทศไทย แม้ภาครัฐจะมีการพัฒนานโยบายและมาตรการระดับชาติอย่างต่อเนื่อง ทว่าประเทศไทยยังคงมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับที่ 37 ของโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประชากรไทย[1] ช่องว่างสำคัญของนโยบายจากส่วนกลางคือการไม่สามารถทลายกำแพงพฤติกรรมเสี่ยงที่ฝังรากลึกในระดับชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก สะท้อนจากสถิติช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2565 ที่พบว่าผู้เสียชีวิตเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์สูงถึงร้อยละ 84.30 และมากกว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มนี้ (ร้อยละ 75.60) ไม่สวมหมวกนิรภัย[2] ตัวเลขดังกล่าวยืนยันว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองขั้นพื้นฐานในระดับพื้นที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงอย่างเป็นรูปธรรม ความท้าทายในการควบคุมอุบัติเหตุทางถนนทวีความซับซ้อนยิ่งขึ้นในบริบทพื้นที่กึ่งชนบทกึ่งเกษตรกรรม ซึ่งมีการพึ่งพารถจักรยานยนต์ในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างชัดเจน ปรากฏการณ์นี้เห็นได้ชัดในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 40.89 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้บาดเจ็บสะสมกว่า 165,153 ราย ในช่วง พ.ศ. 2566–2568[3] โดยเฉพาะในจังหวัดบุรีรัมย์ พบสัดส่วนผู้ประสบอุบัติเหตุที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์สูงถึงร้อยละ 93.45 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับเขตเกือบสองเท่า (ร้อยละ 58.54) ประกอบกับจำนวนผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 260 ราย ใน พ.ศ. 2566 เป็น 307 ราย ใน พ.ศ. 2568[4] รูปแบบเชิงสถิตินี้ตอกย้ำว่า นโยบายหรือมาตรการแบบรวมศูนย์ที่ขาดความยืดหยุ่นยังไม่สามารถตอบโจทย์วิถีชีวิตของชุมชนที่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักได้อย่างแท้จริง ความย้อนแย้งเชิงโครงสร้างระหว่างการลดความถี่ของอุบัติเหตุกับการลดอัตราการเสียชีวิต ปรากฏชัดเจนยิ่งขึ้นในกรณีของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งเป็นพื้นที่สะท้อนภาพปัญหาของชุมชนชนบทได้อย่างครอบคลุม โดยในช่วง พ.ศ. 2566–2568 แม้จำนวนผู้บาดเจ็บในพื้นที่ลดลงอย่างมากถึงร้อยละ

63.00 (จาก 207 ราย เหลือ 77 ราย) อันเป็นผลจากการขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา แต่จำนวนผู้เสียชีวิตในพื้นที่กลับยังคงผันผวนอยู่ในระดับสูง (5, 14 และ 5 ราย ตามลำดับ)[5] ตัวเลขที่ขัดแย้งกันนี้ชี้ให้เห็นว่า กลไกที่มีอยู่เดิมสามารถลดความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุได้เพียงบางส่วน แต่ยังไม่สามารถบรรเทาความรุนแรงถึงชีวิตเมื่อเกิดเหตุขึ้นแล้ว ปรากฏการณ์ดังกล่าวนำไปสู่ข้อสันนิษฐานถึง **'ช่องว่างของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ' (Implementation Gap) ที่ยังจำเป็นต้องเพิ่มความจำเพาะเจาะจง** ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงเชิงพื้นที่ (Spatial Context) และบริบทพฤติกรรมเฉพาะถิ่นอย่างเป็นระบบ เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงพรรณนาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ[5] เกี่ยวกับผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ได้หักล้างแนวคิดเดิมที่มักมองว่าอุบัติเหตุร้ายแรงสัมพันธ์กับกิจกรรมบันเทิงยามค่ำคืนในเขตเมือง โดยข้อมูลกลับชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้ประสบเหตุหลักในพื้นที่ชนบทคือกลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 36–60 ปี ร้อยละ 37.10) และช่วงเวลาเกิดเหตุสูงสุดคือช่วงบ่าย (14.00–17.59 น. ร้อยละ 26.83) บนถนนภายในหมู่บ้าน (ร้อยละ 45.40) โดยมีปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่พบร่วมด้วยในสัดส่วนสูง ได้แก่ การไม่ใช้อุปกรณ์นิรภัย (ร้อยละ 78.90) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (ร้อยละ 36.40) ลักษณะดังกล่าวนำไปสู่สมมติฐานรูปแบบการเดินทางและวิถีชีวิตเฉพาะของชุมชนเกษตรกรรม (Consistent with Agricultural Commute Pattern Hypothesis) ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมเสี่ยงเชิงพื้นที่ได้อย่างถ่องแท้ ข้อมูลเชิงพฤติกรรมระดับบุคคลข้างต้นสอดคล้องกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ทำให้กลไก พชอ. ในช่วงที่ผ่านมายังไม่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตให้ต่ำลงได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะควบคุมความถี่ของอุบัติเหตุได้บางส่วน ข้อจำกัดนี้ประมวลได้เป็น 4 มิติที่เกี่ยวโยงกัน มิติแรกคือระดับบุคคล ซึ่งประชาชนในพื้นที่ยังขาดความตระหนักด้านความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม สะท้อนจากอัตราการสวมหมวกนิรภัยที่ยังต่ำ และพฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งการขับรถเร็วและ "การดื่มแล้วขับ" ตลอดจนค่านิยมที่ไม่ปลอดภัยอื่น ๆ เช่น การปล่อยให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 15 ปี ขับขี่รถจักรยานยนต์ และการโดยสารท้ายกระบะรถบรรทุก มิติที่สองคือการบังคับใช้กฎหมายที่ยังมีข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคนและเทคโนโลยี ทั้งที่มีข้อเสนอเชิงนโยบายให้เชื่อมโยงการไม่ชำระค่าปรับกับการต่อภาษีหรือใบอนุญาตขับรถ การตัดคะแนนใบอนุญาต และการใช้กล้อง CCTV ตรวจจับความเร็ว และการไม่สวมหมวกนิรภัย แต่กระบวนการแก้ไข กฎหมายเหล่านี้ยังต้องใช้ระยะเวลานาน มิติที่สามคือกลไกการดำเนินงานระดับพื้นที่ ซึ่งแม้จะมีศูนย์ปฏิบัติการความ ปลอดภัยทางถนนระดับตำบลเชื่อมโยงกับระดับอำเภอและ พชอ. แต่การประสานงานยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และมิติสุดท้ายคือนโยบายและกลไกการทำงานในภาพรวม ที่ พชอ. เองมีข้อจำกัดเมื่อขาดการเชื่อมโยงกับเครือข่าย ระดับตำบลโดยตรง ประกอบกับหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุขจำนวนหนึ่งยังมองว่าอุบัติเหตุทางถนนเป็นภารกิจของฝ่ายสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว และนโยบายจากส่วนกลางยังไม่กระตุ้นให้ทุกภาคส่วนขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การกำกับติดตามขาดความต่อเนื่อง[5] ข้อค้นพบเชิงโครงสร้างทั้งสี่มิตินี้ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคล โดยเฉพาะการดื่มแล้วขับ เป็นปัจจัยที่ต้องได้รับการแก้ไขควบคู่กับมาตรการเชิงสิ่งแวดล้อม และการบังคับใช้กฎหมาย ไปพร้อมกัน มิใช่มาตรการใดมาตรการหนึ่งเพียงลำพัง และข้อจำกัดทั้งสี่มิตินี้ล้วนส่งผลให้ขาดความเป็นเจ้าของร่วม (shared ownership) ของคนในชุมชน และภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นเงื่อนไขจำเป็นของการสร้างมาตรการป้องกันที่ยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ตาม

แนวคิดของ[6] จึงถูกนำ มาใช้เป็นกรอบในการแก้ปัญหา เนื่องจากกระบวนการ PAR เน้นการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ จนถึงการสะท้อนผล เมื่อบูรณาการเข้ากับกลไกพหุภาคีของ พชอ. ที่ครอบคลุมฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม จึงเป็นโอกาสสำคัญในการแปลงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ไปสู่มาตรการระดับชุมชนที่ได้รับการยอมรับ และสามารถขับเคลื่อนได้อย่างยั่งยืน การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วินิจฉัยสถานการณ์และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ (2) พัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมผ่านกลไก พชอ. และ (3) ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวในพื้นที่จริง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) ที่บูรณาการเข้ากับกระบวน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ตามวงจร Plan–Act–Observe–Reflect (PAOR) ของ[6] โดยให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมตลอดกระบวนการพัฒนารูปแบบ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ การออกแบบ และวางแผนกิจกรรม การนำไปปฏิบัติจริง จนถึงการติดตามประเมินผลเพื่อสะท้อนกลับในเชิงระเบียบวิธีการวิจัยนี้ใช้รูปแบบวิธีวิจัยแบบผสมผสานต่อเนื่องหลายระยะ (sequential multiphase mixed-methods design)[7]ที่ผสานข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพต่อเนื่องกัน 3 ระยะตามวงจร PAOR ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลทุติยภูมิในระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากกระบวนการมีส่วนร่วมในระยะที่ 2 และข้อมูลเชิงปริมาณจากการทดลองใช้รูปแบบร่วมกับการประเมินผลเชิงกระบวนการในระยะที่ 3 ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ. 2566–2569

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยสถานการณ์ (Situation Diagnosis Phase)

เริ่มต้นระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังจากฐานข้อมูล (Retrospective registry-based study) ดำเนินการโดยทีมวิจัยฝ่ายเดียวโดยไม่มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในขั้นตอนนี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล Thai Road Safety Center[8] ประชากร คือ ประชาชนที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนถูกต้องตามเกณฑ์คัดเข้าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 407 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติกตัวแปรเดียว (univariable logistic regression) กำหนดตัวแปรตามเป็นสถานะการเสียชีวิต (เสียชีวิต = 1, บาดเจ็บ = 0) นำเสนอผลด้วยค่าอัตราส่วนออดส์ปรับ (adjusted odds ratio: OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ผลการวินิจฉัยสถานการณ์และปัจจัยที่มีนัยสำคัญในระยะนี้ถูกนำเข้าสู่เวทีสะท้อนข้อมูลร่วมกับภาคีเครือข่ายในระยะที่ 2 เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการสังเคราะห์รูปแบบมาตรการ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Model Development Phase)

สำหรับระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วม (participatory qualitative design) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการกลุ่มแบบมีโครงสร้าง ORID (objective-reflective-interpretive-decisional) ผู้ให้ข้อมูลคือภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ให้ครอบคลุมผู้แทนหน่วยงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม กระบวนการ ORID ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้น Objective รวบรวมข้อมูลสถานการณ์

อุบัติเหตุจากระยะที่ 1 ร่วมกับข้อมูลบริบทพื้นที่ตามแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (2) ขั้น Reflective ประมวลสารสนเทศเพื่อสะท้อนปัญหาร่วมกันในเวที (3) ขั้น Interpretive วิเคราะห์สาเหตุในชุมชนโดยกรอบสามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ครอบคลุมพฤติกรรมส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม สภาพรถ และระบบการจัดการ และ (4) ขั้น Decisional จัดทำแผน ปฏิบัติการร่วมกัน ผลการสังเคราะห์จากกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนนี้เป็นที่มาของรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่มีองค์ประกอบและกิจกรรมเฉพาะของพื้นที่ ดังแสดงในภาพที่ 1 และตารางที่ 2 ซึ่งนำไปทดลองใช้ต่อในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปปฏิบัติและประเมินผล (Implementation and Evaluation Phase)

ในระยะที่ 3 เป็นการดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบทั้ง 4 ของรูปแบบ A^2S^3HC ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ครอบคลุมทั้งระดับชุมชนและระดับบุคคล การประเมินผลในระดับชุมชนเป็นการประเมินผลเชิงกระบวนการ (process evaluation) พิจารณาจากการดำเนินกิจกรรมจริงตามองค์ประกอบทั้ง 4 ในพื้นที่ ส่วนการประเมินผลในระดับบุคคลใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest quasi-experimental design) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กลุ่ม Test family: t-tests สถิติทดสอบ Means: Difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) = .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 27 ราย ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนร้อยละ 50 (13.5 ≈ 14 ราย) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 41 ราย คัดเลือกจากผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์หรือผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักในการสัญจรประจำวันในพื้นที่ศึกษา (อำเภอเฉลิมพระเกียรติ) ซึ่งถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง (population at risk) ต่ออุบัติเหตุทางถนนตามหลักระบาดวิทยา สอดคล้องกับข้อค้นพบในระยะที่ 1 ที่รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะหลักของผู้ประสบอุบัติเหตุในพื้นที่ (ร้อยละ 63.41) โดยไม่จำกัดเพศ คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ประสบอุบัติเหตุจราจรหรือฝ่าฝืนกฎจราจร อายุระหว่าง 18–60 ปี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีความผิดปกติหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว มึนงง พูดไม่ชัด กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง (self-regulation) ตามแนวคิดของ Bandura[9] ซึ่งเป็นตัวแปรจัดกระทำ (intervention) ของการวิจัยกึ่งทดลองนี้ ครบทั้ง 4 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทีมวิจัยเป็นผู้แจก และเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลระยะที่ 3 ระดับบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรก คือ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร จำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบ 0 คะแนน) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .88 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .89 ส่วนที่สองคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .98 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .89 วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองส่วน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และรายงานขนาดอิทธิพลของผลลัพธ์ด้วยค่า Hedges' g พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทั้งหมดด้วยโปรแกรม R

เวอร์ชัน 4.4.1[10] ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์สถิติแบบรหัสเปิด (open-source) ไม่มีค่าลิขสิทธิ์การใช้งาน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง BRO 2026-057 ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2569

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยสถานการณ์และระบุกลุ่มเสี่ยงหลักของอุบัติเหตุทางถนน

ข้อมูลภาพรวมของอำเภอเฉลิมพระเกียรติระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 ซึ่งครอบคลุมผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนทุกรายในพื้นที่ ทั้งที่บาดเจ็บ (407 ราย) และเสียชีวิต (24 ราย) รวม 431 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.76) กลุ่มอายุ 36–60 ปีพบมากที่สุด (ร้อยละ 37.10) รองลงมาคืออายุ 15–18 ปี (ร้อยละ 19.35) ยานพาหนะที่เกิดเหตุ ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 63.41) บนถนนในหมู่บ้าน (ร้อยละ 45.40) และมีปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมที่พบ ร่วมด้วยในสัดส่วนสูง ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัยหรือไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (ร้อยละ 78.9) และการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (ร้อยละ 36.4)[5] สัดส่วนการดื่มแล้วขับที่สูงถึงกว่าหนึ่งในสามของผู้ประสบอุบัติเหตุทั้งหมดเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำคัญที่ผู้วิจัยนำเข้าสู่กระบวนการระยะที่ 2 เพื่อออกแบบมาตรการทางสังคม "4 ห้าม 3 ต้อง" โดยกำหนดให้ "เมาไม่ขับ" เป็นหนึ่งในข้อห้ามหลักของมาตรการ แม้ระดับแอลกอฮอล์ และความเร็วจะไม่ได้ถูก บันทึกเป็นตัวแปรในฐานข้อมูล Thai Road Safety Center ที่ใช้วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกตัวแปรเดียวในลำดับถัดไปก็ตาม ซึ่งเป็น การบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง (Multi-source Data Integration) สำหรับการวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะ ผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูล Thai Road Safety Center[8] เฉพาะรายที่มี ข้อมูลครบถ้วนถูกต้องตามเกณฑ์คัดเข้า รวม 407 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต 24 ราย (ร้อยละ 5.89) กลุ่มตัวอย่างชุดนี้ เป็นเพศชายร้อยละ 80.34 (327 ราย) และเพศหญิงร้อยละ 19.66 (80 ราย) ซึ่งมีสัดส่วนเพศชายสูงกว่าภาพรวมระดับ อำเภอที่รวมทุกกรณี เนื่องจากฐานข้อมูล Thai RSC ที่ใช้วิเคราะห์เชิงสถิติได้คัดกรองเฉพาะรายที่มีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์ ซึ่งอาจมีองค์ประกอบของกลุ่มประชากรย่อยแตกต่างจากฐานข้อมูลเชิงพรรณนาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่นับรวมทุกกรณีในพื้นที่ รายละเอียดตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกตัวแปรเดียวแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariable Analysis) ตามลักษณะของข้อมูลจริงที่ปรากกฏในฐานข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยดำเนินการกำหนดตัวแปรตามเป็นสถานะการเสียชีวิต (เสียชีวิต =1 บาดเจ็บ =0) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละตัวแปรอิสระกับการเสียชีวิต นำเสนอด้วยค่าอัตราส่วนออดส์ดิบ (Crude Odds Ratio: cOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95%CI ซึ่งคำนวณด้วยวิธี Woolf บนสเกลลอการิทึม (Logarithmic Scale) ทั้งนี้ การวิเคราะห์ในระยะนี้เน้นการคัดกรองและวินิจฉัยสถานการณ์เบื้องต้น เนื่องจากข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูลระดับรายบุคคลที่จำเป็นสำหรับการปรับควบคุมตัวแปรร่วมหลายตัวแปรพร้อมกัน (Multivariable Adjustment) อย่างไรก็ตาม ผลการวินิจฉัยสถานการณ์และปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่พบในระยะนี้ ได้ถูกนำเข้าสู่เวทีคืนข้อมูลและสะท้อนคิดร่วมกับภาคีเครือข่ายในระยะที่ 2 เพื่อใช้เป็นฐานสารสนเทศเชิงประจักษ์ (Empirical Evidence) สำหรับการสังเคราะห์และออกแบบรูปแบบมาตรการให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ต่อไป

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน (n = 407)

ตัวแปร	รวม n (%)	รอดชีวิต n (%)	เสียชีวิต n (%)	Crude OR (95% CI)	p-value
เพศ					
หญิง	80 (19.66)	76 (95.00)	4 (5.00)	1.00	.705
ชาย	327 (80.34)	307 (93.88)	20 (6.12)	1.24 (0.41–3.73)	
ช่วงเวลา					
กลางคืน (18:00–05:59 น.)	107 (26.29)	102 (95.33)	5 (4.67)	1.00	.705
กลางวัน (06:00–17:59 น.)	300 (73.71)	281 (93.67)	19 (6.33)	1.38 (0.50–3.79)	
สถานะผู้ประสบเหตุทางถนน					
ผู้โดยสาร	52 (12.78)	43 (82.69)	9 (17.31)	1.00	< .001
ผู้ขับขี่	355 (87.22)	340 (95.77)	15 (4.23)	0.21 (0.09–0.51)	
การใช้อุปกรณ์ป้องกัน					
สวมหมวก/คาดเข็มขัด	47 (11.55)	43 (91.49)	4 (8.51)	1.00	.422
ไม่สวม/ไม่คาด	360 (88.45)	340 (94.44)	20 (5.56)	0.63 (0.21–1.94)	

หมายเหตุ. OR = Odds Ratio; OR = Adjusted Odds Ratio; CI = Confidence Interval

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ A^2S^3HC โดยกระบวนการมีส่วนร่วม

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลผ่านเวทีสะท้อนความคิดเห็นกระบวนการ ORID ร่วมกับภาคีเครือข่าย พชอ. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จำนวน 30 คน นำไปสู่การชี้เป้าจุดเสี่ยงเชิงพื้นที่ (Micro-geographic Risk Profiling) รวม 6 จุด ซึ่งจำแนกเป็นบริเวณทางแยกและทางโค้งที่มีทัศนวิสัยจำกัด นำไปสู่การดำเนินมาตรการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Environmental and Choice Architecture Nudges) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านการปรับปรุงทัศนวิสัยและการติดตั้งป้ายเตือนเชิงสัญลักษณ์ นอกจากนี้ ผลการระดมความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายได้ถูกสังเคราะห์เข้าด้วยกันจนเกิดเป็น **รูปแบบการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนน** A^2S^3HC ซึ่งครอบคลุม 4 องค์ประกอบหลัก และ 7 กิจกรรมย่อยเชิงปฏิบัติการ (ดังภาพที่ 1) ดังนี้

(1) A^2 = Analysis and Agreement — การวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย และการสร้างข้อตกลงร่วม (Community Agreement) ให้ทุกภาคส่วนยึดถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

(2) S^3 = Spot Improvement, Signage, Social Measures — การสำรวจและปรับปรุงจุดเสี่ยงอย่างน้อยหมู่บ้านละ 2 จุด การติดตั้งป้ายเตือนบริเวณจุดเสี่ยง และการกำหนดมาตรการทางสังคม "4 ห้าม 3 ต้อง" สำหรับผู้ฝ่าฝืน ได้แก่ ห้ามขับเร็วเกินกฎหมาย เมาไม่ขับ โทรไม่ขับ ง่วงไม่ขับ ต้องสวมหมวกนิรภัย ต้องคาดเข็มขัดนิรภัย และต้องมีใบอนุญาตขับขี่

(3) H = Helmet Campaign — การรณรงค์สวมหมวกนิรภัยอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในช่วงเทศกาลและตามปฏิทินชุมชน

(4) C = Checkpoint — การจัดตั้งด่านชุมชนโดยแกนนำและอาสาสมัครในพื้นที่เพื่อสกัดกั้นพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เมาแล้วขับและไม่สวมหมวกนิรภัย

ตารางที่ 2 องค์ประกอบ กิจกรรม และผู้รับผิดชอบของรูปแบบ A^2S^3HC

กิจกรรม	บทบาทผู้รับผิดชอบ
A^2 = Analysis and Agreement	
1. วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย	ภาคีเครือข่าย พชอ.
2. สร้างข้อตกลงร่วม (Community Agreement)	ภาคีเครือข่าย พชอ. และผู้นำชุมชน
S^3 = Spot Improvement, Signage, Social Measures	
3. สำรวจและปรับปรุงจุดเสี่ยงอย่างน้อยหมู่บ้านละ 2 จุด	หน่วยงานท้องถิ่นและแกนนำชุมชน
4. ติดตั้งป้ายเตือนบริเวณจุดเสี่ยง	หน่วยงานท้องถิ่น
5. กำหนดมาตรการทางสังคม "4 ห้าม 3 ต้อง"	แกนนำชุมชนและอาสาสมัคร
H = Helmet Campaign	
6. รณรงค์สวมหมวกนิรภัยต่อเนื่องตามช่วงเทศกาลและปฏิทินชุมชน	ภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุขและอาสาสมัคร
C = Checkpoint	
7. จัดตั้งด่านชุมชนโดยแกนนำและอาสาสมัครในพื้นที่	แกนนำชุมชนและอาสาสมัคร

ระยะที่ 3 ผลการนำ A^2S^3HC Model ไปดำเนินการและประเมินผล

ภาคีเครือข่าย พชอ. ได้ขับเคลื่อนกิจกรรมการแทรกแซงตามองค์ประกอบทั้ง 4 ของรูปแบบ A^2S^3HC ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานทั้งในระดับชุมชนและระดับบุคคลอย่างเป็นระบบ ในมิติการเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับชุมชนภายใต้องค์ประกอบ C (Checkpoint) ได้มีการพัฒนาเครือข่ายเฝ้าระวังผ่านแอปพลิเคชัน Line Group ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ควบคู่กับการตั้งด่านชุมชนโดยจิตอาสา และการเชื่อมโยงระบบรายงานข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งตามหลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ขณะเดียวกัน องค์ประกอบ H (Helmet Campaign) และ S^3 ด้านมาตรการทางสังคม ได้ถูกขับเคลื่อนผ่านการรณรงค์ “4 ห้าม 3 ต้อง” ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ วันเข้าพรรษา และประเพณีฮีตสิบสองครองสิบสี่ สำหรับองค์ประกอบ S^3 ในส่วนการจัดการสิ่งแวดล้อมและป้ายเตือน ได้ดำเนินการชี้เป้าจุดเสี่ยงเชิงพื้นที่ (Micro-geographic Risk Profiling) รวม 6 จุด ซึ่งจำแนกเป็นบริเวณทางแยกและทางโค้งทัศนวิสัยจำกัด โดยชุมชนได้ร่วมมือกันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมผ่านการตัดแต่งกิ่งไม้ที่บดบังทัศนวิสัยและการจัดวางโครงสร้างการตัดสินใจ (Choice Architecture Nudges) ด้วยการติดตั้งป้ายเตือนเชิงสัญลักษณ์ สะท้อนจากข้อสังเกตของแกนนำชุมชนท่านหนึ่งที่ระบุว่า “ในการจัดการจุดเสี่ยงที่เป็นทางโค้ง การติดป้ายทางโค้งและป้ายเตือนทำให้ผู้ใช้รถมีความระมัดระวังและลดความเร็วในชุมชน” ในส่วนการดำเนินงานระดับบุคคล ได้นำกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีประวัติประสบอุบัติเหตุหรือฝ่าฝืนกฎจราจร จำนวน 41 ราย เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองตามแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura[9] รวม 4 ครั้งต่อเนื่องในระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.29) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.34) มีประสบการณ์การขับขี่ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 56.10) มีใบอนุญาตขับขี่ (ร้อยละ 58.54) และมีพฤติการณ์เกิดอุบัติเหตุในอดีตส่วนใหญ่เป็นการสไลด์ล้ม เองบริเวณทางโค้ง (ร้อยละ 70.73) รองลงมาเป็นการขับรถตัดหน้าหรือขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด (ร้อยละ 29.27) ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์ของโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรของกลุ่มเป้าหมายภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 15.92$, $SD = 1.33$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 11.73$, $SD = 1.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลต่าง

คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.29 คะแนน (95% CI = 3.54–4.84; t(40) = 13.090; p < .001) และมีขนาดอิทธิพลของโปรแกรมอยู่ในระดับใหญ่มาก Hedges' g = 2.01; 95% CI = 1.48–2.54 ในทำนองเดียวกัน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M = 2.84, SD = 1.02) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M = 1.82, SD = 0.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.02 คะแนน คะแนน (95% CI = 0.95–1.09; t(40) = 29.007; p < .001) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการส่งเสริมความตระหนักและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนนระดับบุคคลอย่างเป็นรูปธรรม ดังแสดงรายละเอียดในภาพที่ 2 และตารางที่ 3



ภาพที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร (แผงบน) และพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ (แผงล่าง) ก่อนและหลังโปรแกรม (n = 41) พร้อม error bars แสดง 95% CI ของค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเอง (n = 41)

ผลลัพธ์	ก่อนโปรแกรม M (SD)	หลังโปรแกรม M (SD)	Δ [95% CI]	t	Hedges' g [95% CI]	การแปลผล
คะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร (17 ข้อ)	11.73 (1.34)	15.92 (1.33)	4.29 [3.54, 4.84]	13.090 **	**2.01 [1.48, 2.54]**	ขนาดใหญ่มาก
พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ (20 ข้อ)	1.82 (0.16)	2.84 (1.02)	1.02 [0.95, 1.09]	29.007 **	**4.44 [3.44, 5.45]**	ขนาดใหญ่มาก

*หมายเหตุ M = ค่าเฉลี่ย; SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน; Δ = ความแตกต่างเฉลี่ยหลังลบก่อน; CI = ช่วงความเชื่อมั่น 95%; t = ค่าสถิติ paired t-test (df = 40) ** p < .001. ขนาดอิทธิพล (Hedges' g) คำนวณจาก dz × J เพื่อแก้ไขความเอนเอียงจากขนาด ตัวอย่างเล็ก[11] โดย dz = t/√n; J = 1 − 3/(4n − 5) = 0.981; ความรู้: dz = 13.090/√41 = 2.044, g = 2.044 × 0.981 = 2.01; พฤติกรรม: dz = 29.007/√41 = 4.530, g = 4.530 × 0.981 = 4.44 95% CI ของ Hedges' g คำนวณจาก SE(g) = √(1/n + g²/2n); ความรู้ SE(g) = 0.271, CI = [1.48, 2.54]; พฤติกรรม SE(g) = 0.515, CI = [3.44, 5.45]*

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยสถานการณ์ และระบุกลุ่มเสี่ยงหลัก

การศึกษานี้ใช้วิธีการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่ง (Multi-source Data Integration) โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับชาติ (Thai Road Crash Information System: Thai RCS) ร่วมกับบันทึกการเกิดเหตุในระดับพื้นที่ (Local Records) การผสานฐานข้อมูลดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาการรายงานต่ำกว่าจริง (Underreporting Bias) ตลอดจนเป็นการเพิ่มความครอบคลุมของตัวแปรเชิงพื้นที่และพฤติกรรมในระดับจุลภาค (Micro-level Spatial and Behavioral Context) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของฐานข้อมูลทุติยภูมิเดี่ยว ทำให้การคำนวณภาระการบาดเจ็บและเสียชีวิต (True Burden of Road Traffic Injuries) มีความแม่นยำและสะท้อนสถานการณ์จริงในพื้นที่ได้สมบูรณ์ที่สุด โดยผลการวินิจฉัยสถานการณ์พบอัตราเสียชีวิตสูงถึง 5.89 ต่อผู้ประสบอุบัติเหตุ 100 ราย (ตารางที่ 1) ซึ่งสะท้อนความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่อำเภอขนาดเล็กที่ข้อมูลการบาดเจ็บระดับ จังหวัดอาจบดบังไว้ สอดคล้องกับหลักการวินิจฉัยชุมชนที่เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลระดับพื้นที่[12] ในมิติประชากรศาสตร์ ผู้ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ[13] ที่พบว่าเพศชายเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเนื่องจากเป็นวัยที่มีกิจกรรมทางสังคมและการทำงานนอกบ้านมากกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับพรรณี สุรินทชัย[14] ที่รายงานลักษณะประชากรของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในทิศทางเดียวกัน แม้ช่วงเวลาเกิดเหตุจะไม่พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ($cOR_{ช่วงกลางวัน}$ CI -- p) แต่ข้อมูลเชิงพรรณนาชี้ให้เห็นว่า ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ -- น.[5] ซึ่งเป็นช่วงเลิกงานที่รวมความอ่อนล้าจากการทำงานและการบดบังของแสงแดดมุมต่ำที่ลดทัศนวิสัย รูปแบบเวลาเสี่ยงนี้มีความแตกต่างจากบริบทเมืองใน การศึกษาของ วัชรพงษ์ เรือนคำ และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน[15] ที่พบว่า อุบัติเหตุจักรยานยนต์ในภาพรวมเกิดมากที่สุดช่วง15.00–23.59 น. และหนาแน่นที่สุดช่วง 19.00–19.59 น. ความแตกต่างนี้สะท้อนลักษณะเฉพาะของชุมชนเกษตรกรรมที่พึ่งพาจักรยานยนต์ในการเดินทางกลับบ้านช่วงบ่าย ซึ่งมีรูปแบบความเสี่ยงแตกต่างจากชุมชนเมืองอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนผู้เสียชีวิตในกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด ข้อสังเกตเชิงพรรณนาข้างต้นจึงควรได้รับการยืนยันด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีอำนาจการทดสอบ (Statistical Power) สูงขึ้นในการศึกษาต่อไป

ในส่วนของบทบาทผู้ประสบอุบัติเหตุ พบว่าเป็นตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้โดยสารมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงกว่าผู้ขับขี่ประมาณ 4.8 เท่า ($cOR_{ผู้ขับขี่}$ CI -- p) สอดคล้องกับข้อเท็จจริงทางชีวกลศาสตร์ที่ผู้โดยสารนั่งด้านหลังมักรับแรงกระแทกโดยไม่มีกลไกควบคุมหรือการรับรู้เพื่อเตรียมรับการชน ประกอบกับลักษณะอุบัติเหตุส่วนใหญ่ในพื้นที่เป็นการล้มเอง หรือแฉลบโค้ง ซึ่งสอดคล้องกับ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา[16] ที่ศึกษาอุบัติเหตุจักรยานยนต์ในกลุ่มนักศึกษา และพบว่ารูปแบบการล้มหรือแฉลบเองเป็นสาเหตุหลัก

เช่นกัน ในทางตรงกันข้าม การสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยไม่พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ($cOR_{ไม่สวม/ไม่คาด}$ CI -- p) และทิศทางของค่าประมาณยังบ่งชี้ไปในทาง "ป้องกัน" อย่างผิดเผิน ซึ่งขัดแย้งกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นสากลว่าการสวมหมวกนิรภัยช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิต และการบาดเจ็บ ที่ศีรษะได้อย่างชัดเจน[17] ข้อค้นพบที่ขัดแย้งนี้สะท้อนถึงอคติ และข้อจำกัดของการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariable Analysis) ที่ยังไม่ได้ควบคุมตัวแปรร่วมสำคัญ (Confounders) เช่น ความเร็วขณะเกิดเหตุ ระดับแอลกอฮอล์ และลักษณะการชน ซึ่งตัวแปรเหล่านี้น่าจะมีอิทธิพลร่วมทั้งต่อพฤติกรรมความปลอดภัย และความรุนแรงของการบาดเจ็บ ประกอบกับจำนวนผู้เสียชีวิตในกลุ่มที่สวมหมวกหรือคาดเข็มขัดมีเพียง 4 ราย ส่งผลให้ช่วงความเชื่อมั่นกว้าง และอำนาจการทดสอบทางสถิติต่ำ ผลการวิเคราะห์นี้จึงมิได้หมายความว่าการสวมหมวกนิรภัยไร้ประโยชน์ หากแต่ชี้ให้เห็นว่าการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (การวิเคราะห์แบบไม่ปรับตัวแปรร่วม)ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กยังไม่เพียงพอที่จะตรวจพบความสัมพันธ์ที่แท้จริง จึงเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขด้วยการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariable Analysis) ในชุดข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ขึ้นต่อไป อย่างไรก็ดี ในบริบทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) การวินิจฉัยสถานการณ์ในระยะเริ่มต้นนี้มิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สมบูรณ์แบบ หากแต่มุ่งเน้นการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในพื้นที่เป็นเครื่องมือชี้เป้ากลุ่มเป้าหมายและจุดเสี่ยงสำคัญ (Problem Identification) เพื่อนำไปสู่การออกแบบมาตรการแทรกแซงร่วมกับชุมชนในระยะถัดไปอย่างตรงจุด[6,18] ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยและการพัฒนาพัฒนาระบบข้อมูลในอนาคต จึงควรมีการบูรณาการฐานข้อมูลอุบัติเหตุแบบเชื่อมโยงหลายแหล่ง (Data Integration) ร่วมกับการจัดเก็บตัวแปรเชิงพฤติกรรม และข้อมูลเชิงพื้นที่ (Spatial-behavioral Data) อย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการทำนายความเสี่ยง และยกระดับมาตรการแทรกแซงให้มีความจำเพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ A^2S^3HC

รูปแบบ A^2S^3HC ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม[12] โดยขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ. มีจุดเด่นและข้อได้เปรียบเหนือมาตรการแบบสั่งการจากส่วนกลางอย่างชัดเจน เนื่องจากการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายและชุมชนในพื้นที่ก้าวเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกันและร่วมกำหนดแผนการดำเนินงานด้วยตนเอง ในมิติตรรกะการดำเนินงาน องค์ประกอบ A^2(Analysis & Agreement) มีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับแนวคิดวงจรกิจกรรมวิจัยของ Stringer[19] ที่เน้นย้ำกระบวนการ "Look–Think–Act" โดยพบว่าฉันทามติหรือข้อตกลงร่วม (Agreement) ในระดับพื้นที่ ถือเป็นเงื่อนไขความสำเร็จสำคัญที่ส่งผลให้มาตรการในองค์ประกอบ S^3, H, และ C มีความยั่งยืนในทางปฏิบัติ ยิ่งไปกว่านั้น การสำรวจ และชี้เป้าจุดเสี่ยงเชิงพื้นที่ร่วมกับชุมชนจนสามารถระบุจุดเสี่ยงได้ทั้งหมด 6 จุด ถือเป็นเครื่องยืนยันว่ากระบวนการมีส่วนร่วมสามารถดึง "ภูมิปัญญาท้องถิ่น" (Local Knowledge) เข้ามาเติมเต็มช่องว่างที่ฐานข้อมูลทุติยภูมิในระดับอำเภอไม่สามารถระบุได้อย่างเจาะจง ขณะเดียวกัน การกำหนดมาตรการ "4 ห้าม 3 ต้อง" เป็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการใช้มาตรการทางสังคม (Social Measures) เพื่อสร้างและขับเคลื่อนบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) ทดแทนการพึ่งพาการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียว ซึ่งมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตในบริบทชุมชนชนบทอย่างแท้จริง

ข้อค้นพบจากการพัฒนารูปแบบดังกล่าวยังได้รับการสนับสนุนและสอดคล้องกับการทบทวน

วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Staton et al.[20] ซึ่งศึกษารูปแบบมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 18 การศึกษา ใน 11 ประเทศกลุ่มรายได้น้อยและปานกลาง โดยการศึกษารายงานว่า มาตรการเชิงกฎหมายที่บังคับใช้ร่วมกับมาตรการหลากหลายมิติ (Multifaceted Approach) สามารถสร้างผลลัพธ์ในการลดอุบัติเหตุได้ดีกว่าการใช้มาตรการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ข้อสรุปนี้จึงช่วยยืนยันถึงความสมเหตุสมผลและความเหมาะสมของการออกแบบรูปแบบ A^2S^3HC ที่ได้บูรณาการทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล การจัดการจุดเสี่ยงเชิงกายภาพ มาตรการทางสังคม การรณรงค์สร้างความตระหนัก ตลอดจนการบังคับใช้กติกาผ่านด่านชุมชนเข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นระบบ แทนที่จะเลือกใช้เพียงมาตรการใดมาตรการหนึ่งอย่างโดดเดี่ยว

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ผลสัมฤทธิ์ระดับบุคคล และข้อจำกัดการวิจัย

ในมิติผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ผลการศึกษาในระยะที่ 3 ชี้ให้เห็นว่า กระบวนการวิจัยได้ส่งมอบผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่ ได้แก่ การจัดการจุดเสี่ยงจริงรวม 6 จุด การจัดตั้งเครือข่ายรายงานเหตุการณ์ระดับชุมชนผ่าน Line Group การดำเนินงานด่านชุมชนจริง ตลอดจนการขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์สวมหมวกนิรภัยครอบคลุม 4 เทศกาลสำคัญ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงจริงในชุมชน มากกว่าการวัดเพียงแบบทดสอบในห้องเรียน อันสอดคล้องกับหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามแนวคิดของ[6] ยิ่งไปกว่านั้น การผนวกการรณรงค์สวมหมวกนิรภัย (Helmet Campaign) เข้ากับกลไกด่านชุมชน (Checkpoint) โดยอาศัยแกนนำและจิตอาสาในพื้นที่ ยังมีความสอดคล้องกับประสบการณ์ระดับสากลของ Craft et al.[17] ภายใต้โครงการ Global Helmet Vaccine Initiative ในเวียดนาม กัมพูชา และอูกันดา ซึ่งพบว่า การบูรณาการหลากหลายกลยุทธ์เข้าด้วยกัน ทั้งการรณรงค์ที่มีเป้าหมายชัดเจน การเพิ่มการเข้าถึงหมวกนิรภัย การประชาสัมพันธ์ นโยบายระดับสถาบัน และการติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัยได้มีประสิทธิผลดีกว่าการดำเนินมาตรการเดียว โดยเฉพาะเมื่อมีการบังคับใช้กฎหมายควบคู่กันไป ในส่วนผลสัมฤทธิ์ระดับบุคคล การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร (ตารางที่ 3; Hedges' g = 2.01; 95% CI = 1.48–2.54) และพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย (Δ = 1.02; 95% CI = 0.95–1.09) ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมซึ่งออกแบบตามกระบวนการกำกับตนเองของ Bandura [9]ทั้งในมิติการสังเกตตนเอง (Self-observation) กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process) และการตอบสนองต่อตนเอง (Self-reaction) สามารถส่งผ่านความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง ข้อค้นพบด้านความรู้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กานต์พิชชา หนูบุญ [21]ซึ่งพบว่าโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มนักศึกษาสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผลด้านพฤติกรรม สอดรับกับงานวิจัยของ ฐิติมา แซ่แต้[22] ที่ระบุว่าโปรแกรมการกำกับตนเองสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม เป้าหมายได้ดีขึ้น เช่นเดียวกับ ภาฤดี พันธุ์พรม[23] ที่พบว่า การใช้วิดีทัศน์และตัวแบบบุคคลในชั้นกระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process) ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม การประเมินการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมด้วยแบบสอบถามรายงานตนเอง (Self-report) แม้จะเป็นเงื่อนไขจำเป็นในเบื้องต้น แต่อาจมีความเสี่ยงต่อความคลาด เคลื่อนจากอคติในการตอบให้ดูดี (Social Desirability Bias) และยังไม่สามารถยืนยันถึงเพียงพอของข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะรับประกันการลดลงของอุบัติเหตุจริงในพื้นที่ได้

อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย และการติดตามประเมินผลในระยะถัดไป จึงควรมีการบูรณาการตัวชี้วัดเชิงประจักษ์ (Objective Indicators) เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุ อัตราการบาดเจ็บ และอัตราการเสียชีวิตจริงในระดับพื้นที่ ร่วมกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมผ่านการสังเกตการณ์เชิงพื้นที่อย่างต่อเนื่องในระยะยาว (Longitudinal Observational Study) เพื่อใช้เป็นดรรชนีประเมินประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบโครงสร้าง A^2S^3HC อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

เครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ควรสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุและวินัยการจราจรในงานบุญ และงานประเพณีอย่างต่อเนื่อง พร้อมติดตามประเมินผลทุก 3 เดือน รวมทั้งเฝ้าระวังอุบัติเหตุจราจรบนถนนสายรองที่เชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้าน และนำรูปแบบ A^2S^3HC ไปประยุกต์ใช้ในสถานศึกษา พร้อมจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขนักเรียนด้านอุบัติเหตุในโรงเรียน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายระยะเวลาการวิจัยเพื่อติดตามความยั่งยืนของรูปแบบ A^2S^3HC ในระยะยาว และประเมินความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและวินัยจราจรในกลุ่มเยาวชนหรือกลุ่มวัยเรียนเพิ่มเติม งานวิจัยครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ (process outcome) เป็นหลัก การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบให้ติดตามผลลัพธ์ระดับพื้นที่โดยตรง ได้แก่ จำนวนครั้งของอุบัติเหตุและจำนวนผู้เสียชีวิตในอำเภอเฉลิมพระเกียรติภายหลังการใช้รูปแบบ A^2S^3HC เปรียบเทียบกับช่วงก่อนดำเนินการ เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบต่อผลลัพธ์สุขภาพขั้นสุดท้าย ไม่ใช่เพียงผลลัพธ์เชิงกระบวนการหรือความรู้/พฤติกรรมระดับบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อ.ดร.ชินกร สุจิมงคล ที่ได้อนุเคราะห์เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ เสียสละเวลา และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://data.go.th/dataset/rtddi
2. ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธิถนนปลอดภัย. ภาคี สสส. ถกสื่อถอดบทเรียนสงกรานต์แก้ปัญหา สูญเสียทุกปี [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.roadsafetythai.org/content_hotissue
3. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล [องค์การมหาชน]. ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากระบบบูรณาการข้อมูล การตายจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน) [อินเทอร์เน็ต]. data.go.th; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://data.go.th/dataset/rtddi
4. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดบุรีรัมย์ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://rsdbr.moph.go.th/Dashboard
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ; 2568.
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.

7. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2018.
8. บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai Road Safety Center เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thairsc.com/
9. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):248-87.
10. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [อินเทอร์เน็ต]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2024 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.R-project.org/
11. Hedges LV. Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. J Educ Stat. 1981;6(2):107-28.
12. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. Annu Rev Public Health. 1998;19:173-202.
13. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2561-2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://www.roadsafetythai.org/
14. พรรณี สุรินทชัย. การเกิดอุบัติเหตุจราจร และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในเขต อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา. 2567;1:3-14.
15. วัชรพงษ์ เรือนคำ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทย: มุมมองทางวิทยาการระบาด. วารสารมฉก. วิชาการ. 2562;23(1):146-60.
16. พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. นครราชสีมา: สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สำนักวิชา แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2565.
17. Craft G, Bui TV, Sidik M, Moore D, Ederer DJ, Parker EM, et al. A comprehensive approach to motorcycle-related head injury prevention: experiences from the field in Vietnam, Cambodia, and Uganda. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(12):1486.
18. Johnson AP. A short guide to action research. Boston: Allyn & Bacon; 2002.
19. Stringer ET. Action research. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014.
20. Staton C, Vissoci J, Gong E, Toomey N, Wafula R, Abdelgadir J, et al. Road traffic injury prevention initiatives: a systematic review and metasummary of effectiveness in low and middle income countries. PLoS One. 2016;11(1):e0144971.
21. กานต์พิชชา หนูบุญ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
22. ฐิติมา แซ่แต้. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพปอดของเด็กวัยเรียนโรคหืด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
23. ภาฤดี พันธุ์พรม. ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองต่อดัชนีมวลกายของ ประชาชนที่มีน้ำหนักเกินในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. Journal of Public Health Nursing. 2560;31(1):44-59.

การพัฒนาระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยาผ่านแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

Development of Mobile Epidemiological Alert System For Enhanced Community Disease Surveillance.

(Received: August 1, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ภูริชา พัชรธรภากุล[1] ปวีณ์ธิดา ไชยคำ[1] อมรพรรณ มาลัย[1] ปภัสสร โยวะกา[2]
Phuricha Phacharathonphakun[1] Paweethida Chaikham[1] Amornpan Malai[1] Papatson Yowaka[2]

.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และความต้องการของผู้ใช้งาน พัฒนาระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยาผ่านแอปพลิเคชันมือถือ และประเมิน ประสิทธิภาพ ความสามารถในการใช้งาน และความพึงพอใจของระบบต่อการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการตามแบบจำลอง ADDIE กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้นำด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 31 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบก่อน และหลังใช้ระบบ

ผลการวิจัย พบว่า สถานการณ์เดิมมีปัญหาความล่าช้าในการรายงาน และเฝ้าระวังโรคที่ไม่เป็นปัจจุบัน (Real-time) ผู้วิจัยจึงพัฒนาแอปพลิเคชัน “ทันโรค (Tan-Rok)” บนแพลตฟอร์ม LINE Official Account ซึ่งให้บริการแจ้งเตือน 4 ประเภท ได้แก่ การแจ้งเตือนก่อนฤดูฝน การแจ้งเตือนเมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่ การแจ้งเตือนเมื่อค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเกินเกณฑ์ (House Index > 10%) และการแจ้งเตือนกิจกรรมป้องกันโรค ตามหลัก 5ป. 1ข. 3เก็บ ผลการประเมินประสิทธิภาพ 4 ด้าน (ความถูกต้อง ความรวดเร็ว ความเสถียร และความสามารถในการใช้งาน) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.09, S.D. = 0.734) คะแนน System Usability Scale อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.707) และความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.12, S.D. = 0.783) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ข้อมูล และการแจ้งเตือนหลังใช้ระบบ ($\bar{X}$= 4.16, S.D. = 0.75) สูงกว่าก่อนใช้ระบบ ($\bar{X}$= 3.45, S.D. = 0.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001)

คำสำคัญ: ระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยา; แอปพลิเคชันมือถือ; โรคไข้เลือดออก; การเฝ้าระวังโรค; การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This Quasi Experimental Research aimed to explore user needs, develop a mobile application-based epidemiological alert system, and evaluate its efficiency, usability, and user satisfaction for enhancing community-level dengue fever surveillance in Roi Et Province. The ADDIE model guided two main cycles—R1D1 (analysis and design/development) and R2D2 (implementation and refinement). The sample comprised 31 community health leaders, village health volunteers, and public health officers, selected through simple random sampling. Data were collected using a questionnaire validated for content by three experts (IOC 0.50–1.00) with a Cronbach's alpha reliability of 0.953. Descriptive statistics and a paired t-test were used for analysis.

Results showed that the existing surveillance process suffered from delayed, non-real-time reporting. The researchers therefore developed the "Tan-Rok" application on the LINE Official Account platform, providing four alert types: pre-rainy-season alerts, new-case alerts, larval index alerts (House Index > 10%), and disease-prevention activity alerts based on the "5P-1K-3K" principle. The system's four-dimension efficiency (accuracy, speed, reliability, and usability) was rated at a high level ($\bar{X}$= 4.09, S.D. = 0.734); System

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกุลา อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์

Usability Scale scores were also high ($\bar{X}$= 4.23, S.D. = 0.707); and overall satisfaction was high ($\bar{X}$ = 4.12, S.D. = 0.783). Post-implementation scores for information awareness and alerting ($\bar{X}$= 4.16, S.D. = 0.75) were significantly higher than pre-implementation scores ($\bar{X}$ = 3.45, S.D. = 0.95; p < .001).
Keywords: epidemiological alert system; mobile application; dengue fever; disease surveillance; community participation

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว กระบวนการสื่อสารถือว่าเป็นหนึ่งในหัวใจที่สำคัญที่ช่วยบริหารจัดการภารกิจต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าประสงค์การทำงานแบบวิถีใหม่ (New Normal) จึงเกิดขึ้นในสังคมโลกปัจจุบัน เป็นแนวทางที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีคิด วิธีเรียนรู้ วิธีสื่อสาร วิธีปฏิบัติและการจัดการในรูปแบบใหม่เพื่อรับมือกับ สถานการณ์ปัจจุบัน[1] ได้กล่าวว่าการสื่อสารถือเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตของคน เมื่อเข้าสู่ยุคดิจิทัลการสื่อสารเปลี่ยนไปตามเทคโนลียีซึ่งทุกคนสามารถนำเสนอเรื่องราวผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งและผู้รับสารได้ตลอดเวลาซึ่งช่วยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทำได้ง่าย และรวดเร็วมากขึ้น โดยประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่เศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy) ที่นำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศหรืออินเทอร์เน็ตเข้ามาช่วยแก้ไข้ปัญหา และช่วยสนับสนุน การทำกิจกรรมทางเศรษฐกิจในทุกภาคส่วนส่งผลโดยตรงกับวิถีชีวิตของคนในสังคมยุคสมัยใหม่ที่จำเป็นต้องปรับตัวไปพร้อมกับเทคโนโลยีดิจิทัล[2] เทคโนโลยีสารสนเทศในยุค Digital การสื่อสารในงานสาธารณสุข การใช้แอปพลิเคชันมือถือในสาธารณสุข สังคมในยุคนี้เป็นสังคมยุคดิจิทัลที่สื่อ และเทคโนโลยีมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตโลก ถูกย่อให้เล็กลงด้วยเทคโนโลยีการติดต่อ สื่อสารการสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ เป็นได้อย่างสะดวก และรวดเร็วนั้นส่งผลต่อวิธีคิดตั้งแต่วัยเด็กจนถึงคนสูงวัยแล้วการอยู่อย่างคนร่วมสมัยในยุคดิจิทัลต้องมีการปรับตัวอย่างไรเพื่อให้มีประสิทธิภาพและเท่าทันเทคโนโลยีและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้นั้นต้องพัฒนาความรู้ และมีการคิดวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารและการแสดงความคิดเห็นต่างๆในโลกออนไลน์เพื่อนำมาสู่การใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องและเท่าทันสถานการณ์ต่อการเติบโตของสังคมโลกธุรกิจ และบริการออนไลน์ที่เปลี่ยนปลงตลอดจนรูปแบบการศึกษาที่เปลี่ยนเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตการบริการทางด้านสุขภาพทั้งจากภาคเอกชน และภาครัฐและการเพิ่มโอกาสด้านการประกอบอาชีพต่าง ๆ[3] ซึ่งหนึ่งในเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนา และมีแนวโน้มการใช้งานที่เพิ่มมากขึ้นคืออุปกรณ์สมาร์ทโฟน หรือโทรศัพท์มือถือ เนื่องจากมีความสะดวกในการใช้งานมีขนาดเล็กสามารถพกพาได้ง่ายมีประสิทธิภาพในการทำงานและสามารถช่วยให้การเข้าถึงข้อมูลและการติดต่อสื่อสารทำได้ง่ายขึ้นการรับข้อมูลข่าวสารมีความสะดวก รวดเร็ว มีบริการส่งข้อมูลแบบอัตโนมัติโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจึงทำให้หลายหน่วยงานไม่ว่าจะเป็น หน่วยงานภาครัฐและเอกชนเล็งเห็นความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ในด้านการโฆษณาประชาสัมพันธ์ แจ้งข้อมูลข่าวสารไปยังลูกค้าผู้บริโภคหรือกลุ่มเป้าหมายช่วยส่งเสริมการตลาด และเพิ่มมูลค่าทางธุรกิจ[4] แอปพลิเคชัน LINE ได้รับการยอมรับ และถูกใช้งานอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากสามารถส่งข้อมูลข่าวสารไปยังผู้ใช้งานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว อีกทั้งยังสามารถทำงานบนเครื่องโทรศัพท์มือถือซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ผู้คนใช้งานในชีวิตประจำวัน จึงทำให้การส่งข่าวสารหรือการแจ้งเตือนผ่านแอปพลิเคชัน LINE มีประสิทธิภาพสูง[5]

โรคไข้เลือดออก (Dengue Fever) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มียุงลาย (Aedes aegypti และ Aedes albopictus) เป็นพาหะนำโรค และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ.

2025) มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกมากกว่า 4 ล้านราย และเสียชีวิตมากกว่า 3,000 ราย จาก 97 ประเทศ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงกรกฎาคม[6] สำหรับประเทศไทย พบ การระบาดครั้งแรกใน ปี พ.ศ. 2501 และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปีที่มีการระบาดใหญ่จะพบผู้ป่วย มากกว่า 100,000 ราย[7] สถานการณ์ในจังหวัด ร้อยเอ็ดก็มีแนวโน้มเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วย สะสม 213 ราย (อัตราป่วย 16.65 ต่อแสนประชากร) และเพิ่มขึ้น เป็น 816 ราย (อัตราป่วย 63.80 ต่อแสน ประชากร) ในปี พ.ศ. 2568 (ข้อมูล ณ วันที่ 24 กันยายน 2568) โดยกลุ่มอายุที่มี ความเสี่ยงสูงเปลี่ยนจากกลุ่ม วัยเรียนไปสู่ กลุ่มวัยทำงาน (25–59 ปี) สะท้อนถึงการแพร่ระบาดที่ขยายวงกว้างขึ้นในพื้นที่ แม้หน่วยงาน สาธารณสุขในพื้นที่จะดำเนิน มาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง เช่น การรณรงค์ Big Cleaning Day การให้ความรู้แก่ประชาชน และการพ่นหมอกควัน กำจัดยุงลาย แต่จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยใน พื้นที่พบว่า การดำเนินงานยังคงพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหลัก ขณะที่ประชาชนมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย และระบบรายงาน สถานการณ์โรคจากพื้นที่ไปยังหน่วยงาน ระดับสูงยังเป็นระบบเอกสาร (Manual) ที่ล่าช้า ไม่สามารถแสดงผลแบบทันเหตุการณ์ (Real-time) ได้ ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญของการเฝ้าระวังโรคเชิงรุก ในยุคเศรษฐกิจดิจิทัล การสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ โดยเฉพาะแอปพลิเคชัน LINE ได้รับการยอมรับและใช้งานอย่างแพร่หลายในสังคมไทย เนื่องจากสามารถ ส่งข้อมูลข่าวสารได้ อย่างสะดวก รวดเร็ว และเข้าถึงประชาชนได้ในวงกว้างโดยไม่ต้องติดตั้งแอปพลิเคชันเพิ่มเติม[5] การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดังกล่าว ในงานเฝ้าระวังโรคจึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการลดช่องว่าง ด้านเวลา (Time Gap) ของระบบเดิม และส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคของตนเอง ผู้วิจัยจึงพัฒนาระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยาผ่านแอปพลิเคชันมือถือ บนแพลตฟอร์ม LINE Official Account เพื่อเพิ่มประสิทธิ ภาพการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด โดยคาดหวังว่าระบบที่พัฒนาขึ้น จะเป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ เชิงนโยบาย และยกระดับการเฝ้าระวังโรคของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ใช้งานเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคของ
ระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยาผ่านแอปพลิเคชันมือถือ
2. เพื่อพัฒนาระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยาผ่านแอปพลิเคชันมือถือสำหรับการเฝ้าระวังโรคในชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมของระบบแจ้งเตือนที่พัฒนาขึ้น
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้งานที่มีต่อระบบแจ้งเตือนที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง ADDIE (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation) ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยรวม 12 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้นำด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด ร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดด้วยโปรแกรม G*Power กำหนด Effect size ขนาดกลาง (d = 0.5) ระดับ

นัยสำคัญ (α) เท่ากับ 0.05 และ Power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 17 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนร้อยละ 50 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 31 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้นำด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีความผิดปกติหรือพิการที่ไม่ สามารถใช้งานโทรศัพท์มือถือได้ นอกจากนี้ในระยะการพัฒนาเครื่องมือได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ชุด คือ (1) แบบสอบถามก่อนมีระบบแจ้งเตือน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สถานการณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในปัจจุบัน ปัญหา และอุปสรรค ในการดำเนินงาน และความต้องการและความพร้อมต่อการใช้เทคโนโลยี และ (2) แบบสอบถามหลังมีระบบแจ้งเตือน ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประสิทธิภาพ 4 ด้าน (ความถูกต้อง ความรวดเร็ว ความเสถียร และความสามารถในการใช้งาน) กระบวนการทำงานตาม System Usability Scale (SUS) ความพึงพอใจ 5 ด้าน และข้อเสนอแนะปลายเปิด ข้อคำถามส่วนมาตร วัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ 5 ช่วงคะแนน[8]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุม และป้องกัน โรคไข้เลือดออก จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.50–1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มี คุณลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.953 สำหรับด้านการพัฒนาระบบ ต้นแบบ (Prototype) ผ่านการ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี และสาธารณสุข 5 ท่าน (เกณฑ์ผ่าน ≥ 3.51 จาก 5 ระดับ) และทดสอบการใช้งาน (Usability testing) กับผู้ใช้ 50 คน ด้วยวิธี Think-aloud protocol จนได้ Task success rate ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

ขั้นตอนการพัฒนาระบบ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ (Analysis) ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ใช้งานด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถาม ระยะที่ 2 การออกแบบระบบ (Design) กำหนดสถาปัตยกรรมระบบ 3 ชั้น (Presentation, Application, Data Layer) ออกแบบฐานข้อมูล 5 ตารางหลัก (Users, Alerts, Cases, Larval_Index, Villages) และออกแบบส่วนติดต่อผู้ใช้ (UI/UX) บนแพลตฟอร์ม LINE Official Account โดยคำนึงถึงผู้ใช้งานวัยกลางคนถึง สูงอายุ ระยะที่ 3 การพัฒนาระบบ (Development) พัฒนาส่วน Backend และ Frontend (LIFF Application) เชื่อมต่อกับ LINE Messaging API พร้อมทดสอบการทำงาน (Functional, Performance, Security และ Compatibility testing) ระยะที่ 4 การทดลองใช้ในพื้นที่ (Implementation) เปิดใช้งานระบบแบบค่อยเป็นค่อยไป (Soft launch) แล้วขยายสู่การใช้งานเต็ม รูปแบบ (Beta testing) เป็นระยะเวลา 2 เดือน และระยะที่ 5 การประเมินผลและปรับปรุง (Evaluation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิง ปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อสรุปผล และปรับปรุงระบบตามความจำเป็น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุประยะเวลา และผลผลิตหลัก

ระยะ	ชื่อระยะ	ระยะเวลา	ผลผลิตหลัก
1	Analysis (R1)	2 เดือน	System Requirements
2	Design (D1-1)	2 เดือน	System Design Document + Prototype
3	Development (D1-2)	3 เดือน	ระบบแจ้งเตือนพร้อมใช้งาน
4	Implementation (R2-1)	3 เดือน	ข้อมูลการใช้งานจริงก่อนและหลัง
5	Evaluation (R2-2 + D2)	2 เดือน	รายงานฉบับสมบูรณ์ + ระบบปรับปรุง

รวมระยะเวลาทั้งหมด: 12 เดือน (สิงหาคม 2568 – กันยายน 2569)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับประสิทธิภาพ ระดับความพึงพอใจ และคะแนน SUS และใช้สถิติอนุมาน Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้ระบบแจ้งเตือน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่รับรอง HE682026 ลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิ์ในการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างโดยความสมัครใจ ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลที่ สามารถระบุตัวบุคคลในแบบสอบถาม และข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพียงครั้งเดียวในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ใช้งาน

ผลการศึกษาก่อนพัฒนาระบบ พบว่า การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในพื้นที่มีปัญหาด้านความล่าช้าของการรายงานจาก พื้นที่สู่หน่วยงานระดับสูง ระบบเดิมเป็น การรายงานด้วยเอกสาร (Manual) ไม่สามารถแสดงผลแบบทันเหตุการณ์ ได้ ขาดความ ต่อเนื่องในการติดตาม และประชาชน มีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย ผู้ใช้งานสะท้อนความต้องการระบบที่ลดความซับซ้อนของขั้นตอน และสามารถแจ้งเตือนเหตุการณ์ สำคัญได้ทันที ผลการประเมินสถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงมาก โดยประเด็นปัญหา และอุปสรรคด้านการสื่อสารที่ล่าช้าจนส่งผลต่อการควบคุมโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.48, S.D. = 0.508) ขณะที่ความสม่ำเสมอ ของการรับข้อมูลผ่านช่องทางเดิม เช่น หอกระจายข่าว อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.10–2.45)

2. การพัฒนาระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยา “ทันโรค (Tan-Rok)”

ผู้วิจัยพัฒนาแอปพลิเคชันชื่อ “ทันโรค (Tan-Rok)” บนแพลตฟอร์ม LINE Official Account เพื่อให้ผู้ใช้งานเข้าถึง ได้ผ่านสมาร์ทโฟนที่ติดตั้ง LINE อยู่แล้วโดยไม่ต้องติดตั้งแอปพลิเคชันเพิ่มเติม ระบบให้บริการแจ้งเตือน 4 ประเภทหลัก ได้แก่ (1) การแจ้งเตือนก่อนเข้าสู่ฤดูฝน (2) การแจ้งเตือนเมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ (3) การแจ้งเตือนเมื่อค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเกินเกณฑ์ (House Index มากกว่าร้อยละ 10) และ (4) การแจ้งเตือนกิจกรรมป้องกันโรค พร้อมให้คำแนะนำการป้องกันตามหลัก 5ป. 1ข. 3 เก็บ (ปิด เปลี่ยน ปล่อย ปรับปรุง ปฏิบัติ / ขัด / 3 เก็บ) นอกจากนี้ระบบยังมีแดชบอร์ดแสดงข้อมูลสถานการณ์โรคแบบทันเหตุ การณ์ แผนที่พื้นที่เสี่ยง และแบบฟอร์มรายงานข้อมูลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ประสิทธิภาพและความเหมาะสมของระบบ

ผลการทดสอบระบบ พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 95 ความรวดเร็วในการส่งข้อความแจ้งเตือน (Speed) เฉลี่ยไม่เกิน 30 วินาที ความเสถียรของระบบ (Reliability) มี Uptime ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 99 และความสามารถในการใช้งาน (Usability) วัดด้วย System Usability Scale ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 70 จาก 100 คะแนน เมื่อประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลองใช้จริง พบว่าประสิทธิภาพ 4 ด้าน ของระบบในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.09, S.D. = 0.734) และกระบวนการทำงานตาม SUS อยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.707)

4. ความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้งานที่มีต่อระบบแจ้งเตือนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.12, S.D. = 0.783) โดยด้านที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อมูลที่ได้รับผ่านแอปพลิเคชันมีความถูกต้องและทันสมัย ($\bar{X}$= 4.19, S.D. = 0.749) รองลงมาคือ ความสามารถของแอปพลิเคชันในการช่วยรับรู้ข้อมูลการระบาดและแจ้งเตือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$= 4.16, S.D. = 0.688) และการใช้งานมีขั้นตอนง่าย ไม่ซับซ้อน ($\bar{X}$= 4.13, S.D. = 0.763) ตามลำดับ

5. การเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ข้อมูล และการแจ้งเตือนภายหลังการใช้ระบบ แอปพลิเคชัน ($\bar{X}$= 4.16, S.D. = 0.75) สูงกว่าก่อนการใช้ระบบ ($\bar{X}$= 3.45, S.D. = 0.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.71 (95% CI: 0.27–1.15) ดังตารางที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถ เพิ่มประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลและการแจ้งเตือนเหตุการณ์ได้ดีกว่าสภาพการดำเนินงานเดิม

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยยืนยันว่าปัญหาความล่าช้าของการสื่อสารเป็นข้อจำกัดสำคัญของระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกแบบเดิม สอดคล้องกับบริบทของโรคที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและแปรผันตามฤดูกาล การพัฒนาแอปพลิเคชัน “ทันโรค” บนแพลต ฟอร์ม LINE Official Account จึงตอบโจทย์พฤติกรรมผู้ใช้งานชาวไทยที่คุ้นเคยกับแอปพลิเคชันดังกล่าวอยู่แล้ว และช่วยเปลี่ยน รูปแบบการเฝ้าระวังจากเชิงรับ (Passive surveillance) ไปสู่การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance) ซึ่งสอด คล้องกับแนวคิด ของเยาวนารถ พันธุ์เพ็ง[5] ที่ศึกษา พบว่า การสื่อสารผ่านไลน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับมากต่อ ประสิทธิผลการทำงาน ผลการ ประเมินประสิทธิภาพ 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐพงษ์ สังข์สอน และคณะ[9] ที่กษา พบว่า แอปพลิเคชันสนับสนุนงานนำเข้าสินค้ามีประสิทธิภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่อง มาจากบริบทงาน และกลุ่ม ตัวอย่างที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนสูงสุด คือ ความสะดวกในการ สื่อสารข้อมูลต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านแอปพลิเคชัน สะท้อนว่าการออกแบบเครื่องมือที่ลดความยุ่งยากของขั้นตอนการรายงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ การรับรู้ข้อมูลภายหลังใช้ระบบสูงกว่าก่อนใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการเฝ้าระวัง โรคของภูริชา พัชรธรภากุล[10] ที่ศึกษาพบว่า ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีบทบาทสำคัญต่อ การวิเคราะห์สถานการณ์ และการประสาน งานแจ้งข่าวในขณะเดียวกัน แม้กลุ่มตัวอย่างจะเห็นความจำเป็นของเทคโนโลยี ในระดับสูง แต่ยังให้ความสำคัญกับความเสถียร ของระบบ และความปลอดภัยของข้อมูลไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความ สำเร็จของการนำนวัตกรรมดิจิทัลมาใช้ในงาน สาธารณสุขชุมชนไม่ได้ขึ้นอยู่กับความทันสมัยเพียงอย่างเดียว แต่

ต้องควบคู่ไปกับ ความน่าเชื่อถือของระบบ (System reliability) เพื่อสร้างความมั่นใจในการรายงาน และรับข้อมูลข่าวสารของผู้ใช้งานในระยะยาวซึ่งจากการศึกษายัง พบว่า การวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ ควรระบุไว้เพื่อการตีความผลอย่างรอบด้าน ได้แก่ (1) ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้าง เล็ก (n = 31) และเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจงในพื้นที่เดียว จึงควรระมัดระวังในการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น และ (2) การเก็บข้อมูลก่อน–หลังในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนด้านระยะเวลา และฤดูกาลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ได้ ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้การศึกษาในอนาคตพิจารณาขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง และออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการสรุปประสิทธิผลของระบบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรพิจารณานำระบบแจ้งเตือนทางระบาดวิทยาผ่านแอปพลิเคชันไปประยุกต์ใช้ในการ เฝ้าระวังโรคติดต่ออื่นนอกเหนือจากโรคไข้เลือดออก เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่

2. ควรส่งเสริมความรอบรู้ และทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับอันตรายของโรคไข้เลือดออกควบคู่กับการใช้งานระบบ เพื่อให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดโรคแล้ว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบให้รองรับการใช้งานหลายภาษา เพื่อรองรับความหลากหลายของผู้ใช้งานในพื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่ท่องเที่ยว

2. ควรนำระบบไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นนอกเหนือจากจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อประเมินความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกัน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

3. ควรต่อยอดข้อมูลที่ได้จากระบบสู่การพัฒนาแบบจำลองปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อพยากรณ์แนวโน้มการเกิดโรค ล่วงหน้าให้มีความแม่นยำยิ่งขึ้น

4. ควรศึกษาแนวทางการสร้างความยั่งยืนของการใช้งานในระดับครัวเรือน เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วม ของประชาชนทั่วไปยังอยู่ในระดับที่น้อยกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอ.ดร.ชินกร สุจิมงคล ที่ได้อนุเคราะห์เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายจรัญญู ทองอเนก ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลพร้อมแนวทางในการดำเนินงานการวิจัย รวมไปถึงผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วราพร ดำจับ. การสื่อสารในยุคดิจิทัล. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี. 2560;3(1).
2. ธานินทร์ อินทรวิเศษ, ธนวัตน์ พูลเขตนคร, ธนวัตน์ เจริญษา และคณะ. เทคโนโลยีและนวัตกรรมกับการจัดการเรียนการสอนในยุคดิจิทัล. วารสาร Veridian E-Journal Silpa Korn University สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 2562;12(6):478-94.
3. เสาวลักษณ์ พันธบุตร. อยู่อย่างคนร่วมสมัยในยุคดิจิทัล. วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม. 2560;5(2):161-7.
4. กรกฎ จำเนียร. การพัฒนาทักษะการใช้สมาร์ทโฟนเพื่อการผลิตงานข่าวของนักสื่อสารชุมชน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี. 2562;8(1):16-24.

5. เยาวนารถ พันธุ์เพ็ง. รูปแบบการสื่อสารผ่านไลน์กับประสิทธิผลการทำงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยเอกชนในสถานการณ์โควิด 19. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี. 2566;9(1).
6. World Health Organization. Dengue situation report, July 2025 [อินเทอร์เน็ต]. Geneva: World Health Organization; 2025 [เข้าถึงเมื่อ 11 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.who.int
7. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
9. ณัฐพงษ์ สังข์สอน และคณะ. การพัฒนาแอปพลิเคชันสมาร์ทโฟนสนับสนุนการดำเนินงานนำเข้าสินค้า กรณีศึกษา บริษัท ดี ดี 1971 จำกัด และเครือบริษัท. วารสารวิชาการ ศิลปะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2567;15(2).
10. ภูริชา พัชรธรภากุล. การบูรณาการการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ภายใต้การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสังสงยาง ตำบลสะอาดสมบูรณ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. การประชุมวิชาการวันหมออนามัยแห่งชาติ; วันที่ 13-14 กันยายน 2563; ปทุมธานี. ปทุมธานี: สมาคมหมออนามัย; 2563. หน้า 1-13.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน

A Systematic Literature Review of the Relationship Between Mental Health Literacy and E-cigarette Use Behavior Among Children and Youth.

(Received: September 29, 2026; Revised: September 30, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

กชนิภา ขวาวงษ์[1] ดวงดาว กะพิลา[2] ดนัย ศิริบุรี[3]
Kachinipa Khawawong[1] Duangdao Kapila[2] Danai Siriburi[3]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) และพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน วิเคราะห์กลไกความสัมพันธ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และช่องว่างของเครื่องมือประเมินในบริบทพฤติกรรมเสพติด รวมถึงเสนอแนะแนวทางเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและป้องกันพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ตามแนวทาง PRISMA 2020 ดำเนินการสืบค้นวรรณกรรมจากฐานข้อมูลสากล Scopus ในช่วงปี ค.ศ. 2016 จนถึงเดือนเมษายน ค.ศ. 2026 โดยใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต บุหรี่ไฟฟ้า และกลุ่มประชากรเยาวชน ผลการคัดเลือกวรรณกรรมตามเกณฑ์พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 39 ฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสังเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น (Thematic Synthesis) และการวิเคราะห์ทางบรรณมิติ (Bibliometric Analysis) โดยใช้โปรแกรม R-Bibliometrix

ผลการศึกษา : ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันทางปัญญาที่ส่งอิทธิพลเชิงลบโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยมีกลไกการเผชิญปัญหา (Coping Mechanism) เป็นตัวแปรคั่นกลางที่สำคัญ เยาวชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมีแนวโน้มใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นเครื่องมือจัดการความเครียดหรือ "กับดักการเยียวยาตนเอง" (Self-medication Trap) ผลการวิเคราะห์แผนภูมิวิวัฒนาการมโนทัศน์ยืนยันว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นประเด็นหลักขับเคลื่อน (Motor Themes) ที่เป็นศูนย์กลางในการอธิบายพฤติกรรมเสพติดในเยาวชนยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบความจำเป็นเร่งด่วนในการบูรณาการการเท่าทันสื่อดิจิทัลเพื่อป้องกันอิทธิพลจากการตลาดในสื่อสังคมออนไลน์

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, บุหรี่ไฟฟ้า, เด็กและเยาวชน, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Abstract

This study aims to review and synthesize knowledge regarding the relationship between mental health literacy (MHL) and e-cigarette use among children and adolescents. It analyzes the mechanisms of the relationship, related factors, and gaps in assessment tools within the context of addictive behavior, as well as suggesting evidence-based guidelines for psychiatric nursing practice in building immunity and preventing e-cigarette use. This research was a systematic literature review following the PRISMA 2020 guidelines. Literature was searched from the international Scopus database from 2016 to April 2026 using keywords related to mental health literacy, e-cigarettes, and the youth population. Thirty-nine relevant studies were identified through literature selection criteria. Data were analyzed using thematic synthesis and bibliometric analysis with the R-Bibliometrix software.

Study Results: Mental health literacy acts as an intellectual immunity that directly negatively influences e-cigarette use behavior, with coping mechanisms being a key mediating variable. Youth with low mental health literacy are more likely to use e-cigarettes as a stress management tool or a "self-medication trap." Evolutionary

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี Corresponding Author
[3] ผศ.ดร.อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี Corresponding author

conceptual mapping confirms that mental health literacy is a central motor theme explaining addictive behaviors in contemporary youth. Furthermore, there is an urgent need to integrate digital media literacy to protect against the influence of social media marketing.

Keywords: Mental health literacy, e-cigarettes, children and youth, systematic literature review

บทนำ

วิกฤตการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette) ในกลุ่มเด็กและเยาวชนไม่ใช่เพียงปัญหาพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือการทดลองตามวัย แต่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่ซับซ้อนและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีการตระหนักถึงอันตรายทางกายภาพ แต่สถิติการใช้งานกลับไม่ลดลง งานวิจัยในช่วงปี ค.ศ. 2024–2026 ชี้ให้เห็นว่าเยาวชนจำนวนมากหันมาใช้สารนิโคตินเป็นกลไกในการจัดการความเครียด (Coping mechanism) เพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Self-medication) อันเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมและสื่อดิจิทัลที่กดดัน การมุ่งเน้นแก้ปัญหาด้วยมาตรการทางกฎหมายหรือการให้ข้อเท็จจริงเชิงพิษวิทยาเพียงอย่างเดียว จึงไม่สามารถระงับความเปราะบางทางอารมณ์ซึ่งเป็นรากฐานของการเสพติดได้[1]

ข้อมูลจาก Google Trends เผยให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แนวโน้มการค้นหาคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ “E-cigarette” และ “Vaping” มีปริมาณการสืบค้นที่พุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเติบโตที่แสดงทิศทางขาขึ้น (Upward trend) อย่างมีนัยสำคัญนี้ ไม่ได้สะท้อนเพียงแค่ความนิยมของตัวผลิตภัณฑ์ แต่ยังบ่งชี้ถึงการแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสารและอิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ที่กระตุ้นความสนใจของสังคมอย่างต่อเนื่อง สำหรับพยาบาลจิตเวชและบุคลากรทางสาธารณสุข กราฟแนวโน้มที่พุ่งสูงขึ้นนี้ถือเป็นสัญญาณเตือน (Red flag) ที่สำคัญการที่ประชากร โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่าย มีการสืบค้นและเสพข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในปริมาณมหาศาล ย่อมเพิ่มความเสี่ยงในการถูกโน้มน้าวจากกลยุทธ์ทางการตลาดที่มักบิดเบือนข้อเท็จจริง สภาวการณ์นี้ตอกย้ำให้เห็นถึงความเร่งด่วนในการสร้างเสริม **"ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต" (Mental Health Literacy)** และความรอบรู้ด้านสื่อ เพื่อเป็นเกราะป้องกันทางปัญญาไม่ให้เยาวชนตกเป็นเหยื่อของกระแสสังคม และลดการใช้สารนิโคตินเป็นทางออกในการจัดการกับความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต" ในบริบทของการพยาบาลจิตเวชและการสร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชน การติดบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนสะท้อนให้เห็นถึงการขาดทักษะสำคัญที่เรียกว่า **"ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต" (Mental Health Literacy: MHL)** เยาวชนที่ขาดความรอบรู้จะไม่สามารถตระหนักรู้ถึงสภาวะทางอารมณ์ของตนเอง ขาดความสามารถในการเลือกวิธีผ่อนคลายที่ถูกสุขลักษณะ และมีแนวโน้มที่จะหลงเชื่อกลยุทธ์ทางการตลาดของบุหรี่ไฟฟ้าที่มักเชื่อมโยงกับภาพลักษณ์ของการผ่อนคลายและอิสระ แม้ปัจจุบันจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบและการจัดการปัญหาสุขภาพจิต แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่าง **ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต** และ **พฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า** ในกลุ่มประชากรที่เปราะบางนี้ยังมีความกระจัดกระจายและขาดการสังเคราะห์ที่เป็นระบบ การขาดฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ที่ชัดเจนทำให้บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชและพยาบาลโรงเรียน ขาดเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ในการออกแบบโปรแกรมการป้องกันและคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ[1]

ด้วยเหตุนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อรวบรวม สังเคราะห์ และประเมินคุณภาพของงานวิจัยระดับสากลที่ผ่านมา ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยอุดช่องว่างทางวิชาการ (Research Gap) และเป็นนำแนวทางการปฏิบัติงานพยาบาลจิตเวชเชิงรุก ในการเปลี่ยนผ่านจากการมุ่งเน้นรักษาผลกระทบของการสูบ ไปสู่การสร้าง

"ภูมิคุ้มกันทางปัญญาและอารมณ์" (Cognitive and Emotional Resilience) เพื่อปกป้องสุขภาวะทางจิตของเยาวชนไทยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน

2. เพื่อวิเคราะห์กลไกความสัมพันธ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และช่องว่างของเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในบริบทของพฤติกรรมเสพติด

3. เพื่อเสนอแนะแนวทางเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตใจและป้องกันพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มประชากรวัยรุ่น

วิธีการวิจัย)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) โดยยึดตามแนวทางมาตรฐานของ **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses** เพื่อให้กระบวนการสืบค้นและการคัดเลือกวรรณกรรมมีความครอบคลุมและลดอคติในการคัดเลือก โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้[2]

1. กลยุทธ์การสืบค้นข้อมูล (Search Strategy)

ดำเนินการสืบค้นวรรณกรรมจากฐานข้อมูลมาตรฐานสากล **Scopus** โดยกำหนดช่วงเวลาการตีพิมพ์ย้อนหลัง 10 ปี จนถึงเดือนเมษายน ค.ศ. 2026 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและสะท้อนพลวัตของผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าสมัยใหม่ คำสำคัญ (Keywords) ที่ใช้ในการสืบค้นถูกแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เชื่อมด้วยตัวดำเนินการบูลีน (Boolean Operators) ดังนี้:

กลุ่มที่ 1 (ตัวแปรต้น): "Mental health literacy" OR "Mental health awareness" OR "MHL"

กลุ่มที่ 2 (ตัวแปรตาม): "E-cigarette*" OR "Vaping" OR "Electronic nicotine delivery systems"

กลุ่มที่ 3 (กลุ่มประชากร): "Child*" OR "Adolescent*" OR "Youth" OR "Teenager*" OR "School child*" OR "Young adult*"

2. ขั้นตอนการคัดเลือกวรรณกรรม (Study Selection)

กระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามแผนภาพ **PRISMA Flow Diagram** เพื่อให้ได้เนื้อหาที่เฉพาะเจาะจง ดังนี้:

1. ระดับการระบุ (Identification): จากการสืบค้นขั้นต้นด้วยคำสำคัญด้าน "ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต" พบวรรณกรรมทั้งหมดจำนวน **9,241 ฉบับ**

2. ระดับการคัดกรอง (Screening): เมื่อจำกัดขอบเขตการสืบค้นร่วมกับตัวแปร "บุหรี่ไฟฟ้าและการใช้ไอระเหย" พบวรรณกรรมลดลงเหลือจำนวน **44 ฉบับ**

3. ระดับการพิจารณาความเหมาะสม (Eligibility): เมื่อทำการคัดกรองเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย "เด็ก เยาวชน และวัยรุ่น" พบวรรณกรรมที่ตรงตามเกณฑ์ทั้งสิ้น **39 ฉบับ** ซึ่งบทความทั้งหมดนี้ได้ถูกนำมาตรวจสอบฉบับเต็ม (Full-text) เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก (Inclusion and Exclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเข้า: (1) เป็นบทความวิจัยต้นฉบับหรือบทความปริทัศน์ที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-reviewed) (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (3) ศึกษาในกลุ่มประชากรอายุไม่เกิน 24 ปี และ (4) ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

เกณฑ์การคัดออก: (1) บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงเนื้อหาฉบับเต็มได้ (2) บทความประเภทบทบรรณาธิการ หรือบทคัดย่อจากการประชุม และ (3)

งานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยไม่ชัดเจนหรือไม่ระบุเครื่องมือวัดที่แน่นอน

4. การประเมินคุณภาพวรรณกรรม (Quality Appraisal)

วรรณกรรมที่ผ่านการคัดเลือกทั้ง 39 ฉบับ ถูกนำมาประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องมือ **Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Tools** เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของระเบียบวิธีวิจัยและลดความเสี่ยงของการเกิดอคติ (Risk of Bias) โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็นระดับสูง ปานกลาง และต่ำ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจคัดเลือกวรรณกรรมเข้าสู่การสังเคราะห์ผล

5. การสกัดและการสังเคราะห์ข้อมูล (Data Extraction and Synthesis)

ข้อมูลจากวรรณกรรมถูกสกัดลงในแบบฟอร์มมาตรฐาน (Data Extraction Form) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือวัด และข้อค้นพบสำคัญ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการดังนี้

1) การสังเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็นที่เกี่ยวข้อง (Thematic Synthesis): เพื่อสรุปประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเชิงคุณภาพ

2) การวิเคราะห์ทางบรรณมิติ (Bibliometric Analysis): ใช้โปรแกรม **R-Bibliometrix (Biblioshiny)** โดยใช้โปรแกรม RStudio เพื่อวิเคราะห์เครือข่ายความสัมพันธ์ของคำสำคัญ (Keyword Co-occurrence Network) และพลวัตของงานวิจัยในระดับสากล เพื่อระบุทิศทางขององค์ความรู้ในปัจจุบัน

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูล Scopus จำนวน 39 ฉบับ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

1. ผลการคัดเลือกวรรณกรรมตามมาตรฐาน PRISMA

กระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมดำเนินการตามแนวทาง PRISMA 2020 เริ่มต้นจากการระบุวรรณกรรม (Identification) จำนวน 9,241 ฉบับ จนถึงขั้นตอนการพิจารณาความเหมาะสม (Eligibility) และคัดเลือกวรรณกรรมฉบับเต็มเข้าสู่การสังเคราะห์ผลสุดท้ายจำนวน 39 ฉบับ

Completeness of metadata -- **39** docs from **Scopus**

Metadata	Description	Missing Counts	Missing %	Status
AB	Abstract	0	0.00	Excellent
AU	Author	0	0.00	Excellent
DT	Document Type	0	0.00	Excellent
SO	Journal	0	0.00	Excellent
LA	Language	0	0.00	Excellent
PY	Publication Year	0	0.00	Excellent
TI	Title	0	0.00	Excellent
TC	Total Citation	0	0.00	Excellent
C1	Affiliation	1	2.56	Good
CR	Cited References	1	2.56	Good
DI	DOI	4	10.26	Acceptable
RP	Corresponding Author	8	20.51	Poor
ID	Keywords Plus	9	23.08	Poor
DE	Keywords	11	28.21	Poor
WC	Science Categories	39	100.00	Completely missing

Advice | Report | Save | Close

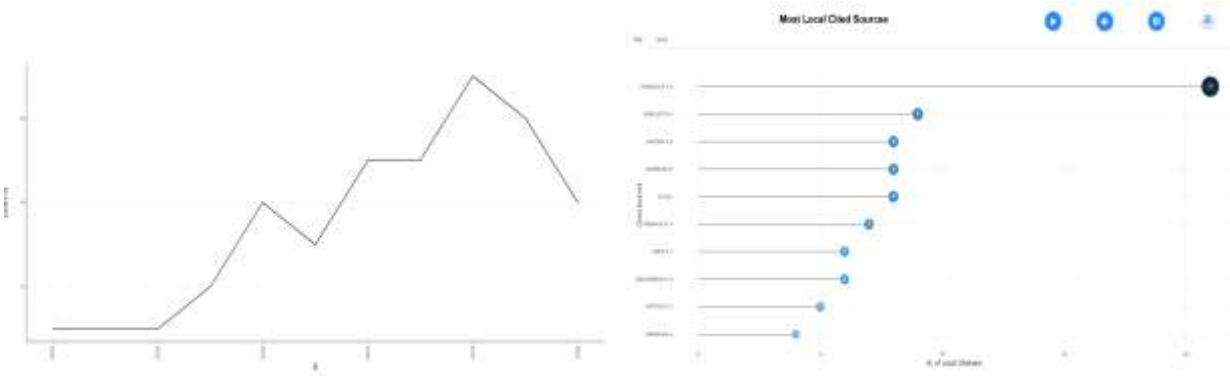
ภาพที่ 1 แผนภาพกระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมตามแนวทาง PRISMA 2020

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางบรรณมิติ (Bibliometric Analysis)

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม R-Bibliometrix ในการวิเคราะห์พลวัตของงานวิจัยเพื่อให้เห็นภาพรวมขององค์ความรู้ในระดับสากล ดังนี้

2.1 แนวโน้มการเติบโตของงานวิจัย (Annual Scientific Production)

จากผลการวิเคราะห์พบว่า งานวิจัยที่เชื่อมโยงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและบุหรี่ไฟฟ้ามีอัตราการเติบโตอย่างมีนัยสำคัญในช่วงปี ค.ศ. 2020 เป็นต้นมา โดยเฉพาะในปี ค.ศ. 2024-2026 พบจำนวนผลงานตีพิมพ์สูงสุดเป็นประวัติการณ์



ภาพที่ 2 กราฟแสดงแนวโน้มจำนวนบทความวิจัยรายปี (Annual Scientific Production) ค.ศ. 2016-2026

การวิเคราะห์แหล่งอ้างอิงที่ถูกอ้างถึงภายในชุดข้อมูล (Most Local Cited Sources) ด้วย Bibliometrix พบว่า Francisco A. Paniagua เป็นแหล่งอ้างอิงที่มีความถี่สูงสุด (21 ครั้ง) รองลงมาได้แก่ Robin A. Barkley (9 ครั้ง) และ Alan E. Kazdin รวมถึง Don Nutbeam (อย่างละ 8 ครั้ง) การปรากฏของ Don Nutbeam สะท้อนบทบาทของแนวคิด **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** ซึ่งเป็นกรอบสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชน ขณะที่ Albert Bandura (4 ครั้ง) ชี้ให้เห็นการนำ **ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory)** มาใช้อธิบายพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งโดยรวมแหล่งอ้างอิงที่มีอิทธิพลในงานวิจัยนี้ครอบคลุมทั้งด้าน **จิตวิทยาพฤติกรรม** และ **สาธารณสุข** สะท้อนลักษณะสหสาขาวิชาของการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน

2.2 การวิเคราะห์กลุ่มคำสำคัญ (Keyword Frequency)

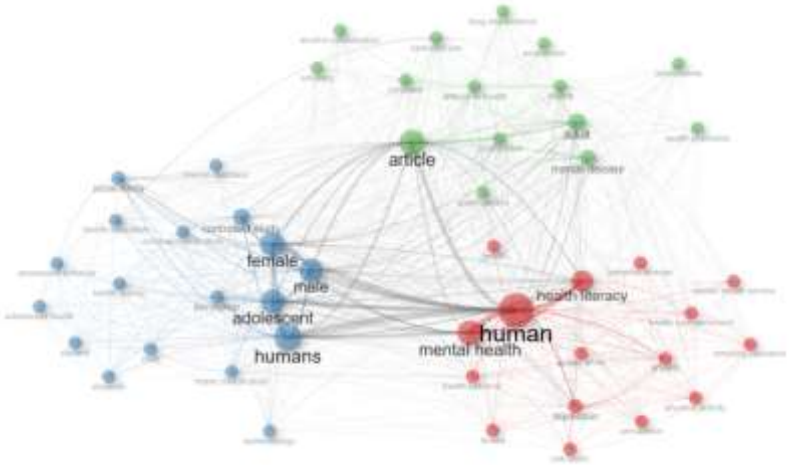
จากการตรวจสอบความถี่ของคำสำคัญผ่าน WordCloud และ WordTree พบว่าคำที่มีอิทธิพลสูงที่สุดในฐานข้อมูลคือ "Mental Health Literacy", "E-cigarette" และ "Adolescent" ซึ่งสะท้อนว่างานวิจัยส่วนใหญ่พยายามหาจุดเชื่อมโยงระหว่าง "ภูมิคุ้มกันทางปัญญา" และ "พฤติกรรมการสูบไอ" ในกลุ่มเป้าหมาย



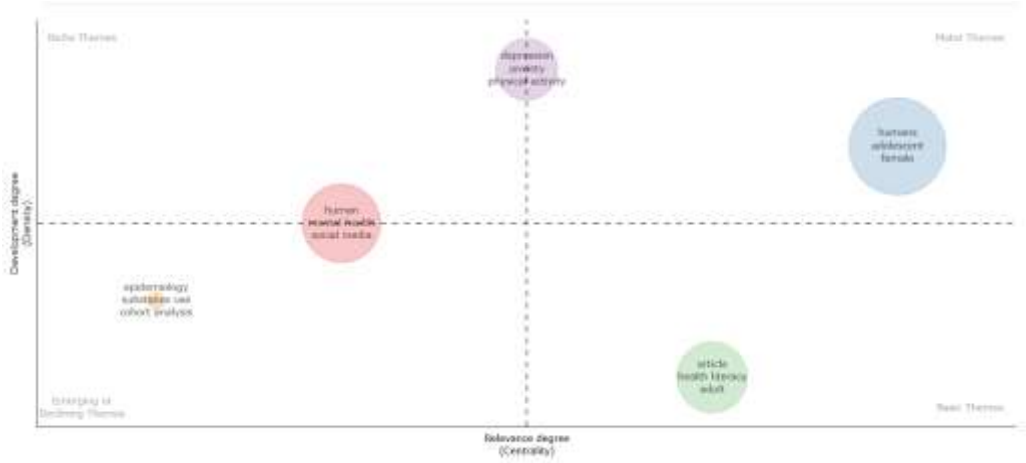
ภาพที่ 3 แผนภาพอุบัติการณ์ของคำสำคัญ (Word Cloud)

2.3 เครือข่ายความสัมพันธ์เชิงมโนทัศน์ (Keyword Co-occurrence Network)

ผลการวิเคราะห์เครือข่ายแสดงให้เห็นถึงการจัดกลุ่ม (Clustering) ของแนวคิดที่เชื่อมโยงกันอย่างเหนียวแน่น โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับภาวะเครียด (Stress) และการจัดการอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยผลักดันพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า



ภาพที่ 4 เครือข่ายความสัมพันธ์เชิงมโนทัศน์ (Keyword Co-occurrence Network)
(ที่มา: โปรแกรม RStudio ร่วมกับแอปพลิเคชัน Biblioshiny)



ภาพที่ 5 แผนภูมิวิวัฒนาการมโนทัศน์ (Thematic Map)
(ที่มา: โปรแกรม RStudio ร่วมกับแอปพลิเคชัน Biblioshiny)

การวิเคราะห์โครงสร้างทางปัญญาและพลวัตของมโนทัศน์ (Cognitive Structure and Thematic Dynamics) โดยอาศัยค่าสถิติวัดระดับความเชื่อมโยงกลาง (Centrality) และค่าความหนาแน่นเชิงเนื้อหา (Density) ตามแนวคิดของ Cobo et al. (2011) เพื่อจำแนกกลุ่มมโนทัศน์ออกเป็น 4 จตุภาคสำคัญ (ภาพที่ 5) ซึ่งผลการวิเคราะห์สะท้อนให้เห็นโครงสร้างทางปัญญาของงานวิจัยระดับสากลดังนี้:

1. กลุ่มประเด็นหลักขับเคลื่อน (Motor Themes): ผลการวิเคราะห์ในจตุภาคขวาบนพบกลุ่มมโนทัศน์ **"Mental Health Literacy"**, **"E-cigarette"** และ **"Adolescent"** ซึ่งมีค่าความเชื่อมโยงกลางและความหนาแน่นเชิงเนื้อหาสูงที่สุด ตำแหน่งดังกล่าวระบุว่าประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็น "กลไกหลัก" (Core Engine) ที่มีความสุกงอมทางวิชาการและเป็นศูนย์กลางในการอธิบายพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนยุคปัจจุบัน

สอดคล้องกับข้อสรุปเชิงประเด็นที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ได้เกี่ยวกับบทบาทของ MHL ในฐานะภูมิคุ้มกันทางปัญญาเชิงป้องกัน

2. กลุ่มประเด็นเฉพาะทาง (Niche Themes): ในจตุภาคซ้ายบนปรากฏกลุ่มมโนทัศน์ด้าน **"Smoking Cessation"** และ **"Prevention"** ซึ่งมีค่าความหนาแน่นสูงแต่ความเชื่อมโยงกลางค่อนข้างต่ำ สะท้อนถึงกลุ่มงานวิจัยที่มีการพัฒนาเนื้อหาเชิงลึกเป็นพิเศษเฉพาะทาง แต่ยังขาดการบูรณาการเชื่อมโยงกับมิติอื่นในระดับเครือข่ายมโนทัศน์ภาพรวม ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างทางการวิจัยในการนำเทคนิคการเลิกบุหรี่แบบดั้งเดิมมาเชื่อมโยงกับมิติด้านสุขภาพจิตสมัยใหม่

3. กลุ่มประเด็นรากฐาน (Basic Themes): สำหรับจตุภาคขวาล่าง พบกลุ่มมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับ **"Mental Health"**, **"Depression"** และ **"Anxiety"** ซึ่งทำหน้าที่เป็นประเด็นรากฐาน (Fundamental/Transversal Themes) ของสาขาวิชา แม้จะมีระดับการพัฒนาเนื้อหาเชิงลึกในตัวเองไม่สูงเท่ากลุ่มแรก แต่จัดเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลครอบคลุมและส่งผลกระทบต่อทุกมิติของเครือข่ายองค์ความรู้ โดยเฉพาะบทบาทในการเป็นปัจจัยนำที่ส่งผลต่อกลไกการเผชิญปัญหาของเยาวชน

4. กลุ่มประเด็นอุบัติใหม่หรือเสื่อมถอย (Emerging or Declining Themes): ในจตุภาคซ้ายล่างซึ่งเป็นพื้นที่ของประเด็นที่เริ่มมีการศึกษาหรือกำลังลดความสำคัญลง พบว่าไม่ปรากฏกลุ่มมโนทัศน์ขนาดใหญ่ที่เด่นชัดในพื้นที่นี้ ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าองค์ความรู้ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวเนื่องกับบุหรี่ไฟฟ้าได้ก้าวข้ามระยะเริ่มต้นของการวิจัย (Initial stage) สู่การเป็นสาขาวิชาที่มีโครงสร้างทัศน์ที่ชัดเจนและสถิตยภาพทางวิชาการระดับสูง

แผนภูมิวิวัฒนาการมโนทัศน์ยืนยันสถานะของตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (MHL) ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic importance) และมีพัฒนาการที่เข้มแข็งที่สุดในโครงสร้างงานวิจัยระดับสากล ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รองรับการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในเด็กและเยาวชนอย่างเป็นรูปธรรม



ภาพที่ 6 แผนที่โลกแสดงความร่วมมือระหว่างประเทศต่างๆ
(ที่มา: โปรแกรม RStudio ร่วมกับแอปพลิเคชัน Biblioshiny)

ภาพที่ 6 พบว่าโครงสร้างความร่วมมือมีลักษณะกระจุกตัว (centralized network) โดยมีสหรัฐอเมริกา และ สหราชอาณาจักร เป็นประเทศแกนหลักที่เชื่อมโยงความร่วมมือกับหลายประเทศ ประเทศในเอเชีย เช่น จีน, ไทย และ ปากีสถาน มีบทบาทเป็นผู้ร่วมวิจัยในเครือข่าย โดยความร่วมมือเข้มข้นสูงอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหราชอาณาจักร–นิวซีแลนด์ ซึ่งเครือข่ายมีลักษณะประเทศพัฒนาแล้วเป็นศูนย์กลาง และประเทศกำลังพัฒนาเป็นผู้มีส่วนร่วม สะท้อนการผลิตองค์ความรู้ยังไม่มีบูรณาการความร่วมมือกันข้ามประเทศที่ดี

สรุปและอภิปรายผล

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy: MHL) ทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันทางปัญญาที่สำคัญต่อพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการศึกษานี้ **สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tohi[3] Vittorio[4]** ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นกลไกเชิงปัญญาที่ช่วยลดโอกาสในการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในกรอบแนวคิดการวิจัยแสดงให้เห็นอิทธิพลเชิงลบโดยตรง ซึ่งหมายความว่าเมื่อเยาวชนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น พฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจะมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ในแผนภูมิวิวัฒนาการมโนทัศน์ (Thematic Map) ยังจัดให้กลุ่มมโนทัศน์ "Mental Health Literacy" เป็นประเด็นหลักขับเคลื่อน (Motor Themes) ที่มีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์และเป็นศูนย์กลางในการอธิบายพฤติกรรมเสพติดของเยาวชนในยุคปัจจุบัน

ในมิติของกลไกเชิงจิตวิทยา การศึกษาพบว่าการเผชิญปัญหา (Coping Mechanism) ทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่ง สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Cha et al.[1] ที่ชี้ว่าเยาวชนจำนวนมากใช้สารนิโคตินเป็นกลไกในการจัดการความเครียดและการบรรเทาอาการซึมเศร้า หรือที่เรียกว่า "กับดักการเยียวยาตนเอง" (Self-medication Trap) สภาวการณ์นี้ **สนับสนุนแนวคิดของ Folkman[5]** ที่อธิบายว่าบุคคลจะหันไปพึ่งพากลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive Coping) เมื่อขาดทักษะในการจัดการอารมณ์ที่ถูกต้อง นอกจากนี้ งานวิจัยของ Burns[6] และ Montelpare[7] ยังเน้นย้ำถึงบทบาทของสุขภาพจิตที่เป็นปัจจัยนำสำคัญต่อพฤติกรรมการเสพติดในกลุ่มประชากรที่เปราะบางนี้

นอกจากมิติทางปัญญาและอารมณ์แล้ว อิทธิพลของสื่อดิจิทัลและกระแสสังคมออนไลน์ยังมีบทบาทอย่างยิ่งในการกระตุ้นพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่ง **สอดคล้องกับงานวิจัยของ Park[8], Jain[9] และ Deli-Houssein [10]** ที่ระบุถึงความจำเป็นในการบูรณาการการเท่าทันสื่อดิจิทัลเข้ากับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ข้อมูลจาก Google Trends แสดงให้เห็นว่าความสนใจในบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มพุ่งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือน (Red flag) ให้บุคลากรสาธารณสุขต้องเร่งสร้างภูมิคุ้มกันทางปัญญาเพื่อลดความเสี่ยงจากการถูกโน้มน้าวด้วยกลยุทธ์ทางการตลาดที่บิดเบือนข้อเท็จจริง ซึ่งสอดคล้องกับพลวัตงานวิจัยระดับสากลที่มีการตีพิมพ์สูงสุดเป็นประวัติการณ์ในช่วงปี ค.ศ. 2024–2026 เพื่อตอบสนองต่อวิกฤตการณ์นี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: พยาบาลจิตเวชและพยาบาลโรงเรียนควรนำกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (MHL) ไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตใจ โดยมุ่งเน้นการฝึกทักษะการตระหนักรู้สภาวะอารมณ์ (Emotional Awareness) และทักษะการจัดการความเครียดที่ถูกสุขลักษณะ แทนการให้ข้อมูลเชิงพิษวิทยาเพียงอย่างเดียว เพื่อเปลี่ยนผ่านจากการรักษาไปสู่การป้องกันเชิงรุก

ด้านนโยบายสาธารณสุข: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการเท่าทันสื่อดิจิทัลเข้าเป็นส่วนหนึ่ง

ของนโยบายป้องกันสารเสพติดในสถานศึกษา เพื่อลดอิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์และการตลาดที่มุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชน

ด้านการประเมินและคัดกรอง: ควรมีการพัฒนาและนำเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมเสพติดมาใช้ในการคัดกรองเยาวชนที่มีความเปราะบางทางอารมณ์ เพื่อให้สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือทางจิตใจได้อย่างทันท่วงที ก่อนที่จะเข้าสู่กลไกการเยียวยาตนเองด้วยนิโคติน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง: ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (MHL Intervention) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการความเครียดและอัตราการเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไทยอย่างเป็นรูปธรรม

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ: ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และแรงจูงใจในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพจิต (Self-medication) เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพติดในเด็กไทย

การศึกษาเชิงประเมินเครื่องมือ: เนื่องจากยังพบช่องว่างของเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในบริบทพฤติกรรมเสพติด จึงควรมีการพัฒนาและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ที่กรุณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยฉบับนี้ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนองค์ความรู้เชิงประจักษ์สู่สาธารณะ นอกจากนี้ขอขอบคุณฐานข้อมูล Scopus และเจ้าของบทความวิจัยทั้ง 39 ฉบับ ที่ได้สร้างสรรค์ผลงานอันทรงคุณค่า ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการสังเคราะห์และวิเคราะห์จนเกิดผลสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลและการดูแลสุขภาวะของเยาวชนสืบไป

เอกสารอ้างอิง

1. Cha, S., Amato, M. S., Papandonatos, G. D., Edwards, G., Berdecio, I., Jacobs, M. A., & Graham, A. L. (2024). Changes over time in reasons for quitting vaping among treatment-seeking young people from 2019 to 2022. *Addictive Behaviors Reports*, 19, 100521. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2024.100521
2. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372. https://doi.org/10.1136/bmj.n71
3. Tohi, M., Tu'akoi, S., & Vickers, M. H. (2024). Understanding DOHaD Concepts Among New Zealand Adolescents: A Qualitative Exploration of Knowledge, Intervention Windows, and Information Accessibility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12). https://doi.org/10.3390/ijerph21121556
4. Vittorio, J., Kosmach-Park, B., & King, L. (2024). The Crucial Role of Empowerment in Engaging Adolescents and Young Adults for Independence: Essential Strategies and Skills for a Successful Transition. *Pediatric Transplantation*, 28(5). https://doi.org/10.1111/petr.14826
5. Folkman, S. (2020). Stress: appraisal and coping. In *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 2177-2179). Springer International Publishing.
6. Burns, A., Webb, M., Stynes, G., O'Brien, T., Rohde, D., Strawbridge, J., Clancy, L., & Doyle, F. (2018). Implementation of a quit smoking programme in community adult mental health services-a qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 9. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00670
7. Montelpare, W., & Hudson, A. (2025). *Understanding Health and Well-Being: A Holistic Approach to Community Health*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003474777

8. Park, S., & Lee, H. (2026). School-Based Intervention of Smoking Media Literacy Among South Korean Adolescents: A Cluster Randomized Trial. *Asian Nursing Research*, 20(1), 2-10. https://doi.org/10.1016/j.anr.2025.03.001

9. Jain, L., Velez, L., Karlapati, S., Forand, M., Kannali, R., Yousaf, R. A., Ahmed, R., Sarfraz, Z., Sutter, P. A., Tallo, C. A., & Ahmed, S. (2025). Exploring Problematic TikTok Use and Mental Health Issues: A Systematic Review of Empirical Studies. *Journal of Primary Care and Community Health*, 16. https://doi.org/10.1177/21501319251327303

10. Deli-Houssein, R., Hudon, C., Dufour, I., Carrier, N., Gómez, N. M., Deschamps, A., Auger, A.-M., & Brodeur, M. (2026). Problematic social media use among recreational cannabis users in Québec: A Cross-Sectional study. *Addictive Behaviors Reports*, 23. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2025.100662

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

ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุดรธานี

The Effects of a Group Mental Health Education Program on Depression Levels of University Students in Udon Thani Province.

(Received: September 27, 2026; Revised: September 30, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พวงผกา อินทร์เอี่ยม[1] กชนิภา ขวาวงษ์[2] ระพีพรรณ จันทรสา[3] ลักขณา พุทธรักษ์[4]
Puangphaka Inthiam[1] Kochanipa Khawawong[2] Rapeeporn Chantharasa[3] Lakkana Phutarak[4]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาในภาคเรียนปัจจุบัน จำนวน 30 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และมีค่า AUC เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired-sample t-test

ผลการศึกษา : ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.91$, $p < .001$) โดยภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x} = 3.40$, $SD = 2.09$

คำสำคัญ : การให้สุขภาพจิตศึกษา ภาวะซึมเศร้า นักศึกษาระดับอุดมศึกษา

Abstract

This study aimed to study the effect of a group mental health education program on the level of depression among students. This research was a quasi-experimental study using a single-group pre- and post-test design. The sample consisted of 30 undergraduate students currently enrolled in the semester, selected via simple random sampling. The research instruments included: 1) a group mental health education program, which underwent content validity testing by three experts with an IOC value of 0.86, and 2) an adolescent depression assessment scale with a reliability coefficient of 0.92 and an AUC value of 0.88. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and paired-sample t-tests.

Results: Following the group mental health education program, students' average depression scores were significantly lower than before the intervention ($t = -14.91$, $p < .001$). After the intervention, their average scores were at a level without depression ($\bar{x} = 3.40$, $SD = 2.09$).

Keywords: Providing mental health education on depression among university students.

บทนำ

ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก และในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในทุกช่วงอายุและทุกเพศ สอดคล้องกับการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ปี 2560 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,311,797 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงและ จำนวน

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
[4] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

181,809 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง หากพิจารณาตามเพศและอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5 ทั้งนี้แม้ในกลุ่มเยาวชนจะมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่าในกลุ่มวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ แต่นับเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ และต้องเร่งแก้ไขเนื่องจากวัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศในอนาคต[1] ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็น 1 ใน 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพจากรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาใหญ่ของเยาวชนทั่วโลก เพราะส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสภาวะอารมณ์ที่หดหู่และปัญหาสุขภาพ ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่การฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเด็กและเยาวชนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสถิติการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน สูงเป็นอันดับสองของโลก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) กลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน[2]

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่มีความรู้สึกเศร้า เหงาหงอย ชีวิตน่าเบื่อ ไม่มีความสุข สูญเสียแรงจูงใจ ไม่มีกำลังใจในการทำสิ่งใดๆ ไม่อยากพูดคุยกับผู้อื่น จนทำให้บางครั้งไม่สามารถปฏิบัติภารกิจพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้ และถ้าอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไปโดยไม่มีท่าทีว่าจะดีขึ้น และมีอาการต่าง ๆ ติดตามมา เช่น นอนหลับๆ ตื่นๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก หมดความสนใจต่อโลกภายนอก ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนเก็บตัว จนอาจคิดฆ่าตัวตาย สูญเสียหน้าที่การงานในชีวิตประจำวัน และส่งผลชัดเจนต่อการใช้ชีวิตเข้าเกณฑ์เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD) หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ จะกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้[1] เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วุฒิภาวะทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงนับว่าเป็นวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงต่อของวัยเด็กและผู้ใหญ่ ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นสามารถเกิดขึ้นได้บ่อย อาจไม่แสดงอาการออกมาตรง ๆ แต่อาจแสดงออกมาในลักษณะหงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ ก้าวร้าว ไม่มีสมาธิในการเรียน ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมลำบาก มีอาการซึม ชอบเก็บตัว แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ค่อยพูดใคร[3] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น กรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 17.98 คะแนน เมื่อวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุพบว่าระดับความทุกข์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในได้ ร้อยละ 37.10 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น คือ ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด นักศึกษาที่มีความสัมพันธภาพในครอบครัวสูง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมากจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ[4] ผลประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยในช่วงปี 2564 พบว่าร้อยละ 28 ของเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 22 มีการเข้าสังคมลดลง ติดจอและเกมออนไลน์มากขึ้น มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งและความรุนแรงในครอบครัว จนนำไปสู่อัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งปัจจัยจากครอบครัวและคนรอบข้างนี้เองมักถูกละเลยหรือไม่ค่อยพูดถึง แต่เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงและเรื้อรังจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงเป็น 15 เท่าของ

ผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559) การศึกษาผลกระทบจากโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่มีโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการเกิดบุคลิกภาพผิดปกติ การใช้ยาเสพติดปัญหาการปรับตัวในสังคม ไม่ประสบผลสัมฤทธิ์ในการเรียน และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าคนทั่วไปถึง ร้อยละ 25-40 หลังจากที่เกิดอาการครั้งแรก[5]

ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับทุกสถาบันการศึกษาทั่วโลกรวมทั้งสถาบันการศึกษาในประเทศไทยที่ควรจะให้ความสำคัญ หากนักศึกษาไม่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในระหว่างที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรอาจส่งผลกระทบให้นักศึกษาไม่สามารถสำเร็จการศึกษาในระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนดหรืออาจไม่ประสบความสำเร็จในการศึกษาได้หรือที่ร้ายแรงกว่านั้นอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้[6] จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันกับภายหลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)[7] โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาจึงเป็นโปรแกรมหนึ่งที่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาได้ จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการนำมาใช้สำหรับการดูแลนักศึกษา และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบว่ามีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษากับนักศึกษาในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีปัจจัยเฉพาะที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น เช่น วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรม และเป็นการศึกษาในเด็กรุ่นใหม่ Generation Z และสถานการณ์โลกปัจจุบัน รวมถึงยังไม่พบการศึกษาว่ากิจกรรมใดมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม จำนวน 5 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา การจัดการความเครียดและการขอความช่วยเหลือทางสังคม และศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา การวิจัยนี้จะช่วยยกระดับการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและผลการเรียนของนักศึกษาในระยะยาว รวมถึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถาบันอุดมศึกษาอื่นๆ ในภูมิภาค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาและสร้างแนวทางในการบูรณาการโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษากับระบบสนับสนุนของมหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา ในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ของแอนเดอร์สัน[8] โดยจัดกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ เป็นกระบวนสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ เป็นการให้ความรู้

เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า อาการ และวิธีการจัดการกับอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง การวิเคราะห์อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีหรือไม่ รวมไปถึงหลักการสร้างความสุขด้วยตนเอง กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา มีวัตถุประสงค์สำคัญให้กลุ่มตัวอย่างรู้ถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหา โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีภาวะซึมเศร้า เช่น การจัดการกับอาการข้างเคียง เมื่อมีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ 4 การจัดการความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง กิจกรรมที่ 5 การขอความช่วยเหลือทางสังคม มีวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่าง ได้สำรวจถึงแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมที่ตนเองมีหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคมและผู้วิจัยเปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาก่อนและหลังทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา การจัดการความเครียด และการขอความช่วยเหลือทางสังคม ดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 60–90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นซึ่งพัฒนาจาก PHQ-A และแบบสอบถามปัจจัยที่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยโปรแกรมและแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.92 และมีค่า AUC เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำด้วยแบบประเมินเดิม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย ได้รับการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ผลการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (The quasi-experimental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อผลของปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา พบว่า

1. ข้อมูลด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลด้านบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ คณะ ชั้นปี ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 20 ปี ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ร้อยละ 83.33 และส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปี 2 ร้อยละ 36.66 รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.33 ระดับมาก ร้อยละ 26.6 ใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีช่วงที่มีความอยากตายหรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจัง ร้อยละ 3.33 ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 13.33

2. ปัจจัยที่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาข้อมูลปัจจัยที่มีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยที่มีโอกาสทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วน

ใหญ่มีปัญหาการเงิน เศรษฐกิจในครอบครัว ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ ความเครียดและวิตกกังวลภายใน ร้อยละ 36.66 และมีปัญหาสุขภาพ และถูกกดดันด้านการเรียนหรือผลการเรียน ร้อยละ 20.00 เท่ากัน

3. ระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม มีระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ภายหลังการทดลองต่ำกว่าระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง และระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระดับดี ($\bar{x}$ =3.40, SD = 2.09) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20-27 คะแนน)	0	0	-	0	0	-
ภาวะซึมเศร้ามาก (15-19 คะแนน)	16.87	1.80	มาก	3.00	2.00	ไม่มี
ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10-14 คะแนน)	11.13	1.12	ปานกลาง	3.54	2.15	ไม่มี
ภาวะซึมเศร้าน้อย (5-9 คะแนน)	0	0	-	0	0	-
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0	0	-	0	0	-
ภาวะซึมเศร้าโดยรวม	**12.66**	**2.89**	**ปานกลาง**	**3.40**	**2.09**	**ไม่มีภาวะซึมเศร้า**

4. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ =3.40, SD = 2.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -14.91 p<.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ก่อนและหลังการทดลอง (n= 30)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อน		หลัง		t	df	95%CI	P
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	12.66	2.89	3.40	2.09	14.91	29	7.99 to 10.53	0.000**

P<.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับอุดมศึกษายังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับแรงกดดันด้านการเรียน การปรับตัวในชีวิตมหาวิทยาลัย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ ปัญหาการเงินหรือเศรษฐกิจในครอบครัว และความเครียดหรือความวิตกกังวลภายใน สะท้อนว่าภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาเกิดจากทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัย

แวดล้อม จึงควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและรอบด้านจากสถาบันการศึกษา ภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากระดับปานกลางเป็นระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาได้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้อธิบายได้ว่ากระบวนการกลุ่มช่วยให้นักศึกษาเกิดความไว้วางใจ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้การจัดการอารมณ์และปัญหาของตนเอง ตลอดจนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมการปรับตัวทางจิตใจ โปรแกรมที่ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา การจัดการความเครียด และการขอความช่วยเหลือทางสังคม จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตในนักศึกษา สถาบันการศึกษาควรนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และติดตามภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนมาตรการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและจิตสังคม เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[9,10]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดแก่นักศึกษาทั่วไป เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ควรจัดให้มีระบบการคัดกรองและติดตามภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายและเป็นความลับ โดยอาจใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย เช่น การให้คำปรึกษาออนไลน์ และจากผลการวิจัยที่พบว่าปัญหาการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า สถาบันการศึกษาควรพิจารณามาตรการช่วยเหลือด้านการเงินแก่นักศึกษา เช่น การจัดหาทุนการศึกษา การสนับสนุนการทำงานพิเศษ เป็นต้น

3. ควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) สำหรับนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการส่งเสริมการทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มนักศึกษาที่มีบริบทแตกต่างกัน

3. ควรเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้า เช่น รายบุคคล รายกลุ่ม และรูปแบบออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. สถิติโรคซึมเศร้า . สืบค้นวันที่ 24 กันยายน 2566, จาก http://www.dhm.moph.go.th
2. กรมสุขภาพจิต. มารู้จักและหาวิธีรับมือกับภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชน. สืบค้นวันที่ 24 กันยายน 2566, จาก ttps://www.thaidepression.com/www/doc62/depress_doc.pdf
3. นวลจิรา จันระลักษณะ, ทัศนา ทวีคูณและโสภิณ แสงอ่อน. (2558). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2); 128-143.
4. นันทยา คงประพันธ์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกรณีศึกษา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 5(1); 302-315.

5. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2558). การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. พยาบาลสาร, 42 (พิเศษ); 205-213.
6. ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัทธ์ คล่องดีและสุรชัย เฉนียง. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 21(4); 104- 116.
7. เกสร มุ้ยจีน. (2560). ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(3); 48-60.
8. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty G. Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford Press; 1986. doi: org/10.1176/ps.38.5.534.
9. โสภา ช้อยชด, จินตนา สรายุทธพิทักษ์ และกมลวรรณ ตังธนกานนท์. (2565). การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ, 14(2); 281-298.
10. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐและรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. (2561). การพัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. สถาบันวิจัยสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ผลของนวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

The Effects of Innovative Latching Techniques on Breastfeeding Success in the Delivery Room, Ban Phue Hospital, Ban Phue District, Udon Thani Province.

(Received: September 29, 2026; Revised: September 30, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ฐิติรดา กัณหา[1]
Thitirada Kanha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี 2) เพื่อเปรียบเทียบความยาวของหัวนมก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการสร้างหัวนมในมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้น 3) เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนการเข้าเต้าก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการสร้างหัวนมในมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้น เป็นการวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอด ที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ที่ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดามีความยาวของหัวนมน้อยกว่า 0.7 เซนติเมตร จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบบันทึกผลการทำนวัตกรรม บันทึกความยาวของหัวนม และประเมินการเข้าเต้า โดยบันทึก ในระยะแรกรับ และใช้นวัตกรรม วันที่ 1 – 3 หลังการคลอด 2) แบบวัดความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้งาน 2) ความปลอดภัยของการใช้นวัตกรรม และ3) ประสิทธิภาพในการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

ผลการศึกษา : นวัตกรรมการเข้าเต้าส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนความยาวของหัวนมหลังการใช้นวัตกรรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้นวัตกรรมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001*) ค่าคะแนนการเข้าเต้าหลังการใช้นวัตกรรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001*) ระดับความพึงพอใจต่อนวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านประสิทธิภาพการใช้งานที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการให้นมบุตร ซึ่งเป็นการยืนยันว่านวัตกรรมนี้สามารถเปลี่ยนผ่านอุปสรรคทางกายภาพไปสู่ความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : นวัตกรรมการเข้าเต้า, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาหลังคลอด

Abstract

This study aimed to: 1) investigate the effects of a nipple-creating innovation on breastfeeding success in the delivery room at Ban Phue Hospital, Ban Phue District, Udon Thani Province; 2) compare nipple lengths before and after the implementation of the nipple-creating innovation among postpartum mothers with short nipples; and 3) compare latch scores before and after the implementation of the nipple-creating innovation among postpartum mothers with short nipples. This study employed a quasi-experimental design. The sample consisted of 40 postpartum mothers admitted to the postpartum ward of Ban Phue Hospital, Ban Phue District, Udon Thani Province, who had no contraindications for breastfeeding and a nipple length of less than 0.7 centimeters. The research instruments included: 1) a demographic questionnaire and an innovation outcome record form to document nipple length and assess latching, with data recorded at initial admission and during the use of the innovation on days 1–

[1] ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

3 postpartum; and 2) a maternal satisfaction questionnaire regarding the innovation, comprising three domains: 1) usability, 2) safety, and 3) effectiveness. Analyze quantitative and qualitative data.

Results: The latching innovation resulted in a statistically significant increase in nipple length post-intervention compared to pre-intervention, contributing to breastfeeding success at the 0.05 significance level (p-value = 0.001). Similarly, latch scores significantly improved post-intervention, enhancing breastfeeding success at a statistical significance level of 0.05 (p-value = 0.001). Furthermore, postpartum mothers reported the highest level of satisfaction with the innovation across all domains, particularly regarding its operational effectiveness in facilitating successful breastfeeding. This confirms that the innovation can sustainably transform physical barriers into maternal confidence in breastfeeding.

Keywords: Latching innovation, Breastfeeding, Postpartum mothers

บทนำ

นมแม่เป็นสารอาหารที่สำคัญที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด เพราะเป็นอาหารธรรมชาติที่ให้คุ้มค่าทั้งด้านโภชนาการและมีภูมิต้านทาน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการสร้างรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพราะนมแม่มีสารอาหารครบถ้วนมีคุณภาพสูง และมีส่วนประกอบสำคัญอื่นๆ เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว สารในระบบภูมิคุ้มกัน ฮอร์โมน สาคัดหลั่งจากตัวแม่ที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งช่วยให้การเจริญเติบโตของร่างกายตลอดจนป้องกันความเจ็บป่วย นอกจากนี้นมแม่ยังอาจมีความสำคัญต่อสุขภาพแม่เป็นอย่างมากทั้งในระยะแรกหลังคลอด และในระยะยาว ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน โรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งเยื่อบุโพงมดลูก[1] องค์การอนามัยโลก และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund [UNICEF]) ให้คำรับรองประโยชน์ของนมแม่ และแนะนำให้แม่ทั่วโดยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน เพราะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับทารกเพื่อการเจริญเติบโดและพัฒนาสุขภาพด้านร่างกาย สมอง และสติปัญญา หลังจากนั้นจึงเริ่มอาหารเสริมตามวัยควบคู่กับนมแม่ถึงบุตรอายุ 2 ปี หรือมากกว่านั้น ดังสัญลักษณ์ 1, 6,2 (นมแม่ 1 ชั่วโมง แรกหลังเกิดนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และนมแม่ต่อเนื่องหลัง 6 เดือน ร่วมกับอาหารตามวัยถึง 2 ปี[2]

ปัจจุบันมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยตั้งเป้าหมายให้เด็กแรกเกิดถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนได้รับนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50[3] จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 (MICS) พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 28.3 ซึ่งจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มารดาวัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มสำคัญที่มีผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพข้อมูลในปี พ.ศ. 2559-2560 พบมารดาวัยรุ่นมีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่าและระยะเวลาในการให้นมแม่สั้นกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่เฉลี่ย 1.8 เดือน และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงร้อยละ17 ที่ให้นมแม่ต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน 9 ปัญหาใหญ่ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดและคลินิกนมแม่ คือ แม่อุ้มลูกเข้าดูดนมได้ยาก ลำบาก แม่ที่มีหัวนมสั้นการเข้าเต้าเพิ่มความยากลำบากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงมีการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่ง ครอบครัว กำหนดให้มีการตรวจเต้านมและหัวนม ตลอดจนการเตรียมเต้านมเพื่อเตรียมความพร้อมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การ

แก้ไขภาวะหัวนมสั้นในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การสวม ปทุมแก้ว การใช้กระบอกดึงหัวนม และการคลึงหัวนม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้มีการหลั่งสารออกซิโทซินที่กระตุ้น การหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งอาจส่งผลต่อการแท้งบุตร หรือ การคลอดก่อนกำหนดได้ ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่า ไม่มีความจำเป็นต้องแก้ไขหัวนมที่ผิดปกติตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากพบว่า การแก้ไขหัวนมที่ผิดปกติ เช่น การยืดพังผืดที่ยึดหัวนมด้วยการทำ Hoffman's maneuver และ/ หรือการใช้ปทุมแก้ว (Breast shell) ในระหว่างตั้งครรภ์ ไม่มีผลในการช่วยแก้ไขหัวนมที่ผิดปกติ ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าการยืดหัวนมในไตรมาสที่ 3 อาจทำให้มดลูกหดรัดตัวและนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ สำหรับการแก้ไขปัญหาหัวนมสั้นในระยะ หลังคลอดนั้นสามารถทำได้โดยการจัดท่าอุ้มให้นมที่เหมาะสม เช่น ท่าอุ้มลูกฟุตบอล และช่วยให้มารดาให้นมด้วยวิธีการดูดที่ถูกต้อง ถ้าลูกดูดไม่ติดหรือยังดูดไม่ลึกพอ ดูดหลุดเป็นระยะๆ ควรนำอุปกรณ์ใช้ดึงหัวนม (nipple puller) ช่วยดึงหัวนมให้ยื่นยาว ก่อนนำลูกเข้าดูดนมแม่ อีกทั้งจะต้องสร้างความมั่นใจให้แม่[4]

สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบ้านผือเมื่อปี 2565-2567 พบว่า มีจำนวน 743,676 และ 579 ตามลำดับ พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 89.78, 78.74 และ 56.66 ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการไม่ได้รับข้อมูลและการช่วยเหลือที่ถูกต้อง มารดาขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดประสบการณ์ ปัญหาสุขภาพของมารดาและทารก เช่น ปัญหาหัวนมสั้น ผลที่เกิดขึ้นคือแม่เจ็บหัวนม ลูกดูดไม่ได้นม เต้านมคัดจากผลการวิเคราะห์ปัญหาพบว่ามีปัญหาแม่อุ้มลูกเข้าดูดนมได้ยากลำบาก โดยเฉพาะแม่ที่มีหัวนมสั้นการเข้าเต้าจะมีความยากลำบากมากขึ้นทำให้แม่ท้อใจและขาดความมั่นใจในที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบโปรแกรมส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้ มีกิจกรรมเสริมทักษะเป็นรายกลุ่ม การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแก้ไขปัญหา โดยพยาบาลหลังคลอดเป็นดำเนินการขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาของภาวิน พัวพรพงษ์ และคณะ พบผลในช่วง 1เดือนแรกหลังคลอดอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวช่วง 1-2 สัปดาห์แรกลดลงค่อนข้างมากซึ่งอาจเกิดจากการที่มารดาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองจึงเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของนวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีเป็นรากฐานสำคัญของการเจริญเติบโตของทารกเจริญวัย เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบความยาวของหัวนมก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการสร้างหัวนมในมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้น
3. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนการเข้าเต้าก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการสร้างหัวนมในมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอด ที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ที่ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดามีความยาวของหัวนมน้อยกว่า 0.7 เซนติเมตร จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบบันทึกผลการทำนวัตกรรม บันทึกความยาวของหัวนม และประเมินการเข้าเต้า โดยบันทึก ในระยะแรกรับและใช้นวัตกรรม วันที่ 1 – 3 หลังการคลอด 2) แบบวัดความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้งาน 2) ความปลอดภัยของการใช้นวัตกรรม และ3) ประสิทธิภาพในการใช้นวัตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขั้นตอนวิธีการ เครื่องมือ เพื่อแก้ปัญหามารดามีความยาวของหัวนมน้อยกว่า 0.7 เซนติเมตร และมีคะแนนการเข้าเต้าน้อยกว่า 8 คะแนนในมารดาหลังคลอด ด้วยวิธีใช้นวัตกรรมการเข้าเต้าดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลกระทบและสาเหตุของการนำทารกเข้าเต้าไม่สำเร็จ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอด ประเมินลักษณะภาวะความสามารถในการให้นมบุตร อธิบายขั้นตอนการทำนวัตกรรม ขั้นตอนที่ 2 เริ่มต้นด้วยการสอนและสาธิตการอุ้มทารกเข้าเต้าในท่าต่างๆ อธิบายการอมและการดูดที่ถูกต้องของทารก นวดคลึงหัวนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับบริเวณฐานของหัวนมแล้วคลึงเบาๆ ประมาณครั้งละ 5 วินาทีเป็นเวลา 1-2 นาทีเพื่อให้หัวนมชูขึ้น จากการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวนม แล้วใช้กระบอกขนาด 20 ซีซี หรือขนาดที่เหมาะสมกับฐานหัวนมที่ตัดและเตรียมไว้ ครอบดึงหัวนมอย่างนุ่มนวล 5-10 ครั้ง ไม่ดึงแรงหรือค้างไว้นาน เพราะอาจทำให้ฐานหัวนมปริได้ ช่วยทำให้หัวนมยืดยาวออก ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการเข้าเต้า เช็ดทำความสะอาดบริเวณหัวนมและลานนม เลือกจุกนมที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วที่ขนาดเหมาะสมกับหัวนมแม่ ซึ่งเวลาทารกดูด ริมฝีปากทารกจะงับบริเวณลานนมพอดี ใช้น้ำนมแม่ ทาบริเวณลานนม หรือในมารดาที่น้ำยังไม่มีหรือมาน้อย ให้นำจุกนมจุ่มในน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว เพื่อให้จุกนมยึดติดลานนมได้ดี ไม่หลุดออกมาและไม่มีลมเข้าขณะทารกดูดนม ช่วยให้หัวนมไม่หลุดจากปากทารกขณะหยุดกลืนหรือพักการดูด ทารกสามารถอมและดูดจุกนมที่ครอบลานนมหัวนมแม่ได้ยาวนานไม่หลุดบ่อย ไม่ทำให้ทารกหงุดหงิด รวมทั้งช่วยเรื่องลดความเจ็บปวดของมารดาขณะที่ทารกดูดนม ลดความทุกข์ เพิ่มความสุขให้ทั้งมาดาและทารก แถมได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งต่อมารดาและทารก ส่งเสริมสายใยรัก และลดค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสม ขวดนมในแต่ละเดือน ทำนวัตกรรมการเข้าเต้าทั้งสองข้าง และแนะนำให้มารดานำทารกเข้าเต้าด้วยวิธีดังกล่าวตามที่ทารกต้องการ หรือไม่เว้นช่วงห่างเกิน 3 ชั่วโมง เพื่อให้ระดับของฮอร์โมนในการสร้างน้ำนมไม่ลดต่ำลง ทำให้การผลิตน้ำนมจะได้เพียงพอแต่ความต้องการของทารก อุปกรณ์ที่ใช้ทำนวัตกรรมจะให้มารดาเก็บไว้ข้างตียง ผู้ทำวิจัยจะสอนการเก็บรักษาและการฆ่าเชื้อเพื่อให้มารดาปฏิบัติเองได้ มีหม้อหุงเข้าให้ใช้สำหรับการนึ่งจุกนม มารดาสามารถขอคำปรึกษาได้ตลอดเวลา และให้มารดานำจุกนมกลับบ้านด้วย ขั้นตอนที่ 4 ส่งเสริมการเข้าเต้า ในการส่งเสริมการเข้าเต้านั้น แนะนำ/ช่วยเหลือ ให้มารดานำบุตรเข้าเต้าอย่างถูกวิธี ทุก 2 - 3 ชั่วโมง หรือตามที่ทารกต้องการ ซึ่งในช่วงแรกจะต้องคอยช่วยเหลือจัดท่าให้นม ช่วยเหลือการเข้าเต้า จนมารดาสามารถนำบุตรเข้าเต้าเองได้ จะมีการประเมินวัดความยาวของหัวนมและคะแนนการเข้าเต้าทุกวัน หากวันหลังๆหัวนมยืดยาวออก ทารกดูดนมได้เก่งขึ้น อาจไม่จำเป็นต้องใช้จุกครอบหัวนม จะพิจารณาตามความเหมาะสมหรือความสามารถของมารดาและทารกเป็นรายๆไป เน้นความพึงพอใจและความสุขสบายของมารดาและคะแนนการเข้าเต้าที่มากกว่า 8 ทารก

สามารถสร้างกรอบแนวคิดให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในการศึกษาวิจัย

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนีเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) เพื่อเพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมการเข้าเต้าเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี เพื่อเปรียบเทียบความยาวของหัวนมก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการเข้าเต้าในมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้น แบน บอด บุ๋ม และเพื่อเปรียบเทียบ คะแนนการเข้าเต้าก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการเข้าเต้าในมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้น แบน บอด บุ๋ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. จำนวนและร้อยละของของมารดาหลังคลอดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 25.68 ปี (S.D. = 7.55) โดยมีอายุต่ำสุด 15 ปี และอายุสูงสุด 40 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.00 ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.00 ประกอบอาชีพแม่บ้าน จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.50 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.00 โดยมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาคือรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.50 มีโรคประจำตัว 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.50 ที่พบโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) 2 ราย และภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) 1 ราย ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติดื่มสุรา จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.00 และไม่มีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.50

2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความยาวหัวนมในระยะ 3 วันแรกหลังคลอด พบว่า ความยาวหัวนมของมารดาหลังคลอด ในระยะแรกรับมีความยาวน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย $(\bar{X})$ 0.07 ซม.(S.D.=0.23) เมื่อได้ทำนวัตกรรม ในวันที่ 1 ค่าเฉลี่ย$(\bar{X})$ 0.29 ซม.(S.D.=0.23) ในวันที่ 2 ค่าเฉลี่ย$(\bar{X})$ 0.51 ซม.(S.D.=0.26) และยาวสูงสุดในวันที่ 3 ค่าเฉลี่ย$(\bar{X})$ 0.56 ซม.(S.D. = 0.28)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความยาวของหัวนมก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมนวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนม พบว่า หลังใช้นวัตกรรม(วันที่ 3) ความยาวหัวนมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น$(\bar{X})$ 0.49 ซม. (S.D.=0.32) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้นวัตกรรม (แรกรับ)ความยาวหัวนมเฉลี่ย$(\bar{X})$ 0.06 ซม. (S.D.=0.25) ขนาดของอิทธิพล (Effect Size) ตามเกณฑ์ของโคเฮน พบว่า ค่า Cohen's d มีค่าเท่ากับ 2.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value =0.000)

4. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนการเข้าเต้าในระยะ 3 วันแรกหลังคลอด พบว่า วันที่ 1 มารดามีคะแนนเฉลี่ย($\bar{X}$) 5.70 (S.D.=2.05) วันที่ 2 มารดามีคะแนนเฉลี่ย($\bar{X}$) 6.25 (S.D.=1.94) วันที่ 3 มารดามีคะแนนเฉลี่ย($\bar{X}$) 8.85 (S.D.=1.12)

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการเข้าเต้าก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมนวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนม พบว่า ในวันที่ 1 มารดามีคะแนนการเข้าเต้าเฉลี่ย 5.70 คะแนน (S.D. = 2.05) และเมื่อได้รับการดูแลด้วยนวัตกรรมอย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่ 3 พบว่าคะแนนการเข้าเต้าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 8.85 คะแนน (S.D. = 1.12) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนการเข้าเต้าของทารกในวันที่ 3 สูงกว่าวันที่ 1 ขนาดของอิทธิพล (Effect Size) พบว่าค่า Cohen's d มีค่าเท่ากับ 1.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =<0.001)

6. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อนวัตกรรมการสร้างหัวนม รายข้อ พบว่า ทุกรายการประเมินมีระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมากที่สุดทั้งหมด โดยมารดาให้คะแนนความพึงพอใจสูงสุดเป็นอันดับแรกในด้านประสิทธิภาพ คือ ข้อที่ 7 นวัตกรรมทำให้ได้รับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่($\bar{X}$= 4.75,S.D.=0.59) รองลงมาอยู่ในด้านการใช้งาน ได้แก่ ข้อที่ 2 นวัตกรรมมีความสะดวกต่อการใช้งาน สามารถทำได้ง่าย($\bar{X}$= 4.73,S.D.=0.60) และข้อที่ 3 นวัตกรรมสามารถทำเองได้ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย($\bar{X}$= 4.70,S.D.=0.65) ตามลำดับ ส่วนข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 8 นวัตกรรมลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาหลังคลอด และไม่มีความเสี่ยงในการเกิดการบาดเจ็บที่เต้านมหรือแผลที่เต้านมได้แต่ยังคงจัดอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดตามเกณฑ์การประเมิน

7. แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อนวัตกรรมการสร้างหัวนม รายด้าน พบว่า มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดในทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดเป็นอันดับแรก คือ ด้านการใช้งาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 (S.D.=0.74) รองลงมาคือ ด้านความปลอดภัยของการใช้นวัตกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 (S.D.=0.83) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดแต่ยังคงอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านประสิทธิภาพในการใช้นวัตกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 (S.D.=0.90) ตามลำดับ ความพึงพอใจภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 4.58 (S.D. = 0.82) ระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ โดยมีอายุเฉลี่ย 25.68 ปี (S.D. = 7.55) ซึ่งทางสูติศาสตร์ถือเป็นช่วงอายุที่มีความพร้อมและวุฒิภาวะทางร่างกายที่เหมาะสมที่สุดต่อการตั้งครรภ์และการสร้างน้ำนม (Lactation) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ด้านอายุนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชณัฐศิกานต์ น้อยเวช และคณะ[4] ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลระดับชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 26-28 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความตระหนักรู้และมักมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุที่กว้าง(15-40 ปี) แสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่ายและครอบคลุมกับมารดาทุกกลุ่มวัย แม้มารดาที่ประกอบอาชีพแม่บ้านจะมีข้อได้เปรียบเรื่อง เวลา ในการอยู่ใกล้ชิดและให้นมบุตรอย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจัย ด้านรายได้ที่จำกัด อาจเป็นอุปสรรคสำคัญหากมารดาต้องจัดซื้ออุปกรณ์ช่วย

ดึงหัวนม(Nipple puller) ที่มีราคาแพงตามท้องตลาด ดังนั้น การที่ผู้วิจัยได้คิดค้นนวัตกรรมการสร้างหัวนม ที่สามารถประดิษฐ์ได้เอง ทำได้ง่ายและประหยัดค่าใช้จ่าย จึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งกับบริบททางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องอย่างยิ่งกับ การศึกษาของ ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย และคณะ[5] ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านสภาพเศรษฐกิจครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงอุปกรณ์สนับสนุนการให้นมบุตร การส่งเสริมให้ใช้เครื่องมือหรือนวัตกรรมที่ดัดแปลงจากวัสดุทางการแพทย์ที่เข้าถึงง่าย จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในกลุ่มมารดาที่มีรายได้น้อยได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ผลของนวัตกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงความยาวของหัวนมและคะแนนการเข้าเต้า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความยาวหัวนมและคะแนนการเข้าเต้ามีลักษณะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยวันที่ 1 เป็นระยะเริ่มต้นของการตอบสนองของเนื้อเยื่อ วันที่ 2 เนื้อเยื่อเริ่มมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ส่งผลให้ทารกสามารถจับเต้าได้ดีขึ้น และวันที่ 3 เป็นระยะที่มารดาและทารกสามารถปรับตัวเข้าหากันได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด สะท้อนถึงกระบวนการปรับตัวทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอดตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย พรมแก้ว และคณะ[6] ที่พบว่าช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากเป็นระยะที่มารดายังอยู่ในกระบวนการเรียนรู้บทบาทมารดา ขณะที่ทารกกำลังพัฒนาทักษะการดูดนม หากมารดาประสบปัญหาการเข้าเต้าในช่วงนี้และไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความเครียด ความเจ็บปวด และลดแรงจูงใจในการให้นมแม่ ในช่วงเวลา 72 ชั่วโมงแรกถือเป็น หน้าต่างแห่งโอกาส(Window of Opportunity) ที่มีผลต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะยาว โดยการศึกษาของ กชกร วงศ์คำ และคณะ[7] พบว่า มารดาที่สามารถเริ่มให้นมแม่ได้สำเร็จภายใน 3 วันแรกหลังคลอด มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่อเนื่อง 6 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ประสบปัญหาการเข้าเต้าถึง 2.8 เท่า นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของคะแนน Latch Score อย่างต่อเนื่องยังสะท้อนให้เห็นว่านวัตกรรมไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อความยาวหัวนมเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูดนมของทารก ลดความเจ็บปวดของมารดา และเพิ่มความมั่นใจในการให้นมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ บุญมี และคณะ[8] ที่พบว่ามารดาที่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเข้าเต้าอย่างเหมาะสมจะมีระดับความเชื่อมั่นในตนเองด้านการให้นมแม่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่แตกต่างออกไป โดย รัชนีกร แก้วสุวรรณ และคณะ[9] พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ภาระงานของมารดา และความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับน้ำนมมีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องของการให้นมแม่มากกว่าปัจจัยด้านกายภาพเพียงอย่างเดียว ดังนั้น แม้นวัตกรรมจะสามารถแก้ไขปัญหาหัวนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนยังจำเป็นต้องอาศัยระบบสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวร่วมด้วย

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมการเข้าเต้า มารดามีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความสะดวกในการใช้งาน ความประหยัด และความสามารถในการใช้ด้วยตนเอง สะท้อนให้เห็นว่านวัตกรรมมีความเหมาะสมต่อบริบทของมารดาหลังคลอดในชุมชนและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร แสงทอง และคณะ[10] ซึ่งศึกษาการยอมรับนวัตกรรมทางสุขภาพในมารดาหลังคลอด พบว่า อุปกรณ์ที่มีขั้นตอนการใช้งานไม่ซับซ้อน ราคาประหยัด และสามารถใช้ได้ด้วยตนเอง จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและลดการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์

โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจระดับสูงสะท้อนถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านสุขภาพ (Health Empowerment) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้มารดารู้สึกว่าสามารถควบคุมและจัดการปัญหาของตนเองได้ การที่มารดาสามารถใช้นวัตกรรมได้ด้วยตนเองยังช่วยลดความเครียด ความรู้สึกล้มเหลว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมแม่

ในด้านความปลอดภัย แม้มารดาจะให้คะแนนความพึงพอใจสูงเกี่ยวกับการไม่เกิดบาดแผลหรือภาวะแทรกซ้อน แต่ประเด็นเรื่องอาการแพ้และความปลอดภัยของวัสดุกลับเป็นข้อกังวลที่ได้รับคะแนนต่ำที่สุด สะท้อนว่ามารดาหลังคลอดยังคงให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยของวัสดุที่สัมผัสกับร่างกายและอาจมีผลต่อทารก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ทองดี และคณะ[11] ที่พบว่าปัจจัยด้านมาตรฐานวัสดุ ความสะอาด และการรับรองความปลอดภัยทางชีวภาพ มีผลต่อการตัดสินใจใช้นวัตกรรมสุขภาพของมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังมีงานวิจัยบางส่วนที่ พบว่า ความพึงพอใจของมารดาไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของอุปกรณ์เพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับทัศนคติของบุคลากรทางสุขภาพ การได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม และประสบการณ์การให้นมแม่ในอดีต โดยการศึกษาของ ปาริชาติ สุขเกษม และคณะ[12] พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนเชิงบวกจากพยาบาลและครอบครัว จะมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมและมีแนวโน้มให้นมแม่ต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ นวัตกรรมดังกล่าวยังสะท้อนแนวคิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ (Health Equity) เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่ต้นทุนต่ำ ใช้งานง่าย และสามารถเข้าถึงได้ในระดับชุมชน จึงมีศักยภาพในการลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือกลุ่มประชากรเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพในปัจจุบัน

4. ประสิทธิภาพของนวัตกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของความยาวหัวนม จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า นวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประสิทธิภาพสูงมากในการช่วยแก้ปัญหาทางกายภาพให้แก่มารดา โดยสามารถเพิ่มความยาวของหัวนมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระยะแรกรับก่อนใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหัวนมสั้นอย่างชัดเจน โดยมีความยาวเฉลี่ยเพียง 0.06-0.07 เซนติเมตร ซึ่งเป็นอุปสรรคทางสรีรวิทยาที่ทำให้ทารกไม่สามารถงับลานนมได้ลึกพอ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องจนถึงวันที่ 3 พบว่าหัวนมมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างก้าวกระโดด โดยมีความยาวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 0.49-0.56 เซนติเมตร ยิ่งไปกว่านั้น ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect Size) ตามเกณฑ์ของโคเฮนที่มีค่าสูงถึง 2.35 เป็นการยืนยันเชิงประจักษ์ว่านวัตกรรมนี้ทรงประสิทธิภาพอย่างยิ่งในทางคลินิก (Large clinical effect) ภาวะหัวนมสั้นมักเกิดจากความตึงรั้งของพังผืด (Adhesions) หรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันบริเวณฐานหัวนม การที่นวัตกรรมสามารถสร้างแรงดึงดูดแบบสุญญากาศที่คงที่และนุ่มนวล (Gentle mechanical traction) จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการยืดขยายของเนื้อเยื่อบริเวณลานหัวนมอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้หัวนมสามารถยื่นยาวออกมาได้จริงและคงรูปอยู่ได้นานพอที่จะให้นมบุตร ผลการศึกษานี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับ งานวิจัยของ จตุพร เพิ่มพรสกุล และคณะ[13] ที่ศึกษาในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอด และพบว่าการใช้นวัตกรรมการสร้างหัวนมด้วยระบบแรงดึงสุญญากาศ สามารถช่วยเพิ่มความยาวเฉลี่ยของหัวนมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยัง สนับสนุน ข้อค้นพบของ ขวัญนภา คงปาน[14] ที่ประเมินผลอุปกรณ์ดึงหัวนมแบบดัดแปลงและพบว่าสามารถบำบัดภาวะ

หัวนมสั้นให้กลับมาอยู่ในระดับปกติที่พร้อมให้นมบุตรได้สำเร็จภายในระยะเวลาอันสั้น

5. ประสิทธิภาพของนวัตกรรมต่อคะแนนการเข้าเต้า (LATCH Score) การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของหัวนมที่ยื่นยาวขึ้นส่งผลเชิงบวกโดยตรงต่อพฤติกรรมการเข้าเต้าของทารกอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาพบว่าคะแนนการเข้าเต้าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 5.70 คะแนนในวันที่ 1 สูงขึ้นเป็น 8.85 คะแนนในวันที่ 3 (ค่า Cohen's d = 1.90) แสดงให้เห็นว่า ความยาวของหัวนมที่เพิ่มขึ้นจากนวัตกรรม (มากกว่า 0.5 เซนติเมตรขึ้นไป) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ทารกสามารถใช้ริมฝีปากแนบสนิทและใช้เหงือกรีดกระเปาะน้ำนมบริเวณลานนมได้อย่างถูกต้อง (Proper latch-on) การเข้าเต้าที่ถูกวิธีนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ แต่ยังช่วยกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสบริเวณลานนม ส่งสัญญาณไปยังต่อมใต้สมองเพื่อหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (Prolactin) และออกซิโทซิน (Oxytocin) ได้อย่างสมบูรณ์ และลดอัตราการเกิดแผลบาดเจ็บที่เต้านมของมารดา ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ปิยะรัตน์ แสงบำรุง และคณะ[15] ที่ระบุว่าการจัดการแก้ไขสรีระหัวนมสั้นด้วยเครื่องมือหรือนวัตกรรมที่เหมาะสมตั้งแต่วันแรกหลังคลอด จะช่วยเพิ่มคะแนนความสามารถในการอมลานนมของทารกและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนให้นำนวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บรรจุเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Nursing Practice) ในห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะหัวนมสั้นหรือหัวนมบอดได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จัดให้มีระบบติดตามและประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อเฝ้าระวังปัญหาและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที และส่งเสริมการทำงานแบบ สหสาขาวิชาชีพร่วมกัน ได้แก่ พยาบาล ห้องคลอด ห้องหลังคลอด และคลินิกนมแม่ เพื่อให้การดูแลมารดาและทารกมีความต่อเนื่องและครอบคลุม

2. ด้านการพยาบาลที่สำคัญ คือ พยาบาลควรประเมินลักษณะหัวนมและปัญหาการเข้าเต้าของมารดาตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมควรส่งเสริมการให้มารดาได้เริ่มให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และติดตามการเข้าเต้าอย่างใกล้ชิดในช่วง 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลควรสอนและสาธิตวิธีใช้นวัตกรรมอย่างถูกต้อง รวมทั้งแนะนำการจัดท่าให้นมและการอุ้มทารกที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูดนมและลดการเกิดหัวนมแตก ควรให้การสนับสนุนด้านจิตใจ สร้างความมั่นใจ และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหาเกี่ยวกับการให้นมแม่ เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพยาบาลควรให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และการสนับสนุนมารดาหลังคลอด เพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมและช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ควรบรรจุนวัตกรรมการเข้าเต้าต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไว้ในชุดบริการมาตรฐานของคลินิกนมแม่และหอผู้ป่วยหลังคลอด เพื่อช่วยเหลือมารดาที่มีภาวะหัวนมสั้นหรือหัวนมบอด ตั้งแต่ระยะแรก พัฒนามาตรฐานด้านวัสดุศาสตร์และแสดงข้อมูลการทดสอบการระคายเคืองหรือการรับรองความปลอดภัยของวัสดุอย่างชัดเจน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ใช้งาน และจัดทำสื่อการสอนในรูปแบบดิจิทัล เช่น วิดีโอสั้นหรือ QR Code เพื่อ

ส่งเสริมการใช้งานด้วยตนเองและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลหลังจำหน่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ 3 และ 6 เดือนหลังคลอด เพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและโภชนาการของทารก

2. ควรศึกษาความเข้ากันได้ทางชีวภาพของวัสดุ (Biocompatibility) รวมถึงการพัฒนาวัสดุทีปลอดภัย เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และลดความเสี่ยงต่อการแพ้

3. ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความเครียดหลังคลอด ความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิผลของนวัตกรรมในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Eglash A, Montgomery A, Wood J. Breastfeeding. Disease-a-Month. 2008;54(6):343-411.
2. วชิระ เพ็งจันทร์. การส่งเสริมสัญลักษณ์ 1, 6, 2 (นมแม่ 1 ชั่วโมงแรก นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และนมแม่ต่อเนื่อง 2 ปี). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและเป้าหมายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. Tangsuksan P. Breastfeeding Promotion in Pregnant women. Journal of Public Health Nursing. 2011;25(3):103-119.
5. ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย, หนูนิด เวชกามา. ผลการจัดท่าอุ้มให้นมลูกและการงับอมหัวนมต่อประสิทธิภาพการดูดนมแม่ และภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลยโสธร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;19(3). (หมายเหตุ: เอกสารต้นฉบับระบุปี 2564 อาจเป็นช่วงเก็บข้อมูลหรือรายงานฉบับแรก)
6. อรทัย พรมแก้ว, และคณะ. ความสำคัญของช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอดต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. [รายงานการวิจัย]. 2565.
7. กชกร วงศ์คำ, และคณะ. การศึกษาการเริ่มให้นมแม่ได้สำเร็จภายใน 3 วันแรกหลังคลอดกับโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่อเนื่อง 6 เดือน. [รายงานการวิจัย]. 2564.
8. วิไลลักษณ์ บุญมี, และคณะ. การช่วยเหลือด้านการเข้าเต้าอย่างเหมาะสมกับระดับความเชื่อมั่นในตนเองด้านการให้นมแม่. [รายงานการวิจัย]. 2566.
9. รัชนีกร แก้วสุวรรณ, และคณะ. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ภาระงานของมารดา และความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องของการให้นมแม่. [รายงานการวิจัย]. 2565.
10. จิราพร แสงทอง, และคณะ. การศึกษาการยอมรับนวัตกรรมทางสุขภาพในมารดาหลังคลอด. [รายงานการวิจัย]. 2564.
11. ศิริลักษณ์ ทองดี, และคณะ. ปัจจัยด้านมาตรฐานวัสดุ ความสะอาด และการรับรองความปลอดภัยทางชีวภาพต่อการตัดสินใจใช้นวัตกรรมสุขภาพของมารดาหลังคลอด. [รายงานการวิจัย]. 2567.
12. ปาริชาติ สุขเกษม, และคณะ. การสนับสนุนเชิงบวกจากพยาบาลและครอบครัวต่อความพึงพอใจและการให้นมแม่ต่อเนื่อง. [รายงานการวิจัย]. 2565.
13. จตุพร เพิ่มพรสกุลและคณะ. ผลของการใช้นวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีหัวนมสั้น.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช 2564;8:154-67.
14. ขวัญนภา คงปาน, วนิดา สุขรัตน์, ตรีชฎา ศิริรักษ์. นวัตกรรม “ดึง-ดูด” บำบัดภาวะหัวนมสั้นและหัวนมบอด. นครศรีธรรมราช: วิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้; 2566. (หมายเหตุ: อ้างอิงในเอกสารระบุปี 2565 แต่ข้อมูลตีพิมพ์ออนไลน์พบในปี 2566)
15. ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, วิศริยาพรรณ สืบศิรินุกูล, กนกวรรณ กกกระโทก, และคณะ. บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาหัวนมสั้น. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565;28(1).

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดต่อความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี

The effect of a contraceptive education program on contraceptive knowledge among pregnant adolescents in Sam Phrao Subdistrict, Udon Thani Province.

(Received: September 29, 2026; Revised: September 30, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วรนุช ไชยวาน[1] อำภา ทาเวียง[2]ชรินทร์พร ชะมะรา[2]
Woranuch Chaiwan[1] Ampa Thawiang[2] Charinporn Chamra[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดต่อความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่นตั้งครรภ์ในตำบลสามพร้าว จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด ผ่านการตรวจสอบด้วยค่าความ สอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (IOC=0.86) และ 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดและ แบบสอบถามวิธีการคุมกำเนิดหลังคลอด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI=0.89) วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของวัยรุ่นตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) สัดส่วนของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ตัดสินใจ คุมกำเนิดโดยมีการปรึกษาครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ (p-value<.001)

คำสำคัญ: การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สตรีตั้งครรภ์

Abstract

This research aimed to study the impact of contraception education on the knowledge of contraception methods among 30 pregnant adolescent women in Sam Phrao Subdistrict, Udon Thani Province. A purposive sampling method was used to select the participants based on researcher-defined criteria. The research instruments consisted of two parts: 1) contraception education, validated with content validity (IOC=0.86), and 2) data collection instruments, including a questionnaire on contraception knowledge and a questionnaire on postpartum contraception, validated with content validity (CVI=0.89). Data were analyzed using descriptive statistics and paired sample t-tests to compare differences.

The results showed that after participating in the program, the average score on contraception knowledge among pregnant adolescent women increased significantly (p-value<.001). The proportion of pregnant adolescent women who decided to use contraception also increased. Contraception education with family consultation significantly increased (p-value<.001).

Keywords: Contraception, Adolescent Pregnancy, Pregnant Women

บทนำ

วัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นปัญหาทางสังคมและสาธารณสุขที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ปัญหานี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กและมารดา แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม เนื่องจากการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นมักมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางสุขภาพกายและจิตใจของมารดาและทารก โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม[1]

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี Corresponding author

ทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักมีความเสี่ยงต่อน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานเมื่อแรกเกิด การคลอดก่อนกำหนดและความเสี่ยงในการเสียชีวิตในช่วงแรกเกิดเพิ่มขึ้น วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักขาดความพร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการศึกษา อาชีพ และการดูแลบุตร ส่งผลให้เกิดความลำบากในการดำเนินชีวิตในอนาคต การตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นมักมาพร้อมกับความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจของมารดา เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด[2] ปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะสั้น แต่ยังอาจส่งผลกระทบในระยะยาวต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก อาจกล่าวได้ว่าการเกิดของทารกจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดที่ด้อยคุณภาพ[3] เนื่องจากส่วนใหญ่ขาดการวางแผนหรือเตรียมความพร้อมสำหรับการมีบุตร นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบไปสู่ด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีโอกาสสูงที่จะหยุดการศึกษา ส่งผลให้มีโอกาสในการหางานที่ดีลดลง และอาจพบกับปัญหาทางเศรษฐกิจในระยะยาว จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2022 พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่พบได้มากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น[4]

จากการศึกษาของ World Health Organization (WHO) และ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) พบว่าโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จมักประกอบด้วย การสื่อสารแบบโต้ตอบ การเชื่อมโยงความรู้กับสถานการณ์ชีวิตจริง การจัดการกับความเชื่อผิด ๆ และการสร้างทักษะการตัดสินใจ[5] งานวิจัยในประเทศที่มีโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้ผล เช่น Comprehensive Sexuality Education ของสหราชอาณาจักรและเนเธอร์แลนด์ พบว่าการใช้กิจกรรมที่ออกแบบเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น วัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์ มีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการคุมกำเนิด[6] รวมถึงงานวิจัยในประเทศไทย จากการศึกษาของสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่คำนึงถึงวัฒนธรรมและบริบทชุมชนจะช่วยเพิ่มความเข้าใจและการยอมรับในกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นในการออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่นครั้งนี้จึงมีความแตกต่างจากวิธีการให้ความรู้ปกติ โดยนอกจากจะเป็นการเรียนรู้จากสื่อแล้วผู้วิจัยยังออกแบบกิจกรรมให้มีการโต้ตอบแบบรายบุคคลระหว่างวัยรุ่นตั้งครรภ์กับผู้ให้ความรู้เพื่อทำความคุ้นเคยและเป็นการเปิดใจและให้ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจบริบทของวัยรุ่นแต่ละคนไม่ใช่การเหมารวม การเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยจากการศึกษาของ Kirby ที่ระบุว่าโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จควรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสามารถถามคำถามและได้รับคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ[6]

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางการให้ความรู้ในการคุมกำเนิดในวัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การจัดให้มีกิจกรรมในระยะหลังคลอด เช่น การจัดโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดในสตรีหลังคลอด การให้ความรู้และการส่งเสริมการเข้าถึงการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการลดอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยเฉพาะการให้บริการและข้อมูลที่เหมาะสมทันทีหลังคลอดช่วยเพิ่มโอกาสที่สตรีวัยรุ่นจะใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้วัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น[7] อย่างไรก็ตามผู้วิจัยตระหนักเห็นว่าการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดในระยะหลังคลอดอาจไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่จะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลการวิจัยยืนยันว่าการให้ข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้[8] อาจกล่าวได้ว่าการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดเป็นตัวสนับสนุน

ประการหนึ่งในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น เนื่องจากเป็นการเพิ่มความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ส่งเสริมการตัดสินใจภายใต้การมีข้อมูลสนับสนุน ลดความเข้าใจผิดและเพิ่มความมั่นใจ ตลอดจนการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ[9] ความรู้จะนำบุคคลไปสู่การสร้างหรือปรับพฤติกรรมที่ไม่ใช่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามสัญชาตญาณ[10]

ผลการทบทวนบริบทของหน่วยงานที่ให้บริการด้านการตรวจหลังคลอดและการคุมกำเนิดในตำบลสามพร้าวแก่สตรีทุกช่วงวัยที่ต้องการวางแผนการมีบุตร พบว่าสตรีวัยรุ่นมาตรวจหลังคลอดในระยะ 4-6 สัปดาห์ หลายรายมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดโดยไม่ได้ป้องกัน และจากการซักถามเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดในหญิงหลังคลอดในหมู่บ้านตำบลสามพร้าว พบว่าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าไม่ทราบวิธีการคุมกำเนิด ไม่รู้จะเลือกอย่างไร รูปแบบวิธีการสอนแบบพูดให้ฟังโดยไม่มีสื่อประกอบที่ชัดเจนพอไม่เฉพาะเจาะจง และการให้ความรู้แบบที่ไม่มีการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการเลย อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดคลาดเคลื่อน นำไปสู่ความลังเลและไม่มั่นใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสำหรับตนเองได้ นำมาสู่การตั้งครรภ์ได้ ประกอบกับการให้บริการวัยรุ่นตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ จะเน้นในเรื่องการประเมินความพร้อมและการปรับบทบาทเข้าสู่การเป็นมารดาเป็นหลัก ยังขาดการให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอย่างเข้มข้นเหมาะสมกับช่วงวัยรุ่นโดยเฉพาะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดต่อความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดและการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่นตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

1.ภายหลังได้รับการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด วัยรุ่นตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนให้ความรู้

2. ภายหลังได้การให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด สัดส่วนการตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอดในวัยรุ่นตั้งครรภ์สูงกว่าสัดส่วนความไม่แน่ใจที่จะคุมกำเนิด

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ศึกษากลุ่มเดียวแบบวัดผลก่อนและหลังการศึกษา (one group pre-post test design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด การตัดสินใจคุมกำเนิด ในสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดเป็นแนวทางที่สำคัญในการช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมภายใต้แนวคิดการจัดการเรียนรู้ของเบญจามิน บลูม (Bloom,1956) ที่อธิบายว่าการเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิม ไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการ ฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ วุฒิภาวะ หรือความบังเอิญ หากบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านพุทธพิสัย) โดยผู้วิจัยเชื่อว่าหากวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้เรียนรู้และรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดอย่างเพียงพอจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ สื่อที่เข้าใจง่ายและการสื่อสารที่เป็นกันเอง จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้นและจะนำไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเองในระยะหลังคลอดได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่อยู่ในตำบลสามพร้าวในช่วงเวลาที่

ทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กำหนดขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power เพื่อทดสอบความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ต้องการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม โดยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ที่ระดับ 0.522 ความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ(1-β) ที่ 0.80 ทำให้ได้จำนวนขนาดตัวอย่างที่ 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างดำเนินการศึกษา ชดเชยที่ ร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นในการศึกษานี้ จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 15-19 ปี 2) อายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป 3) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ด้วยภาษาไทยได้ 4) ไม่เป็นผู้พิการหรือบกพร่องทางด้านสติปัญญา 5) ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิต 6) การตั้งครรภ์ครั้งนี้มีพ่อแม่ หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมรับทราบ 7) เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก 8) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน และขอถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่นตั้งครรภ์ประกอบด้วยแผนการสอนและสื่อการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น กิจกรรมโปรแกรมประกอบด้วย 1) **ทำความรู้จัก** เป็นการทำความรู้จักกันระหว่างผู้วิจัยและวัยรุ่นตั้งครรภ์เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเกิดความเชื่อใจกันและกัน ด้วยคำพูดและการสื่อสารที่เป็นกันเอง ชี้แจงกิจกรรมที่วัยรุ่นตั้งครรภ์จะได้รับ2) **กิจกรรมที่ 1 การเสริมอาวุธการคุมกำเนิด** เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสำหรับวัยรุ่นเน้นวิธีการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ได้แก่ การคุมกำเนิดด้วยห่วงอนามัย และการคุมกำเนิดด้วยยาคุมชนิดฝังยาฉีดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย เนื้อหาครอบคลุมกลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ ประสิทธิภาพและข้อจำกัดของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี สื่อที่ใช้ประกอบด้วย ภาพพลิกแสดงวิธีการคุมกำเนิดพร้อมคำอธิบายแบบสั้นสำหรับวัยรุ่น 3) **กิจกรรมที่ 2 ปัญหาวัยรุ่นใคร่รู้** เป็นการเปิดโอกาสให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และผู้วิจัยเป็นผู้ตอบข้อสงสัยจนผู้รับบริการเข้าใจ ตัวต่อตัว

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามข้อมูลวิจัย 1 ชุด ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลด้านอายุ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ การอยู่อาศัยและจำนวนสมาชิกในครอบครัวของวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยสตรีตั้งครรภ์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองด้วยการเขียนคำตอบหรือการเลือกทำเครื่องหมาย √ ในช่องว่างหน้าคำตอบที่ต้องการเลือก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุครรภ์ปัจจุบัน ครั้งที่ของการมาฝากครรภ์ วิธีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเติมคำและแบบเลือกตอบโดยการทำเครื่องหมาย √ ในช่องว่างหน้าคำตอบที่ต้องการเลือก

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด ประกอบด้วยข้อคำถามทดสอบความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 12 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจากตัวเลือก 3 ตัวเลือกได้แก่

ตอบ ใช่ กรณีที่สตรีตั้งครรภ์เห็นว่าข้อความที่ให้ถูกต้อง

ตอบ ไม่ใช่ กรณีที่สตรีตั้งครรภ์เห็นว่าข้อความที่ให้นั้นไม่ถูกต้อง

ตอบ ไม่แน่ใจ กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ตอบใช่	1	0
ตอบไม่ใช่	0	1
ตอบไม่แน่ใจ	0	0

แบบสอบถามนี้มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนนต่ำที่สุดคือ 1 คะแนน คะแนนสูงที่สุดคือ 15 คะแนน. โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของคะแนน (bloom,1975) เป็น 3 ระดับได้แก่

คะแนน 12-15	หมายถึง	ความรู้ระดับสูง
คะแนน 8-11	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน 0-7	หมายถึง	ความรู้ในระดับพอใช้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการตัดสินใจในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 2 ข้อ โดยการทำเครื่องหมาย √ ในช่องว่างหน้าคำตอบที่เลือก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ววิเคราะห์หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (index of Item-objective congruence; IOC) ได้ค่า เท่ากับ 0.86 โดยให้นำไปเสนอขอคำปรึกษาและข้อคิดเห็นจากอาจารย์ที่ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วยอาจารย์สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่านเพื่อให้เกิดความเข้าใจแก่ผู้ตอบคำถาม และสามารถใช้ศึกษาวิจัยได้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความเพื่อให้ชัดเจน กระชับตามข้อเสนอแนะและความคิดเห็นทั้งหมด จนได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ที่สุดและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา แล้วจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างจริง และนำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วไปหาค่า Content validity index (CVI) ได้ค่า เท่ากับ 0.89 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขจนได้แบบสอบถาม ที่มีความสมบูรณ์ที่สุดและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน และนำผลที่ได้มาหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson (KR-20) ได้ค่า เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ถึงผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอเข้าชี้แจงกลุ่มเป้าหมายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการศึกษา

2. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการศึกษา พร้อมกับขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

4 ดำเนินการตามโปรแกรมการผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แจงรายละเอียดโครงการ อธิบายบทบาทและสิทธิของสตรีตั้งครรภ์ในขณะเข้าร่วมการศึกษาจนเข้าใจ เนื้อหาที่ชี้แจงประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัย และบทบาทของอาสาสมัครว่าอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะต้องมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม ให้ครบ 3 กิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยอาสาสมัครจะได้เรียนรู้วิธีการคุมกำเนิด ตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการเรียนรู้ เพื่อ

ประกอบการตัดสินใจอีกครั้ง จากนั้นมอบเอกสารชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยพร้อมแบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาของอาสาสมัคร ให้สตรีตั้งครรภ์นำไปศึกษาและทำความเข้าใจเพิ่มเติมที่บ้านเพื่อประกอบการตัดสินใจ เมื่อเข้าใจดีแล้วจึงลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาเป็นลายลักษณ์อักษรและนำมาติดต่อกับผู้วิจัยในการนัดหมายครั้งต่อไป ผู้วิจัยให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามข้อมูลวิจัย ส่วนที่ 1, 2, 3 และ 4 .ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 2 และ 3 ตามลำดับ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามภายหลังการศึกษาในส่วนที่ 3 และ 4 ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลที่เป็นนามบัญญัติ จะวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง อายุ ความรู้ ทัศนคติ จะวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ ทดสอบความแตกต่าง paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ตัดสินใจคุมกำเนิด และเปรียบเทียบความแตกต่าง ของสัดส่วนของวิธีการคุมกำเนิดหลังคลอดด้วยสถิติ binomial test

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า วัยรุ่นตั้งครรภ์ มีอายุเฉลี่ย 16 ปี (SD=1.81) อายุต่ำสุด 13 ปี และอายุสูงสุด 19 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.4 มีอาชีพเป็นนักเรียน จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.7 อาศัยอยู่กับแม่ตนเอง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.1 อายุครรภ์เฉลี่ยที่ 21 สัปดาห์ 2 วัน โดยมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ 1 วัน ไปจนถึง 33 สัปดาห์ ส่วน ใหญ่เป็นครั้งแรก จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.5 ก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คุมกำเนิดด้วยวิธีกินยาคุมกำเนิด จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.6 และไม่ได้คุมกำเนิด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.3 การตั้งครรภ์ครั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ตั้งใจที่จะมีบุตร จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.2 มีสตรีตั้งครรภ์เพียง 8 ราย เท่านั้นที่ระบุว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เกิดจาก ความตั้งใจมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 25.8

ผลการศึกษาเกี่ยวกับคะแนนความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิด พบว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยวัยรุ่นตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดเฉลี่ยที่ 5.61 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน (SD= 2.85) ซึ่งแปลผลได้ว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดในระดับพอใช้ แต่ภายหลังการเข้าร่วมวิจัยพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวน 29 รายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น และจำนวน 1 รายมีคะแนนความรู้ไม่เปลี่ยนแปลง โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยภายหลังการวิจัยมีค่าเท่ากับ 11.7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน (SD= 1.995) ซึ่งแปลผลได้ว่ามีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษาด้วยสถิติ Paired sample T-test พบว่าภายหลังเข้าร่วมการวิจัยวัยรุ่นตั้งครรภ์มีคะแนน

ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <.001)

ผลการศึกษาด้านการตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอดและวิธีการคุมกำเนิดที่สนใจจะเลือกใช้ พบว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยวัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 43.33) มีความลังเลใจต่อการคุมกำเนิดหลังคลอด แต่ภายหลังเข้าร่วมการวิจัยพบว่ามีวัยรุ่นตั้งครรภ์เพียง 2 ราย (ร้อยละ 6.67) ที่ยังลังเลใจต่อการคุมกำเนิดหลังคลอด ในขณะเดียวกันพบว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยมีวัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 60.00) ตั้งใจจะคุมกำเนิดหลังคลอดในครรภ์ปัจจุบัน และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่ามีวัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 96.67) ที่ตั้งใจจะคุมกำเนิดหลังคลอด ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติไบโนเมียล (Binomial test) พบว่าภายหลังการวิจัยสัดส่วนของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ตัดสินใจคุมกำเนิดสูงกว่าสัดส่วนของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ยังไม่แน่ใจต่อการคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่วัยรุ่นตั้งครรภ์สนใจ พบว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว (ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด) เป็นวิธีการที่วัยรุ่นตั้งครรภ์สนใจมากที่สุดจำนวน 19 ราย (คิดเป็นร้อยละ 63.33) ในขณะที่วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (การใช้ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย) ได้รับความสนใจรองลงมาจำนวน 14 ราย (คิดเป็นร้อยละ 46.67) ภายหลังการวิจัยพบว่าวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรได้รับความสนใจมากที่สุดจำนวน 29 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.67) ในขณะที่วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวได้รับความสนใจจากวัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวน 5 ราย (คิดเป็นร้อยละ 16.67) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Binomial test พบว่าภายหลังการวิจัยสัดส่วนของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีความสนใจวิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร มากกว่าสัดส่วนของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีความสนใจวิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่จัดในช่วงตั้งครรภ์ สามารถส่งเสริมความรู้และสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดก่อนเข้าร่วมอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าวัยรุ่นจำนวนมากยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับทางเลือกด้านการคุมกำเนิด รวมถึงยังมีทัศนคติที่ไม่ชัดเจนต่อการวางแผนครอบครัว อย่างไรก็ตาม หลังเข้าร่วมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการให้ความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดในช่วงตั้งครรภ์[11,12] ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

สัดส่วนของการตัดสินใจจะคุมกำเนิดหลังคลอดและสัดส่วนของการเลือกวิธีการคุมกำเนิดด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ผ่านมาพบว่า การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (Long-acting Reversible Contraception: LARC) เช่น ยาฝังหรือห่วงอนามัย มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลครบถ้วน เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก ปลอดภัย และไม่ต้องพึ่งพาการใช้ซ้ำ และผลการศึกษาวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ข้อเสนอแนะ

การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดจากการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของการบูรณาการการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด โดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งมีความอ่อนไหวทั้งทางร่างกายและจิตใจ จำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่เหมาะสม เชื่อถือได้ และสื่อสารในเชิงสนับสนุนไม่ตัดสิน ผลการวิจัยสนับสนุนความเชื่อภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดในวัยรุ่นได้ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มมากขึ้นจึงเกิดการตัดสินใจคุมกำเนิดและเลือก

วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพให้กับตนเองได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022). Adolescent pregnancy. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
2. Vieira Martins, M., Karara, N., Dembiński, L., Jacot-Guillarmod, M., Mazur, A., Hadjipanayis, A., & Michaud, P. A. (2023). Adolescent pregnancy: An important issue for paediatricians and primary care providers—A position paper from the European academy of paediatrics. Frontiers in Pediatrics, 11. https://doi.org/10.3389/FPED.2023.1119500
3. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, ก. ก. (2564). การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569)
4. Poudel, S., Razee, H., Dobbins, T., & Akombi-Inyang, B. (2022). Adolescent Pregnancy in South Asia: A Systematic Review of Observational Studies. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(22). https://doi.org/10.3390/ijerph192215004
5. World Health Organization (WHO). (2020). Adolescent Pregnancy. Retrieved from https://www.who.int
6. Kirby, D. (2007). Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases.
7. พรรณพิไล, ศ., & ฤดี ปุงบางกะดี, จิราวรรณ ดีเหลือ, จิระศักดิ์ สาระรัตน์, พัชนียา เชียงตา, ชัชฎาพร จันทรสุข, ลวิตรา เขียวคำ, ร. แ. (2021). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำาเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำาเนิด ในมารดาวัยรุ่น. พยาบาลสาร, 48(1), 199–209.
8. Smith, C., Kavanaugh, M. L., & Stover, J. (2020). Strategies for promoting contraceptive use among adolescents and young adults. Journal of Adolescent Health, 66(4), 567-574.

UNFPA. (2023). Delivering on Unfpa'S Strategic Plan.

9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Teen Pregnancy Prevention. Retrieved from https://www.cdc.gov
10. Bloom, S. J. (1975). Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain. New York: David Mckay.
11. เฉลิมลักษณ์ วิจิตรานนท์, ส. ด. (2566). การประเมินผลการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของภาคีเครือข่าย จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 46(2), 69–84.
12. นิตยา เพ็ญศิรินภา. (2564). ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน , 7(ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน 2564)), 1–16.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

Development of a Homeward Care Model for Patients with Chronic Diseases in a 30-Bed Community Hospital: A Case Study of Nonsang Hospital, Nong Bua Lamphu Province.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นิโลบล ช่วยแสง[1]
Nilobon Chuaysaeng[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward รวมทั้งศึกษาผลระยะขยายผลในโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้และประเมินผล และปรับปรุงขยายผล ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับเชิงคุณภาพ ประเมินผลทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานกลุ่ม Homeward 303 คน และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล 286 คน โดยไม่สุ่มจัดกลุ่ม ประเมินการดูแลตนเองและสุขภาพโดยรวมกลุ่มละ 110 คน และขยายผลในผู้ป่วยใหม่ 150 คน เครื่องมือประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์ แบบบันทึกทางคลินิก SC-CII แบบประเมิน EQ-5D-5L และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ Welch's t-test, paired t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินทางและต้องการการติดตามต่อเนื่อง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความพร้อม แผนดูแลรายบุคคล การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามประสานงาน และการจัดการอาการผิดปกติและประเมินผล กลุ่ม Homeward มี HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.90 จุดร้อยละ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 0.32 จุดร้อยละ แต่เมื่อปรับค่าตั้งต้นไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p = .281$) กลุ่ม Homeward มีคะแนนการดูแลตนเองและความมั่นใจต่ำกว่า แต่มีความพึงพอใจสูงกว่า ($p < .001$) ส่วน EQ VAS ไม่แตกต่างกัน ($p = .235$) ระยะขยายผลติดตามครบตามแผนร้อยละ 92.7 ผู้ที่มีข้อมูลครบคู่มี HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.57 จุดร้อยละ ($p < .001$) ขณะที่ EQ VAS ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การดูแลที่บ้าน; โรคเรื้อรัง; การพัฒนารูปแบบ; โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This research and development study aimed to examine care needs, develop and evaluate a Homeward care model, and assess its expansion at Nonsang Hospital, Nong Bua Lamphu Province, Thailand. The study included four phases: situation analysis, model development, implementation and evaluation, and refinement and expansion. Quantitative and qualitative data were collected. Clinical outcomes were assessed in 303 patients with diabetes receiving Homeward care and 286 hospital inpatients, without random allocation. We assessed self-care and perceived health in 110 patients per group. The expansion phase included 150 new patients. Instruments included interview guides, clinical records, the Self-Care of Chronic Illness Inventory, EQ-5D-5L, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, Welch's t-tests, paired t-tests, analysis of covariance, and content analysis.

Patients experienced travel difficulties and needed continuous follow-up. The model comprised five components: readiness assessment, individualized care planning, patient and caregiver preparation, follow-up and coordination, and management of abnormal symptoms and outcome evaluation. Mean HbA1c decreased by 0.90 percentage points in the Homeward group and increased by 0.32 percentage points in the inpatient group. However,

[1] โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

the between-group difference was not significant after adjustment for initial HbA1c (p = .281). The Homeward group had lower self-care and confidence scores but higher satisfaction scores (p < .001). EQ VAS scores did not differ significantly (p = .235). During expansion, 92.7% completed scheduled follow-up. Among patients with paired measurements, mean HbA1c decreased by 0.57 percentage points (p < .001), whereas EQ VAS scores did not change significantly.

Keywords: Home-based care; Chronic diseases; Model development; Community hospital

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน องค์การอนามัยโลกระบุในบทความเผยแพร่ พ.ศ. 2568 ว่า โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย สะท้อนภาระของโรคและความจำเป็นในการจัดบริการที่สนับสนุนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการสุขภาพในระยะยาว[1] การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรครอบคลุมการติดตามอาการ การใช้ยา พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง ควบคู่กับการรักษาตามแผนของทีมสุขภาพ

การเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการดูแลเป็นประเด็นสำคัญของการจัดบริการโรคเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทางหรือต้องพึ่งพาครอบครัว การพัฒนาระบบดูแลจึงจำเป็นต้องเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้ดูแล หลักฐานจากการศึกษาของสุรีย์รัตน์ ธนากิจ และคณะ[2] ที่โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด พบว่ากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ความสำคัญกับการสร้างทีมสหวิชาชีพ การฝึกทักษะผู้ดูแล และการประสานเครือข่ายชุมชน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแล ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การจัดบริการที่บ้านต้องอาศัยทั้งความพร้อมของครอบครัวและระบบสนับสนุนจากหน่วยบริการ

อย่างไรก็ตาม การมีบริการเยี่ยมบ้านเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการจัดระบบดูแลที่ต่อเนื่อง วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และบุบผา รักษานาม[3] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่บ้านในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง พบปัญหาด้านความเข้าใจของบุคลากร ความชัดเจนของบทบาท และการติดตามผู้ป่วย จึงพัฒนารูปแบบที่ครอบคลุมการจัดบริการ บุคลากร โครงสร้างการดำเนินงาน ระบบบันทึกข้อมูล และผลลัพธ์การดูแล ประเด็นเหล่านี้เป็นข้อพิจารณาสำคัญในการพัฒนาระบบที่กำหนดผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนการติดตาม และการส่งต่อข้อมูลอย่างชัดเจน

สำหรับกรณีศึกษาโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งกำหนดบริบทเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ข้อมูลสถานการณ์สมมติประกอบด้วยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 4,300 คน และผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมายจำนวน 1,120 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 โดยกำหนดปัญหาบริการเบื้องต้นได้แก่ ข้อจำกัดในการเดินทาง การพึ่งพาผู้ดูแล ความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และการขาดแนวทางร่วมในการติดตามและประสานส่งต่อ สถานการณ์ดังกล่าวใช้เป็นฐานสำหรับศึกษาความต้องการและออกแบบบริการให้เหมาะสมกับทรัพยากรของโรงพยาบาลและเครือข่ายในพื้นที่

การพัฒนารูปแบบในการศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) โดยเน้นการสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบระบบบริการ การใช้ข้อมูลทางคลินิก และการเชื่อมโยงทรัพยากรชุมชน การศึกษาของ Boocha และ Ploylearmsang[4] ในประเทศไทยแสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วย และผู้ดูแล

ภายหลังดำเนินงานพบว่าความรู้ของผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้แทนชุมชนเพิ่มขึ้น แต่ผลทางคลินิกไม่ได้ดีขึ้นทุกตัวชี้วัด จึงสนับสนุนการออกแบบกิจกรรมที่ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม พร้อมประเมินผลการดูแลหลายด้านอย่างรอบคอบ

การศึกษาครั้งนี้กำหนด “การดูแลแบบ Homeward” ในเชิงปฏิบัติการเป็นการจัดระบบดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง โดยเชื่อมโยงการประเมินความพร้อม การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามอาการ และการประสานส่งต่อเมื่อพบความเสี่ยง ประเด็นที่ต้องพัฒนาคือการทำให้องค์ประกอบเหล่านี้เชื่อมต่อกันและดำเนินการได้ภายใต้ข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาสถานการณ์และความต้องการ พัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทดลองใช้และประเมินผลตลอดจนศึกษาการนำรูปแบบไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเพิ่มเติม เพื่อให้ได้แนวทางจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลโนนสัง โดยพิจารณาทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลโนนสัง โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบด้านผลลัพธ์ทางคลินิก การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับการดูแลในโรงพยาบาล
4. เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มใหม่ระยะขยายผล และปัญหาในการดำเนินงาน

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการในโรงพยาบาลโนนสังและพื้นที่รับผิดชอบ จังหวัดหนองบัวลำภู แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ ศึกษาปัญหาการเข้าถึงบริการ การดูแลต่อเนื่อง และความต้องการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งความพร้อมของบุคลากรและเครือข่ายบริการสุขภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ นำผลการศึกษาสถานการณ์และหลักฐานวิชาการมาพัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย ขั้นตอนการดูแล บทบาทผู้รับผิดชอบ และระบบติดตาม พร้อมตรวจสอบความเหมาะสมและปรับปรุงก่อนนำไปใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล ประเมินผลโดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Homeward กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล โดยไม่มีการสุ่มจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของ HbA1c จากข้อมูลการตรวจติดตาม และเปรียบเทียบการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจระหว่างกลุ่มตามข้อมูลที่มี

ระยะที่ 4 ปรับปรุงและขยายผล นำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มใหม่ ประเมินความครบถ้วนของกิจกรรมตามรูปแบบ ผลลัพธ์เบื้องต้น และปัญหาในการดำเนินงาน เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพและเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Homeward และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล กลุ่มละ

110 คน คัดเลือกแบบต่อเนื่องจากผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมจนได้จำนวนที่กำหนด ส่วนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 32 คน ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน และผู้ป่วยกับผู้ดูแล 10 คน โดยพิจารณาจากประสบการณ์ในการรับบริการ การดูแล หรือการประสานงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบจำนวน 50 คน ประกอบด้วยบุคลากรทีมสหวิชาชีพ 20 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือตัวแทนชุมชน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีบทบาทรับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง งานดูแลต่อเนื่อง และการประสานบริการในชุมชน โดยสามารถเข้าร่วมประชุมและให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบได้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มผู้ป่วยสำหรับประเมินผลทางคลินิกได้จากทะเบียนบริการและเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวาน โดยคัดเลือกทุกรายที่เข้าเกณฑ์ในช่วงศึกษา ประกอบด้วยกลุ่ม Homeward จำนวน 303 คน และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 286 คน จำแนกกลุ่มตามบริการที่ได้รับ โดยไม่มีการสุ่มจัดเข้ากลุ่ม

สำหรับการประเมินด้วยแบบสอบถาม คัดเลือกผู้ป่วยแบบต่อเนื่องจากแต่ละบริการ โดยมีผู้ตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองกลุ่มละ 110 คน ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจมีผู้ตอบกลุ่ม Homeward จำนวน 111 คน และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 112 คน จำนวนผู้ตอบกำหนดแยกตามเครื่องมือและไม่รวมกับจำนวนผู้ป่วยจากเวชระเบียนเป็นยอดผู้เข้าร่วมทั้งหมด

เกณฑ์คัดเข้าของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดด้านการรู้คิดที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สำหรับข้อมูลทางคลินิก คัดเฉพาะระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่ระบุรูปแบบบริการและมีผลตรวจ HbA1c ตามช่วงการติดตามที่กำหนด โดยไม่นับระเบียนซ้ำของผู้ป่วยรายเดียวกัน

ระยะที่ 4 การขยายผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มใหม่จำนวน 150 คน คัดเลือกแบบต่อเนื่องจากผู้ผ่านเกณฑ์รับบริการ Homeward ได้แก่ มีความเหมาะสมทางคลินิกสำหรับการดูแลที่บ้าน มีความพร้อมของบ้านและผู้ดูแลตามความจำเป็น สามารถติดต่อเพื่อติดตามได้ และสมัครใจเข้าร่วม โดยตรวจสอบทะเบียนเพื่อไม่รับผู้ป่วยที่เข้าร่วมระยะทดลองใช้ซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบ Homeward ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การคัดเลือกและประเมินความพร้อม การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามและประสานการดูแล และการจัดการอาการผิดปกติและประเมินผล โดยมีคู่มือดำเนินงาน แบบประเมินความพร้อม แผนดูแลรายบุคคล และแนวทางประสานส่งต่อเป็นเครื่องมือประกอบ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนชุมชน ครอบคลุมประสบการณ์รับบริการ ปัญหาการเข้าถึงบริการ ความต้องการดูแลที่บ้าน ความพร้อมของครอบครัว บทบาทของผู้เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบ

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ดูแล การเดินทางและการเข้าถึงบริการ พฤติกรรมการติดตามสุขภาพ ตลอดจนความสนใจ ความต้องการ และความกังวลต่อบริการ Homeward เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ใช้รวบรวมข้อมูลจากทะเบียนบริการและเวชระเบียน ประกอบด้วยเพศ อายุ โรคร่วม รูปแบบบริการที่ได้รับ และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) จากการตรวจติดตาม 3 ครั้ง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวาน

2.4 แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้แบบประเมิน Self-Care of Chronic Illness Inventory ฉบับภาษาไทย รุ่น 4c (SC-CII Thai version 4c) ชุดที่ใช้มีข้อคำถามลำดับที่ 1–29 ครอบคลุมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ การติดตามอาการ การรับรู้และจัดการอาการ รวมทั้งส่วนประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง คำนวณคะแนนตามแนวทางของเครื่องมือและแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานรายด้านตั้งแต่ 0–100 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการดูแลตนเองหรือความมั่นใจในด้านนั้นสูง และไม่รวมทุกด้านเป็นคะแนนเดียว

2.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ประเมินสุขภาพ 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวดหรือไม่สบายตัว และความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า แต่ละมิติมี 5 ระดับ นำคำตอบมาคำนวณดัชนีอรรถประโยชน์ด้วยชุดค่าคะแนนของประเทศไทย (5) ร่วมกับแบบประเมินสุขภาพโดยรวม EQ VAS ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0–100 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้สุขภาพโดยรวมที่ดีกว่า

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย จำนวน 18 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ กระบวนการให้บริการ บุคลากร คุณภาพการดูแล และผลลัพธ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1–5 คะแนน สรุปเป็นคะแนนเฉลี่ยรายด้านและภาพรวม โดยคะแนนสูงแสดงถึงความพึงพอใจสูง

2.7 แบบบันทึกการดำเนินงานระยะขยายผล ใช้บันทึกการประเมินความพร้อม การจัดทำแผนดูแล การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามตามแผน และผลการประเมิน HbA1c กับ EQ VAS ก่อนและหลังติดตาม 3 เดือน รวมทั้งปัญหาและการแก้ไขระหว่างดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพยาบาลชุมชนหรือการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการวิจัยทางสุขภาพ ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา โดยกำหนดเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่รวมอยู่ในการศึกษาหลัก เพื่อตรวจสอบความเข้าใจข้อคำถามและระยะเวลาในการตอบ ประเมินความสอดคล้องภายในของแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินการดูแลตนเองด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยพิจารณาแยกตามองค์ประกอบของเครื่องมือและกำหนดเกณฑ์ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป สำหรับ SC-CII และ EQ-5D-5L ใช้ฉบับภาษาไทยและวิธีให้คะแนนตามแนวทางของเครื่องมือ โดยไม่ดัดแปลงข้อคำถาม และไม่ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาประเมิน EQ-5D-5L รวมทั้ง 5 มิติ เนื่องจากแต่ละมิติประเมินสุขภาพคนละด้าน

แนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มได้รับการปรับให้เป็นคำถามปลายเปิด เข้าใจง่าย และไม่ชี้นำคำตอบ ส่วนแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกและการดำเนินงานกำหนดนิยามตัวแปร หน่วยวัด และวิธีบันทึกให้ตรงกัน พร้อมตรวจสอบข้อมูลกับเอกสารต้นทาง สำหรับรูปแบบ Homeward และคู่มือประกอบ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสม ความชัดเจน และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ก่อนซักซ้อมการใช้งานและปรับปรุงร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ ผู้วิจัยประสานหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา พร้อมเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจวิธีใช้เครื่องมือและการบันทึกข้อมูลตรงกัน จากนั้นทบทวนทะเบียนผู้ป่วยและกระบวนการดูแลเดิม เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไป การเข้าถึงบริการ และความต้องการดูแลที่บ้าน ร่วมกับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายชุมชน บันทึกเสียงเมื่อได้รับความยินยอมและจดบันทึกภาคสนาม เพื่อนำข้อมูลมาสรุปปัญหาและประเด็นสำหรับพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ นำผลการศึกษาสถานการณ์ร่วมกับหลักฐานวิชาการเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วย องค์ประกอบการดูแล บทบาทผู้รับผิดชอบ วิธีติดตาม และช่องทางประสานส่งต่อ จัดทำคู่มือและแบบบันทึกประกอบรูปแบบ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ก่อนซักซ้อมการใช้งานร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติงานและปรับปรุงขั้นตอนให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล นำรูปแบบไปใช้ในกลุ่ม Homeward โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จัดทำแผนดูแลรายบุคคล ให้คำแนะนำและฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยกับผู้ดูแล พร้อมกำหนดผู้ประสานงานและแผนติดตาม ทีมสุขภาพบันทึกกิจกรรมการดูแล ปัญหาที่พบ และการประสานส่งต่อ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล โดยไม่มีการสุ่มจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม

เก็บข้อมูลทางคลินิกจากทะเบียนบริการและเวชระเบียน ได้แก่ ลักษณะพื้นฐาน โรคร่วม และผลตรวจ HbA1c จำนวน 3 ครั้งตามลำดับการติดตาม พร้อมตรวจสอบหน่วยวัดและความครบถ้วนของข้อมูล เก็บข้อมูลการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน โดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่ได้ให้บริการแก่ผู้ตอบโดยตรง บันทึกวันที่ประเมินและรูปแบบบริการที่ได้รับ และตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบก่อนสิ้นสุดการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง

ระยะที่ 4 ปรับปรุงและขยายผล นำผลการประเมินและปัญหาจากระยะทดลองใช้มาทบทวนร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติงาน ปรับปรุงแผนดูแล การเตรียมผู้ดูแล ระบบประสานงาน และการติดตามข้อมูล จากนั้นนำรูปแบบไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มใหม่จำนวน 150 คน ซึ่งไม่ซ้ำกับระยะทดลองใช้ ติดตามเป็นเวลา 3 เดือน บันทึกการได้รับกิจกรรมตามรูปแบบ และเก็บข้อมูล HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานกับคะแนน EQ VAS ก่อนและหลังการติดตาม พร้อมรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่มด้วยการทดสอบไคแควร์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม Homeward กับกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วย Welch's t-test ได้แก่ คะแนนการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

2. เปรียบเทียบ HbA1c ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 ภายในกลุ่มด้วย paired t-test และเปรียบเทียบค่าการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มด้วย Welch's t-test รวมทั้งใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เปรียบเทียบ HbA1c ครั้งที่ 3 โดยควบคุมค่าครั้งที่ 1

3. ระยะขยายผลรายงานการได้รับกิจกรรมตามรูปแบบด้วยจำนวนและร้อยละ และเปรียบเทียบ HbA1c กับคะแนน EQ VAS ก่อนและหลังติดตามด้วย paired t-test เฉพาะผู้ที่มีข้อมูลครบคู่ รายงานผลต่างเฉลี่ย ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่รับรอง 28/2568 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย

การศึกษาข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม Homeward และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล กลุ่มละ 110 คน พบว่ากลุ่ม Homeward มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าและมีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีปัญหาการเดินทางอย่างน้อยหนึ่งประการร้อยละ 63.6 และ 69.1 ตามลำดับ โดยกลุ่ม Homeward ใช้เวลาในการมารับบริการตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไปร้อยละ 82.7 และมีผู้ดูแลหลักร้อยละ 74.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการ จำแนกตามกลุ่ม

ลักษณะ	Homeward (n = 110)	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล (n = 110)
เพศหญิง, จำนวน (ร้อยละ)	64 (58.2)	105 (95.5)
อายุ, ปี, Mean ± SD	60.68 ± 7.80	57.88 ± 6.62
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล, กิโลเมตร, Mean ± SD	11.66 ± 3.24	6.57 ± 2.69
ใช้เวลารับบริการต่อครั้ง ≥4 ชั่วโมง, จำนวน (ร้อยละ)	91 (82.7)	63 (57.3)
มีปัญหาการเดินทาง ≥1 ประการ, จำนวน (ร้อยละ)	70 (63.6)	76 (69.1)
ไม่ได้ติดตามสุขภาพที่บ้าน, จำนวน (ร้อยละ)	8 (7.3)	19 (17.3)
มีผู้ดูแลหลัก, จำนวน (ร้อยละ)	82 (74.5)	75 (68.2)

ด้านความต้องการบริการ ผู้ป่วยกลุ่ม Homeward สนใจหรือสนใจมากต่อการดูแลที่บ้านร้อยละ 85.5 บริการที่ต้องการ ได้แก่ การติดตามอาการร้อยละ 85.5 การวัดความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลร้อยละ 82.7 และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและยาร้อยละ 76.4 ส่วนความกังวลสำคัญ ได้แก่ ความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการผิดปกติร้อยละ 35.5 และคุณภาพการดูแลที่บ้านร้อยละ 28.2

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 32 คน พบประเด็นที่ต้องพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ ความต่อเนื่องของข้อมูลและแผนการดูแล ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่องทางติดต่อเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และความชัดเจนของบทบาทบุคลากรกับเครือข่ายชุมชน โดยผู้ปฏิบัติงานเสนอให้มีข้อมูลสรุปที่ใช้ร่วมกัน ผู้ประสานงานที่ติดต่อได้ และแผนติดตามตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Homeward

การพัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้องได้องค์ประกอบการดูแล 5 ด้าน ได้แก่ 1) การคัดเลือกและประเมินความพร้อม 2) การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล 3) การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) การติดตามและประสานการดูแล และ 5) การจัดการอาการผิดปกติและประเมินผล โดยกำหนดขั้นตอนเชื่อมโยงตั้งแต่ก่อนรับเข้าระบบ ระหว่างดูแลที่บ้าน และเมื่อสิ้นสุดการดูแล

แพทย์รับผิดชอบประเมินความเหมาะสมทางคลินิกและปรับแผนรักษา พยาบาลเป็นผู้ประสานงานและติดตามแผนดูแล ทีมสหวิชาชีพและหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสนับสนุนการติดต่อและรายงานปัญหาตามขอบเขตที่ได้รับมอบหมาย โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกำหนดเป้าหมายและปฏิบัติตามแผน

การซักซ้อมก่อนนำรูปแบบไปใช้พบว่า แบบบันทึกบางส่วนซ้ำซ้อน ผู้ป่วยยังไม่ทราบผู้

ประสานงานในบางช่วงเวลา และผู้ดูแลต้องการฝึกทักษะเพิ่มเติม จึงปรับแบบสรุปข้อมูลให้กระชับ ระบุผู้ประสานงานหลักและสำรอง เพิ่มการตรวจสอบความเข้าใจด้วยการอธิบายและปฏิบัติกลับ และกำหนดความถี่ในการติดตามเป็นรายบุคคล

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบ

3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก

ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่ม Homeward จำนวน 303 คน มีอายุเฉลี่ย 60.85 ± 10.51 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.7 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 286 คน มีอายุเฉลี่ย 57.95 ± 6.26 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.5 ค่า HbA1c ครั้งที่ 1 ของกลุ่ม Homeward สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยมีค่าเฉลี่ย 10.82 ± 2.54% และ 8.93 ± 2.11% ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 กลุ่ม Homeward มี HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.90 จุดร้อยละ ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.32 จุดร้อยละ ผลต่างของการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มเท่ากับ −1.23 จุดร้อยละ อย่างไรก็ตาม เมื่อควบคุมค่า HbA1c ครั้งที่ 1 ด้วย ANCOVA ไม่พบความแตกต่างของค่า HbA1c ครั้งที่ 3 ระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับ HbA1c และการเปลี่ยนแปลง จำแนกตามกลุ่ม

ตัวแปร	Homeward (n = 303), Mean ± SD	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล (n = 286), Mean ± SD	ผลต่างระหว่างกลุ่ม (95% CI)	p
HbA1c ครั้งที่ 1 (%)	10.82 ± 2.54	8.93 ± 2.11	—	—
HbA1c ครั้งที่ 2 (%)	10.67 ± 2.65	8.75 ± 2.30	—	—
HbA1c ครั้งที่ 3 (%)	9.91 ± 2.84	9.26 ± 2.48	—	—
การเปลี่ยนแปลงครั้งที่ 3 – ครั้งที่ 1 (จุดร้อยละ)	−0.90 ± 3.19	0.32 ± 2.13	−1.23 (−1.66, −0.79)	<.001
p ภายในกลุ่ม	<.001	.011	—	—
HbA1c ครั้งที่ 3 ปรับด้วยค่าครั้งที่ 1	—	—	−0.23 (−0.66, 0.19)	.281

หมายเหตุ: ผลต่างระหว่างกลุ่มคำนวณจากกลุ่ม Homeward ลบกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้ค่าก่อนปัดเศษ เปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย paired t-test เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มด้วย Welch's t-test และเปรียบเทียบค่าครั้งที่ 3 ที่ปรับแล้วด้วย ANCOVA

3.2 การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

คะแนนมาตรฐานการดูแลตนเองของกลุ่ม Homeward ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งด้านการคงภาวะสุขภาพ การติดตามอาการ และการจัดการอาการ รวมถึงคะแนนความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ส่วนคะแนนสุขภาพโดยรวม EQ VAS ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่ม Homeward มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกด้าน โดยคะแนนภาพรวมเท่ากับ 4.49 ± 0.40 และ 4.13 ± 0.14 คะแนน ตามลำดับ ด้านบุคลากรมีผลต่างเฉลี่ยระหว่างกลุ่มมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนการดูแลตนเอง สุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจ จำแนกตามกลุ่ม

ผลลัพธ์	Homeward, Mean ± SD	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล, Mean ± SD	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	p
การดูแลตนเอง (0–100 คะแนน)	n = 110	n = 110		
การคงภาวะสุขภาพ	56.30 ± 9.90	89.61 ± 5.88	−33.31 (−35.48, −31.15)	<.001

ตารางที่ 3 คะแนนการดูแลตนเอง สุขภาพโดยรวม และความพึงพอใจ จำแนกตามกลุ่ม

ผลลัพธ์	Homeward, Mean ± SD	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล, Mean ± SD	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	p
การติดตามอาการ	59.23 ± 10.65	88.73 ± 6.89	−29.50 (−31.89, −27.12)	<.001
การจัดการอาการ	59.00 ± 10.64	83.82 ± 10.56	−24.82 (−27.64, −22.00)	<.001
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง[a]	50.55 ± 9.86	85.23 ± 8.28	−34.68 (−37.11, −32.26)	<.001
สุขภาพโดยรวม	n = 110	n = 110		
EQ VAS (0–100 คะแนน)	71.91 ± 12.00	74.09 ± 14.98	−2.18 (−5.79, 1.43)	.235
ความพึงพอใจ (1–5 คะแนน)	n = 109	n = 112		
กระบวนการให้บริการ	4.45 ± 0.43	4.19 ± 0.29	0.26 (0.16, 0.36)	<.001
บุคลากร	4.49 ± 0.46	4.05 ± 0.33	0.44 (0.34, 0.55)	<.001
คุณภาพการดูแล	4.51 ± 0.46	4.11 ± 0.29	0.40 (0.30, 0.50)	<.001
ผลลัพธ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วย	4.54 ± 0.49	4.17 ± 0.43	0.37 (0.25, 0.50)	<.001
ภาพรวม	4.49 ± 0.40	4.13 ± 0.14	0.37 (0.29, 0.45)	<.001

หมายเหตุ: เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Welch's t-test ผลต่างเฉลี่ยคำนวณจากกลุ่ม Homeward ลบกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยใช้ค่าก่อนปัดเศษ[a] กลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีข้อมูลความมั่นใจครบ 109 คน

4. ผลการปรับปรุงและขยายผลรูปแบบ

ก่อนขยายผลได้ปรับปรุงการดำเนินงาน 4 ประเด็น ได้แก่ การระบุเป้าหมายและกิจกรรมรายบุคคลให้ชัดเจน การเตรียมผู้ดูแลสำรอง การตรวจสอบความเข้าใจและทักษะของผู้ป่วยกับผู้ดูแล และการกำหนดผู้รับผิดชอบติดตามข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน

การขยายผลในผู้ป่วยกลุ่มใหม่ 150 คน พบว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความพร้อมก่อนเข้าระบบ มีแผนดูแลรายบุคคล 146 คน คิดเป็นร้อยละ 97.3 ได้รับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล 142 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 และได้รับการติดตามครบตามแผน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 92.7

หลังติดตาม 3 เดือน ผู้ที่มีข้อมูล HbA1c ครบคู่จำนวน 138 คน มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 9.65 ± 1.81% เป็น 9.08 ± 2.20% ส่วนผู้ที่มีข้อมูล EQ VAS ครบคู่จำนวน 143 คน มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 72.14 ± 13.24 เป็น 72.90 ± 15.44 คะแนน โดยไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ก่อนและหลังติดตามในระยะขยายผล

ผลลัพธ์	จำนวนข้อมูลครบคู่	ก่อนติดตาม, Mean ± SD	หลังติดตาม, Mean ± SD	การเปลี่ยนแปลงเฉลี่ย (95% CI)	p
HbA1c (%)	138	9.65 ± 1.81	9.08 ± 2.20	−0.57 (−0.79, −0.35)	<.001
EQ VAS (0–100 คะแนน)	143	72.14 ± 13.24	72.90 ± 15.44	0.76 (−0.62, 2.14)	.277

หมายเหตุ: เปรียบเทียบด้วย paired t-test การเปลี่ยนแปลงคำนวณจากค่าหลังติดตามลบก่อนติดตาม

ปัญหาที่พบระหว่างขยายผล ได้แก่ ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถเข้าร่วมตามเวลานัด และข้อมูลติดตามบางส่วนไม่ครบถ้วน ทีมจึงปรับเวลานัดให้เหมาะสม ประสานผู้ดูแลสำรอง และมอบหมายผู้รับผิดชอบติดตามข้อมูลแต่ละรายการ

5. รูปแบบฉบับสมบูรณ์และบทเรียนจากการดำเนินงาน

รูปแบบฉบับสมบูรณ์คงองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน โดยเพิ่มข้อกำหนดเรื่องผู้ประสานงานหลักและสำรอง ผู้ดูแลสำรอง การตรวจสอบความเข้าใจด้วย

การอธิบายและปฏิบัติกลับ และทะเบียนติดตามที่ระบุวันที่ สถานะ และการดำเนินการต่อเนื่อง กำหนดให้ส่งต่อข้อมูลสำคัญใน 3 ช่วง ได้แก่ ก่อนเริ่มดูแลที่บ้าน ระหว่างการติดตาม และเมื่อสิ้นสุดการดูแลหรือส่งต่อกลับโรงพยาบาล

บทเรียนจากการดำเนินงานพบว่า ความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงได้ระหว่างติดตาม แผนดูแลจึงต้องปรับตามปัญหารายบุคคล การกำหนดผู้รับผิดชอบและข้อมูลที่ต้องส่งต่อให้ชัดเจน ช่วยให้ทีมปฏิบัติงานต่อเนื่องกันได้ ส่วนการประเมินผลควรพิจารณาผลทางคลินิก การดูแลตนเอง และประสบการณ์รับบริการร่วมกัน เนื่องจากผลลัพธ์แต่ละด้านมีทิศทางแตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม Homeward มีข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลาที่ใช้ในการรับบริการ โดยส่วนใหญ่สนใจการดูแลที่บ้านและต้องการการติดตามอาการ การตรวจวัดสุขภาพ และคำแนะนำเกี่ยวกับ โรคและยา ขณะเดียวกันยังมีความกังวลเรื่องความปลอดภัยเมื่อเกิดอาการผิดปกติ สะท้อนว่าการจัดบริการที่บ้านต้องพิจารณาทั้งความสะดวกในการเข้าถึงและระบบสนับสนุนที่ผู้ป่วยติดต่อได้ ทั้งนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบความต้องการด้านการส่งต่อข้อมูลและความชัดเจนของผู้รับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับวลัยรัตน์ สุวรรณหมัดและบุบผา รักษานาม[3] ที่พบปัญหาความเข้าใจของบุคลากร บทบาทหน้าที่ และการติดตามต่อเนื่องในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง ข้อค้นพบนี้สนับสนุนการกำหนดขั้นตอนและผู้ประสานงานให้ชัดเจนตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้าสู่บริการ

ผู้ป่วยกลุ่ม Homeward ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก แต่การมีผู้ดูแลอาจไม่ได้หมายถึงความพร้อมในการดูแลทุกด้าน เนื่องจากยังเกี่ยวข้องกับเวลา ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ สอดคล้องกับญานันท์ ใจอาจหาญ[6] ซึ่งให้ความสำคัญกับการสนับสนุนครอบครัวและการประสานเครือข่ายในการจัดระบบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้น การประเมินความพร้อมควรครอบคลุมบทบาทและข้อจำกัดของผู้ดูแล เพื่อกำหนดกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ในชีวิตประจำวัน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Homeward

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการประเมินความพร้อม การจัดทำแผนรายบุคคล การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามประสานงาน และการจัดการอาการผิดปกติ องค์ประกอบดังกล่าวเชื่อมโยงการดูแลในสถานพยาบาลกับการปฏิบัติที่บ้าน และสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังที่เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบบริการ และการใช้ทรัพยากรชุมชน งานของ Boocha และ Ploylearmsang[4] แสดงให้เห็นการประยุกต์แนวคิดนี้ผ่านความร่วมมือของหน่วยบริการ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายชุมชน โดยพบผลด้านความรู้และการมีส่วนร่วมหลังดำเนินงาน จึงสนับสนุนการพัฒนารูปแบบที่ให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกำหนดวิธีดูแลตามบริบทพื้นที่

การกำหนดพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน การฝึกทักษะผู้ดูแล และการเชื่อมหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความสอดคล้องกับสุรีย์รัตน์ ธนากิจ และคณะ[2] ซึ่งพบว่าการสร้างทีม การเตรียมผู้ดูแล และการประสานเครือข่ายเป็นส่วนสำคัญของระบบดูแลผู้ป่วยที่บ้านโรงพยาบาลคลองใหญ่ รวมทั้งสอดคล้องกับถมญาณี โชติการณ์ และคณะ[7] ที่พัฒนาระบบ Home Ward โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดกาฬสินธุ์ ความสอดคล้องนี้สะท้อนความสำคัญของการจัดระบบงานร่วมกัน อย่างไรก็ตาม รายละเอียดด้านความถี่ในการติดตามและการแบ่งหน้าที่ต้องปรับให้เหมาะกับกำลังคนและความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ผลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

กลุ่ม Homeward มี HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.90 จุดร้อยละ ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.32 จุดร้อยละ แม้ผลต่างของการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อปรับด้วยค่า

HbA1c ครั้งแรก ไม่พบความแตกต่างของค่าครั้งที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลนี้ชี้ว่าความแตกต่างตั้งต้นมีความสำคัญต่อการตีความ และยังไม่สนับสนุนข้อสรุปว่า Homeward ควบคุมระดับน้ำตาลได้เหนือกว่าการดูแลในโรงพยาบาล ทั้งนี้ การปรับค่าตั้งต้นเพียงตัวแปรเดียวยังไม่ครอบคลุมความแตกต่างด้านอายุ เพศ การรักษา และความรุนแรงของโรคระหว่างกลุ่ม

ทิศทางการลดลงภายในกลุ่ม Homeward สอดคล้องกับอมรธีร์ ศรีสะอาด[8] ที่ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลพนาและพบว่า HbA1c ลดลงภายหลังเข้าร่วม Home Ward โดยค่า HbA1c ตั้งต้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการตอบสนอง อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวเป็นการเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มเดียว จึงใช้สนับสนุนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ไม่ยืนยันความเหนือกว่าของรูปแบบบริการ การลดลงในการศึกษาครั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับการติดตาม การทบทวนยา และการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งยังไม่ได้แยกประเมินผลของแต่ละกิจกรรมโดยตรง

แม้ค่าเฉลี่ย HbA1c ของกลุ่ม Homeward ลดลง แต่ค่าครั้งที่ 3 ยังอยู่ที่ 9.91% จึงสะท้อนว่ายังคงมีความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับศรินรัตน์ ธนัชจิระพงศ์[9] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในระบบ Home Ward มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีระดับน้ำตาลสูงหลังดำเนินงาน ข้อค้นพบทั้งสองจึงสนับสนุนการติดตามผลรายบุคคล มากกว่าการพิจารณาเฉพาะการลดลงของค่าเฉลี่ยกลุ่ม

4. การดูแลตนเองและสุขภาพโดยรวม

คะแนนการดูแลตนเองและความมั่นใจของกลุ่ม Homeward ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกด้าน ผลนี้แสดงถึงความแตกต่างระหว่างผู้ตอบแบบสอบถามสองกลุ่ม แต่ยังไม่แสดงว่า Homeward ทำให้การดูแลตนเองลดลง เนื่องจากไม่มีคะแนนก่อนเข้ารับบริการที่ใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงรายบุคคล ความแตกต่างอาจเกี่ยวข้องกับความสามารถเดิม ภาวะสุขภาพ การพึ่งพาผู้ดูแล หรือช่วงเวลาประเมินผลดังกล่าวแตกต่างจากทิพวรรณ ชมบุญ และคณะ[10] ที่พบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม Home Ward ที่มีกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเป็นขั้นตอน อย่างไรก็ตาม งานดังกล่าวใช้เครื่องมือและแบบแผนการประเมินต่างจากการศึกษาครั้งนี้ จึงไม่ควรเปรียบเทียบขนาดคะแนนโดยตรง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นประเด็นที่ควรทบทวนในรูปแบบ ได้แก่ การฝึกปฏิบัติ การตรวจสอบความเข้าใจ และการติดตามความสามารถของผู้ป่วยในการนำคำแนะนำไปใช้จริง

ด้านสุขภาพโดยรวม คะแนน EQ VAS ของสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะการรับรู้สุขภาพได้รับอิทธิพลจากหลายด้าน และการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลอาจยังไม่สะท้อนเป็นคะแนนสุขภาพโดยรวมในช่วงประเมิน ทั้งนี้ เป็นข้ออธิบายที่ยังไม่ได้ทดสอบโดยตรง ผลมีทิศทางสอดคล้องกับการทบทวนของ Edgar และคณะ[11] ซึ่งพบว่า Hospital at Home อาจให้ผลด้านภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยรายงานแตกต่างจากการรักษาในโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อยหรือไม่แตกต่าง

5. ความพึงพอใจต่อบริการ

กลุ่ม Homeward มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกด้าน โดยด้านบุคลากรมีผลต่างเฉลี่ยมากที่สุด อาจเกี่ยวข้องกับโอกาสในการสื่อสาร การได้รับคำแนะนำรายบุคคล และความสะดวกในการรับบริการที่บ้าน แต่การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดความพึงพอใจ จึงยังไม่สามารถระบุสาเหตุของความแตกต่างได้ ผลนี้สอดคล้องกับชัชวาล ตั๋นคำ และคณะ[12] ที่พบความพึงพอใจต่อบริการ Home Ward โรงพยาบาลพานอยู่ในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับ Edgar และคณะ[11] ที่รายงานว่าการดูแลที่บ้านอาจเพิ่มความพึงพอใจ แม้ความเชื่อมั่นของหลักฐานด้านนี้ยังมีข้อจำกัด ดังนั้น ความพึงพอใจควรใช้สะท้อนประสบการณ์รับบริการควบคู่กับผลทางคลินิก โดยไม่ใช้แทนผลด้านความปลอดภัยหรือประสิทธิผลการรักษา

6. การปรับปรุงและขยายผลรูปแบบ

ระยะขยายผลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับกิจกรรมตามรูปแบบ โดยมีแผนดูแลรายบุคคลร้อยละ 97.3 และได้รับการติดตามครบตามแผนร้อยละ 92.7 สะท้อนความสามารถในการดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มที่เข้าร่วม แต่ยังไม่ใช่ความครอบคลุมของผู้ป่วยที่มีสิทธิรับบริการทั้งหมดในพื้นที่ ส่วนผู้ที่มีข้อมูลครบคู่มี HbA1c ลดลง ขณะที่ EQ VAS ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากระยะนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังแยกผลของรูปแบบออกจากการปรับยา การรักษาตามปกติ และปัจจัยอื่นไม่ได้

การเพิ่มผู้ดูแลสำรองและผู้รับผิดชอบติดตามข้อมูลเป็นการปรับระบบให้ตอบปัญหาที่พบระหว่างดำเนินงาน สอดคล้องกับภาณุพงศ์ มูลสาร และไชยณรงค์ วาปี[13] ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน และการสังเคราะห์หลักฐานของ Wallis และคณะ[14] ซึ่งพบว่าความร่วมมือ การสื่อสาร บุคลากรที่มีทักษะ และผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นประเด็นสำคัญของการนำ Hospital at Home ไปใช้ การขยายผลจึงควรพิจารณาความพร้อมของทีมและครอบครัวควบคู่กับจำนวนผู้ป่วย เพื่อให้กิจกรรมที่กำหนดสามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรใช้รูปแบบ Homeward โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล จัดทำแผนดูแลรายบุคคล และกำหนดผู้ประสานงานกับช่องทางติดต่อเมื่อเกิดอาการผิดปกติให้ชัดเจน

2. ทีมสุขภาพควรเพิ่มการฝึกทักษะการดูแลตนเองและตรวจสอบความเข้าใจด้วยการอธิบายหรือปฏิบัติกลับ พร้อมติดตามปัญหาการนำคำแนะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

3. ควรจัดระบบบันทึกข้อมูลให้เชื่อมโยงผลทางคลินิกกับผลประเมินของผู้ป่วย และขยายบริการตามความพร้อมของบุคลากร ผู้ดูแล และเครือข่ายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเก็บข้อมูลการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วม พร้อมพิจารณาความแตกต่างพื้นฐานของผู้ป่วยในการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม

2. ควรติดตามผลระยะยาวขึ้น เพื่อศึกษาความต่อเนื่องของการควบคุมโรค การกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และภาระของผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Thailand’s leadership in the fight against obesity [Internet]. 2025 Mar 7 [cited 2026 Sep 28]. Available from: https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/thailand-s-leadership-in-the-fight-against-obesity

2. สุรีย์รัตน์ ธนากิจ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, นิสากร กรุงไกรเพชร, อริสรา ฤทธิ์งาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(1):79-90.

3. วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด, บุบผา รักษานาม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2568;18(1):e275068.

4. Boocha K, Ploylearmsang C. Development and implementation of diabetes care by a community network based on a chronic care model. J Prim Care Community Health. 2023;14:21501319231181874. doi:10.1177/21501319231181874.

5. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsiri S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L valuation study in Thailand. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2018;18(5):551-8. doi:10.1080/14737167.2018.1494574.

6. ญานันท์ ใจอาจหาญ. การพัฒนาระบบจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในยุคดิจิทัล โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย จังหวัดลพบุรี. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2569;23(2):235-45.
7. ถมญาณี โชติการณ์, ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้, วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(4):654-64.
8. อมรธีร์ ศรีสะอาด. ผลการศึกษาของกระบวนการ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568;3(2):417-30.
9. ศรินรัตน์ ธนัชจิระพงศ์. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้วยระบบ Home ward ในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(3):853-9.
10. ทิพวรรณ ชมบุญ, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. 2568;3(2):e275208.
11. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2024;3(3):CD007491. doi:10.1002/14651858.CD007491.pub3.
12. ชัชวาล ตั๋นคำ, ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์, วุฒิชัย ก้อนแปง. การประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน แบบผู้ป่วยในที่บ้านโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2568;17(2):11-33.
13. ภาณุพงศ์ มูลสาร, ไชยณรงค์ วาปี. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home ward) โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(6):95-101.
14. Wallis JA, Shepperd S, Makela P, Han JX, Tripp EM, Gearon E, et al. Factors influencing the implementation of early discharge hospital at home and admission avoidance hospital at home: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2024;3(3):CD014765. doi:10.1002/14651858.CD014765.pub2.

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

การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย: กรณีศึกษาอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

The Development of a Road Safety Management Model Through the Mechanism of the District Road Safety Operation Center to Enhance the Participation of Local Administrative Organizations and Partner Networks: A Case Study of Mueang Surin District, Surin Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

จรูญ ดวงพร[1]
Jaroon Duangporn[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์บริบท ปัญหา และช่องว่างของกลไกการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ และ (2) พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก ศปถ.อำเภอ ด้านพฤติกรรมการขับขี่ ทัศนคติ ประสิทธิภาพของกลไก และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ ดำเนินการ 1 วงรอบตามวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart เป็นระยะเวลา 6 เดือน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 15 คน และการสนทนากลุ่มด้วยกระบวนการ ORID ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มเป้าหมายก่อน-หลังดำเนินมาตรการ กลุ่มละ 341 คน (รวม 682 คน) และกลุ่มปฏิบัติการ 40 คน วิเคราะห์ด้วย Independent Samples t-test, Paired t-test และ Two-proportion Z-test

ผลการวิจัยพบว่าช่องว่างสำคัญของกลไกเดิม ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลเชิงพื้นที่ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของ อปท. และการขาดกลไกบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย นำไปสู่การพัฒนารูปแบบฉบับสมบูรณ์ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลไก ศปถ.อำเภอเป็นแกนกลางอำนวยการ (2) ระบบข้อมูลอุบัติเหตุและสารสนเทศ (3) กลไกการมีส่วนร่วมโดยมี อปท. เป็นแกนหลัก และ (4) ระบบติดตามประเมินผลตามวงจร PAOR โดยปรับบทบาทให้ อปท. เป็นเจ้าภาพหลักระดับตำบล ขณะที่ ศปถ.อำเภอปรับเป็นหน่วยสนับสนุนเชิงนโยบาย ผลการทดลองใช้พบว่าคะแนนพฤติกรรมและทัศนคติความปลอดภัยทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ($p < 0.001$) สัดส่วนการมีใบอนุญาตขับขี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างร้อยละ 27.0, $p < 0.001$) และสัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุในรอบ 6 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างร้อยละ 5.1, $p = 0.046$)
คำสำคัญ: ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วม

Abstract

This action research aimed to (1) analyze the context, problems, and gaps in district-level road safety management mechanisms, and (2) develop and evaluate a road safety management model using the District Road Safety Operation Center (DRSOC) mechanism, in terms of driving behavior, attitudes, DRSOC effectiveness, and network partner participation in Mueang Surin District. The study was conducted over one cycle of the Kemmis and McTaggart PAOR cycle over six months. Qualitative data were collected from 15 key informants and focus group discussions using the ORID method, together with quantitative data from target groups before and after the intervention (341 per group; 682 total) and a 40-member action group, analyzed using Independent Samples t-test, Paired t-test, and Two-proportion Z-test.

Key gaps in the existing mechanism included the lack of an area-based information system, discontinuous operations, resource constraints among local administrative organizations (LAOs), and the

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

absence of integrated coordination among network partners. These findings led to the development of a comprehensive Final Model comprising four components: (1) the DRSOC mechanism as the central coordinating hub linking all sectors, (2) an accident data and information system for decision-making, (3) a participation mechanism led by LAOs at the area level, and (4) a continuous monitoring and evaluation system based on the PAOR cycle, in which LAOs assumed the lead role at the sub-district level while the DRSOC shifted to a policy-support function. Following implementation, road safety behavior and attitude scores increased significantly ($p < 0.001$), as did DRSOC effectiveness and network participation ($p < 0.001$). Driving license possession increased significantly (difference 27.0%, $p < 0.001$), while accidents over a 6-month period (February-July 2025 vs. 2026) decreased significantly (difference 5.1%, $p = 0.046$).

Keywords: District Road Safety Operation Center, Action Research, Participation

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อภาระโรค (Burden of Disease) อย่างรุนแรงและต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 1.25 ล้านคนเป็น 1.35 ล้านคนในช่วงสามปีที่ผ่านมา และคาดการณ์ว่าอาจสูงถึง 2.4 ล้านคนต่อปีภายในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีมาตรการเชิงรุกที่เพียงพอ[1] ด้วยเหตุนี้ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) จึงได้บรรจุการลดการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงครึ่งหนึ่งภายใน พ.ศ. 2573 ไว้ในกรอบ "ทศวรรษที่สองแห่งความปลอดภัยทางถนน" ภายใต้เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3.6[2] สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ยังคงอยู่ในระดับวิกฤต โดยไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก และสูงสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3, 4] แม้ภาพรวมจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่จำนวนผู้เสียชีวิตยังคงสูงเฉลี่ยกว่า 17,000 รายต่อปี หรือราว 25–27 คนต่อประชากรแสนคน[1] ในปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566–มิถุนายน 2567) มีผู้บาดเจ็บ 462,629 ราย และเสียชีวิต 6,720 ราย กลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือวัยรุ่นและวัยทำงานอายุ 10–39 ปี โดยมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ป้องกันได้ ได้แก่ การดื่มสุราแล้วขับขี่ การไม่สวมหมวกนิรภัย และการขับรถเกินความเร็วที่กำหนด [5, 6] ในระดับเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ปัญหายังคงรุนแรงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยในปีงบประมาณ 2567 มีผู้บาดเจ็บสะสม 32,924 ราย และเสียชีวิต 427 ราย จังหวัดที่มีผู้บาดเจ็บสูงสุดคือนครราชสีมา (11,401 ราย) รองลงมาคือสุรินทร์ (8,331 ราย) ชัยภูมิ (6,682 ราย) และบุรีรัมย์ (6,510 ราย) อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนสูงสุดในจังหวัดนครราชสีมา (7.19) ตามด้วยสุรินทร์ (6.95) กลุ่มอายุที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือวัยรุ่นอายุ 10–19 ปี และวัยทำงานอายุ 20–29 ปี โดยรถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุกว่าร้อยละ 80[7] ในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางการคมนาคมและเศรษฐกิจของจังหวัดสุรินทร์ สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงที่น่าวิตกอย่างยิ่ง ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 (ถึงเดือนพฤศจิกายน) พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 59 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 80 ราย ในปี พ.ศ. 2567 คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 35.59 แม้ในปี พ.ศ. 2568 จะมีแนวโน้มลดลงเหลือ 37 ราย (ลดลงร้อยละ 53.75) แต่ยังพบจุดเสี่ยงใหม่ในเดือนที่ไม่ใช่ช่วงเทศกาลหลัก เช่น เดือนกันยายนและพฤศจิกายน สาเหตุหลักของการเสียชีวิตคือการขับรถเร็วเกินกำหนด (ร้อยละ 54.5) และการหลับใน (ร้อยละ 27.3) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์บนถนนทางหลวงสายหลักในช่วงวัยทำงาน[8]

แม้ว่าพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์จะมีกลไกเชิงสถาบัน เช่น ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนงานด้านนี้อยู่แล้ว แต่จากการวิเคราะห์เชิงระบบพบว่า การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังคงเป็น "เชิง

รับ" กล่าวคือ มุ่งรณรงค์เฉพาะช่วงเทศกาล ขาดการบูรณาการข้อมูลอุบัติเหตุระหว่างหน่วยงาน (ตำรวจ สาธารณสุข และท้องถิ่น) และยังไม่มีเครื่องมือกลางที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม [9, 10] นอกจากนี้ ขั้นตอนการสังเกตการณ์และสะท้อนผล ซึ่งเป็นหัวใจของวงจรการจัดการคุณภาพแบบมีส่วนร่วม (PAOR) [11] ยังขาดความเข้มแข็ง ส่งผลให้มาตรการในแต่ละรอบไม่สามารถปรับปรุงได้ตรงจุดกับสาเหตุหลักของการเสียชีวิต [12] ช่องว่างของความรู้ที่สำคัญซึ่งระบุได้จากการทบทวนวรรณกรรม คือ การขาดรูปแบบ (Model) ที่เป็นระบบในการเสริมสร้างบทบาทนำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถเป็นเจ้าของพื้นที่และดำเนินมาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทั้งที่ อปท. มีศักยภาพสูงสุดในการจัดการปัญหาเชิงพื้นที่[5] แม้งานวิจัยหลายชิ้นจะพิสูจน์แล้วว่าแนวทางการบูรณาการเชิงพื้นที่โดยใช้กลไกระดับอำเภอร่วมกับวงจร PAOR มีประสิทธิผลสูงในการลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ [13, 14] แต่ยังขาดการพัฒนารูปแบบที่สามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทของอำเภอเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไก ศปถ.อำเภอ เป็นแกนกลาง และบูรณาการแนวคิดการจัดการคุณภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านวงจร PAOR เพื่อเสริมสร้างบทบาทนำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายให้ดำเนินงานได้อย่างมีระบบ ต่อเนื่อง และยั่งยืน โดยคาดว่าผลลัพธ์ของการวิจัยจะก่อให้เกิดต้นแบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล และสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทและความเสี่ยงในลักษณะเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์บริบท ปัญหา และช่องว่างของกลไกการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ทั้งในมิติของบทบาท ศปถ.อำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคีเครือข่ายในพื้นที่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่พัฒนาแล้ว ในด้านพฤติกรรมการขับขี่และการป้องกันอุบัติเหตุ การรับรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนน ประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ครอบคลุม 2 กลุ่มหลัก ตามลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยทางถนน ในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ และกลุ่มที่ 2 ประชาชนผู้ใช้ยานพาหนะในพื้นที่นำร่อง ที่สัญจรบนเส้นทางในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ อบต.นอกเมือง อบต.เทนมีย์ อบต.สวาย และอบต.เพี้ยราม อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทในวงจร PAOR แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จากผู้แทนหน่วยงานที่ครอบคลุมมิติด้านนโยบาย การปฏิบัติการ กฎหมาย และโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ปลัดอำเภอฝ่ายป้องกัน ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธร หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้ปฏิบัติการ ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ ผู้ปฏิบัติการ ศปถ.อบต.สวาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. 2 แห่ง ตำรวจจราจร เจ้าหน้าที่เทศบาล/อบต. 4 แห่ง และเจ้าหน้าที่แขวง

ทางหลวง กลุ่มนี้มีหน้าที่ให้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อวิเคราะห์บริบทและปัญหา รวมถึงร่วมพัฒนาและสะท้อนผลรูปแบบในระยะวางแผน (Plan) และสะท้อนผล (Reflect)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มปฏิบัติการ (Action Group) จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากบุคลากรที่รับผิดชอบการนำรูปแบบไปใช้จริง ประกอบด้วย คณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงาน ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ อปท. 4 แห่ง (อบต.นอกเมือง อบต.เทนมีย์ อบต.สวาย และ อบต.เพี้ยราม) ผู้รับผิดชอบงานจราจร เจ้าหน้าที่เวชทะเบียนและอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสุรินทร์ บุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. 4 แห่ง นายช่างจากแขวงทางหลวงและแขวงทางหลวงชนบทสุรินทร์ อาสาสมัครกู้ชีพ/กู้ภัย และตัวแทนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ กลุ่มนี้ทำหน้าที่ทดลองใช้รูปแบบและเก็บข้อมูลในระยะปฏิบัติการ (Act) และสังเกตการณ์ (Observe)

กลุ่มที่ 3 กลุ่มเป้าหมายประเมินผลลัพธ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่มอิสระ (ก่อน-หลังดำเนินมาตรการ) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบสัดส่วน 2 กลุ่มอิสระ โดยใช้อัตราการสวมหมวกนิรภัยฐาน P1 = 0.53[15] และคาดว่าเพิ่มเป็น P2 = 0.61[16] ตามแนวโน้มงานวิจัยที่ใช้กลไกพื้นที่ลักษณะเดียวกัน ที่ความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 293 คนต่อกลุ่ม ปรับเพิ่มอัตราสูญหายร้อยละ 15 เป็น 345 คนต่อกลุ่ม เก็บข้อมูลโดยการสังเกตและสำรวจ ณ จุดจราจรหนาแน่น 2–3 จุดต่อ อบต. ครอบคลุมช่วงเช้า กลางวัน เย็น ด้วยวิธีสุ่มแบบบังเอิญตามค่า K (อัตราการสัญจรต่อชั่วโมงหารด้วยโควตาที่ต้องการเก็บ)[17] เพื่อลดอคติจากผู้สำรวจ เนื่องจากไม่สามารถติดตามผู้ขับขี่คนเดิมได้ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มก่อนและหลังแบบอิสระจากกัน

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือและอุปกรณ์ภาคสนาม ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ภาคสนาม 3 ประเภท ได้แก่ (1) เครื่องบันทึกภาพและเสียงดิจิทัล เพื่อบันทึกกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตพฤติกรรมผู้ขับขี่ สำหรับนำไปถอดความและวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในระยะสะท้อนผล (2) แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมผู้ขับขี่ (Observation Checklist) และแบบฟอร์มบันทึกสถิติอุบัติเหตุจากหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มและจุดเสี่ยงทางถนน และ (3) เครื่องบันทึกพิกัด GPS เพื่อระบุตำแหน่งจุดเสี่ยงและจัดทำแผนที่ความเสี่ยง (Risk Mapping) ของอำเภอเมืองสุรินทร์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล 4 ชนิด ดังนี้

(1) แบบสอบถามพฤติกรรมและทัศนคติผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา) ตอนที่ 2 พฤติกรรมการขับขี่และการป้องกันอุบัติเหตุ และตอนที่ 3 การรับรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนน โดยตอนที่ 2 และ 3 ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ 5 ระดับของ Best[18] ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด (1.00–1.50) ถึงระดับมากที่สุด (4.51–5.00) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ณ จุดสังเกตการณ์ใน 4 อบต. นำร่อง

(2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คำถามปลายเปิด ใช้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ในกลไก ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ ครอบคลุมประเด็นการดำเนินงานในอดีต ปัญหาอุปสรรค และแนวทางพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมระหว่างภาคี

(3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มออกแบบตามหลัก ORID Method ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ การสะท้อนสถานการณ์จริง (Objective) ความคิดเห็นและประสบการณ์ (Reflective) การตีความและหาทางออก (Interpretative) และการตัดสินใจร่วม (Decision) ใช้ในเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มละ 12–15 คน เพื่อสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน

(4) แบบประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบ จำนวน 20 ข้อ (Likert Scale 5 ระดับ) แบ่งเป็นส่วนที่ 1 ประเมินประสิทธิภาพกลไก ศปถ.อำเภอ 10 ข้อ และส่วนที่ 2 ประเมินระดับการมีส่วนร่วมของภาคีและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน

แปลผลเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 20 คะแนน) ถึงระดับดีมาก (81–100 คะแนน)

3. การตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือ เครื่องมือทุกชนิดผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยทางถนน สาธารณสุขชุมชน และระเบียบวิธีวิจัย จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่น พฤติกรรมการขับขี่และการป้องกันอุบัติเหตุ และการรับรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนน และแบบประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงในพื้นที่เทศบาลตำบลกังแอน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ 0.82 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อนเก็บข้อมูลจริง และใช้การสังเกตซ้ำในบางจุดเพื่อควบคุมมาตรฐานการวัดภาคสนาม รวมทั้งตรวจทานการถอดเทปโดยผู้วิจัยร่วมเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (ธันวาคม 2568-มกราคม 2569)

ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) คัดเลือกพื้นที่นำร่อง 4 อบต. (อบต.นอกเมือง อบต.เทนมีย์ อบต.สวาย และอบต.เพี้ยราม) และศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านสถิติอุบัติเหตุ พฤติกรรมเสี่ยง และโครงสร้างการบริหารจัดการ ศปถ.อำเภอ จากฐานข้อมูลของสำนักงานตำรวจภูธรอำเภอเมืองสุรินทร์ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (2) ประสานงานและขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากหน่วยงานหลัก ได้แก่ ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อบต.นำร่อง และสถานีตำรวจ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และบทบาทของแต่ละภาคี และ (3) จัดประชุมเบื้องต้นกับทีมร่วมวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วงจร PAOR และเตรียมเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัยและประเมินผล (กุมภาพันธ์–กรกฎาคม 2569)

ดำเนินการตามวงจร PAOR 4 ขั้นตอน 1 วงรอบ ระยะเวลารวม 6 เดือน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) 4 สัปดาห์ ศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานการณ์เชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับภาคีหลัก ได้แก่ ตำรวจ รพ.สต. อบต. และผู้นำชุมชน เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรค จากนั้นสังเคราะห์ข้อมูลและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดเห็นของภาคีในการออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบ ครอบคลุมกลไกการบริหารงาน ศปถ.อำเภอ บทบาทของ อปท. ระบบเชื่อมโยงข้อมูลอุบัติเหตุ และระบบติดตาม–สะท้อนผล แล้วจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) สำหรับพื้นที่นำร่อง 4 อบต.

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) 8 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการในพื้นที่นำร่อง ทั้งการรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย การตรวจตราความเร็วร่วมระหว่าง อปท. และตำรวจ และการแก้ไขจุดเสี่ยงทางกายภาพ โดยมี ศปถ.อำเภอ เป็นแกนกลางในการกำกับ ติดตาม และบันทึกผลอย่างต่อเนื่อง พร้อมจัดเวทีมีส่วนร่วมของภาคี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปรับแผนระหว่างรอบ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) 8 สัปดาห์ ทีมวิจัยลงพื้นที่สังเกตการดำเนินงานตามแผนและบันทึกผลจริง เก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ขับขี่ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม ได้แก่ อัตราการสวมหมวกนิรภัย ความเร็วเฉลี่ย และจำนวนอุบัติเหตุ พร้อมประเมินประสิทธิภาพกลไก ศปถ.อำเภอ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพร่วมกันเพื่อสะท้อนผลเบื้องต้น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) 4 สัปดาห์ จัดเวทีสะท้อนผล กับภาคีทุกภาคส่วน เพื่อสรุปผลลัพธ์ ความสำเร็จ อุปสรรค และแนวทางปรับปรุงรูปแบบ จากนั้นสังเคราะห์ผลและถอดบทเรียน เพื่อจัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ (Final Model) และนำเสนอต่อคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ พชอ. และหน่วยงานในจังหวัด เพื่อพิจารณาขยายผลไปยังพื้นที่อื่นในจังหวัดสุรินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมาณวิเคราะห์ด้วย Independent T-test และ Paired-T test และใช้ Two-proportion Z-test สำหรับเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างสองกลุ่มอิสระ (เช่น

สัดส่วนการมีใบอนุญาตขับขี่และการเกิดอุบัติเหตุ) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

จริยธรรมการวิจัย

เค้าโครงวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.175/2568 วันที่ 30 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์บริบท ปัญหา และช่องว่างของกลไกการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ

อำเภอเมืองสุรินทร์มีพื้นที่ 1,066.26 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็น 20 ตำบล 290 หมู่บ้าน ประชากร 253,901 คน เป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจและการคมนาคมของจังหวัด มีทางหลวงสายหลัก (ทล.214 และ ทล.226) ตัดผ่าน และมีสถานีตำรวจภูธรรับผิดชอบ 5 แห่ง สภาพภูมิประเทศที่หนาแน่นในเขตเทศบาลแตกต่างจากเขตรอบนอกที่เป็นชนบท ส่งผลต่อรูปแบบความเสี่ยงอุบัติเหตุที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 15 คน และการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย สามารถสังเคราะห์ผลได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (1) สถานการณ์อุบัติเหตุยังอยู่ในระดับรุนแรง ปี 2567 พบอุบัติเหตุ 42 ครั้ง เสียชีวิต 43 ราย บาดเจ็บอย่างน้อย 15 ราย ผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยทำงาน (20–59 ปี) และเกี่ยวข้องกับรถจักรยานยนต์กว่าร้อยละ 70 สาเหตุหลักคือการใช้ความเร็วเกินกำหนด การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ และการไม่สวมหมวกนิรภัย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า *"จุดเสี่ยงหลายแห่งยังเป็นจุดเดิมที่เกิดอุบัติเหตุซ้ำทุกปี โดยเฉพาะบริเวณทางแยกและจุดกลับรถ"* (KI-08) (2) ศปถ.อำเภอมีโครงสร้างชัดเจนแต่ขาดการขับเคลื่อนเชิงรุก มีนายอำเภอเป็นประธานและมีภาคีจากทุกภาคส่วน แต่การดำเนินงานยังกระจุกอยู่ในช่วงเทศกาลสำคัญ ขาดการติดตามและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า *"ข้อมูลมีอยู่หลายหน่วยงาน แต่ยังไม่มีระบบกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อใช้วิเคราะห์และตัดสินใจร่วมกัน"* (KI-05) (3) อปท. เป็นกลไกสำคัญระดับพื้นที่แต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร แม้มีบทบาทสนับสนุนงบประมาณปรับปรุงจุดเสี่ยง และรณรงค์ในชุมชน แต่ยังขาดแคลนงบประมาณ บุคลากร และองค์ความรู้ด้านวิชาการ ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทั่วถึง และ (4) ภาคีเครือข่ายพร้อมมีส่วนร่วมแต่ขาดกลไกบูรณาการ หน่วยงานต่าง ๆ เช่น ตำรวจ โรงพยาบาลสาธารณสุข สถานศึกษา ผู้นำชุมชน และ อสม. ต่างดำเนินงานตามภารกิจของตนแบบแยกส่วน ขาดเวทีกลางในการวิเคราะห์ปัญหาและติดตามผลร่วมกัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า *"ชุมชนอยากมีส่วนร่วมมากกว่านี้ แต่บางครั้งไม่ทราบบทบาทของตนเองในกลไกการทำงาน"* (KI-14)

โดยสรุป ช่องว่างสำคัญของกลไกการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอเมืองสุรินทร์ ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงพื้นที่ การดำเนินงานของ ศปถ.อำเภอที่ไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของ อปท. และการขาดกลไกบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อมูลฐานสำคัญสำหรับการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอในระยะต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

2.1 ขั้นเตรียมการและการกำหนดทิศทางร่วมกัน

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์บริบทและช่องว่างเข้าสู่เวทีประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 40 คน เพื่อกำหนดทิศทางและสร้างวิสัยทัศน์ร่วม ผลการประชุมพบว่าปัญหาหลักไม่ได้เกิดจากการขาดหน่วยงานรับผิดชอบ แต่เกิดจากการขาดระบบเชื่อมโยงข้อมูล การประสานงานที่ไม่ต่อเนื่อง และ อปท. ยังไม่สามารถแสดงบทบาท "เจ้าของพื้นที่" ได้เต็มศักยภาพ ภาคีเครือข่ายร่วมกันระบุปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย ขับเร็วเกินกฎหมาย ดื่มแล้วขับ ขับขี่โดยไม่มีใบอนุญาต และจุดเสี่ยงที่ยังไม่ได้แก้ไข จึงกำหนดเป้าหมายร่วมลดปัจจัย

เสี่ยงในพื้นที่นำร่อง 4 ตำบล (นอกเมือง เทนมีย์ สวาย เพี้ยราม) นำไปสู่ร่างรูปแบบ 4 องค์ประกอบ คือ (1) ศปถ.อำเภอเป็นศูนย์กลางบริหารจัดการ (2) ระบบข้อมูลอุบัติเหตุและวิเคราะห์เชิงพื้นที่ (3) กลไกการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย และ (4) ระบบติดตามและสะท้อนผลต่อเนื่อง ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากทุกภาคส่วนก่อนนำไปทดลองใช้

2.2 การพัฒนารูปแบบตามวงจร PAOR 1 วงรอบ

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยนำข้อมูลสถานการณ์พื้นที่มาเป็นฐานในการกำหนดทิศทางร่วมกับภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการตั้งคำถามแบบ ORID ซึ่งบูรณาการข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเข้าสู่เวทีระดมสมอง ผลการวิเคราะห์ชี้ว่ามูลเหตุสำคัญของอุบัติเหตุเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง (ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับเร็ว) ผนวกกับการขาดความต่อเนื่องของ ศปถ.อำเภอ ภาคีเครือข่ายจึงร่วมออกแบบโครงสร้างใหม่ โดยเน้น การเปลี่ยนผ่านบทบาท ให้ อปท. ชุมชน และภาคประชาสังคมเป็น "เจ้าของพื้นที่" หลัก ขณะที่ ศปถ.อำเภอปรับเป็นหน่วยสนับสนุนเชิงนโยบาย พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการร่วมกับสาธารณสุข ตำรวจ ขนส่งทางบก และ อปท. และกำหนดกิจกรรมเร่งด่วน (Quick Win) 3 ประการ ได้แก่ (1) จุดตรวจร่วมตำรวจ-อปท. บริเวณจุดเสี่ยง (2) รณรงค์สวมหมวกนิรภัยในชุมชนและสถานศึกษา และ (3) ประชุมติดตามผล ศปถ.อำเภอเป็นประจำทุกเดือน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) ดำเนินการต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ในพื้นที่นำร่อง 4 ตำบล (นอกเมือง เทนมีย์ สวาย เพี้ยราม) โดย ศปถ.อำเภอกำกับติดตามระดับนโยบาย ขณะที่ อปท. เป็น "เจ้าภาพหลัก" บริหารจัดการพื้นที่ของตน พร้อมเสริมศักยภาพด้านการวิเคราะห์จุดเสี่ยงและออกแบบมาตรการเชิงพื้นที่ มีการตั้งจุดตรวจควบคุมความเร็วร่วมตำรวจ-อปท. ตามพิกัดเสี่ยง และดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยผ่านเสียงตามสาย ป้ายเตือนภัย และเครือข่ายผู้นำชุมชน/อสม. อย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี ไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาล พร้อมจัดเวทีสะท้อนผลระหว่างรอบ เป็นระยะเพื่อถอดบทเรียนและปรับแผน

ขั้นที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) ผลการลงพื้นที่และสัมภาษณ์ตัวแทนคณะกรรมการพบว่าเครือข่ายมีพัฒนาการด้านการประสานงานและบูรณาการชัดเจนทั้งระดับบริหารและปฏิบัติการ จนตกผลึกเป็นรูปแบบที่มีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมและการสอดส่อง ผ่านระบบ 3 ด่าน (ครอบครัว-ชุมชน-บังคับใช้กฎหมาย) พบว่าเครือข่ายได้วางกลไกเฝ้าระวังเป็นชั้น ๆ โดยด่านครอบครัวทำหน้าที่ตักเตือนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนออกจากบ้าน ด่านชุมชนอาศัยผู้นำชุมชนและ อสม. สอดส่องพฤติกรรมการขับขี่ในพื้นที่ และด่านบังคับใช้กฎหมายดำเนินการผ่านจุดตรวจร่วมตำรวจ-อปท. ตามจุดเสี่ยงที่คัดเลือกจากข้อมูลอุบัติเหตุ ทำให้เกิดการเฝ้าระวังต่อเนื่องตลอดระยะ 6 เดือนที่ดำเนินการวิจัย ไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาลเหมือนรูปแบบเดิม โดยพื้นที่นำร่องทั้ง 4 ตำบลกำหนดให้มีจุดตรวจร่วมตำรวจ-อปท. ตำบลละ 1 จุด ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครอบคลุมหมู่บ้านเครือข่ายเฝ้าระวังที่มีจุดเสี่ยงรวม 20 หมู่บ้าน โดยเฉพาะบริเวณโรงเรียนและตลาดชุมชนมีการจัดเวรอำนวยความสะดวกด้านการจัดระบบจราจรทุกวัน โดยใช้บุคลากรจาก อปท. และผู้นำชุมชนในพื้นที่เป็นกำลังหลัก

(2) การรณรงค์และการรับรู้ มุ่งกลุ่มเยาวชนผ่าน อสม. และสื่อชุมชน กิจกรรมรณรงค์ปรับเปลี่ยนจากรูปแบบเดิมที่ดำเนินการเป็นครั้งคราวตามฤดูกาลเทศกาล (เช่น ช่วงสงกรานต์ ปี 2569) มาเป็นการสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุกและต่อเนื่อง โดยใช้เสียงตามสาย ป้ายเตือนภัย และเครือข่ายผู้นำชุมชน/อสม. เป็นช่องทางหลัก เน้นกลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้และการปรับพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยในวงกว้างขึ้น ตลอดระยะ 6 เดือนที่ดำเนินการวิจัยมีกิจกรรมรณรงค์ในสถานศึกษาและชุมชนทั้ง 4 ตำบลเป้าหมายรวม 4 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมสะสม 1,112 คน และผลิตสื่อ/ป้ายรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยรวม 20 ชิ้น

(3) นวัตกรรมและวิศวกรรมจราจร (เนินชะลอความเร็ว ตีเส้นจราจร ป้ายเตือน ไฟส่องสว่าง) ในพื้นที่นำร่อง 4 ตำบล มาตรการทางวิศวกรรมจราจรถูกออกแบบให้สอดคล้องกับจุดเสี่ยงที่วิเคราะห์จากข้อมูลพิกัด GPS และสถิติอุบัติเหตุย้อนหลังของแต่ละ อบต. มิได้ติดตั้งแบบเหมารวมทั้งพื้นที่ แต่คัดเลือกจุด

ที่มีความหนาแน่นของชุมชนหรือประวัติอุบัติเหตุซ้ำเป็นลำดับแรก สะท้อนการทำงานร่วมกันระหว่าง อปท. เจ้าของพื้นที่กับทีมวิจัยในการแปลข้อมูลเป็นมาตรการเชิงพื้นที่ที่สอดคล้องกับข้อบัญญัติงบประมาณของแต่ละ อบต. ผลการดำเนินการตลอดระยะ 6 เดือนที่ดำเนินการวิจัย พบว่า อบต.เทนมีย์ และ อบต.สวาย ได้รับการติดตั้งป้ายเตือนมากที่สุด (10 ป้าย เท่ากัน) สอดคล้องกับข้อมูลจุดเสี่ยงสะสมในพื้นที่ ขณะที่ อบต.นอกเมืองมีการตีเส้นจราจรมากที่สุด (5 จุด) ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะถนนสายหลักที่ตัดผ่านชุมชนหนาแน่นได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินมาตรการนวัตกรรมและวิศวกรรมจราจรในพื้นที่นำร่อง จำแนกรายตำบล

อบต.	เนินชะลอความเร็ว	ตีเส้นจราจร	ป้ายเตือน	ไฟส่องสว่าง
นอกเมือง	2 จุด	5 จุด	6 ป้าย	2 จุด
เทนมีย์	2 จุด	4 จุด	10 ป้าย	1 จุด
สวาย	3 จุด	4 จุด	10 ป้าย	1 จุด
เพี้ยราม	3 จุด	1 จุด	6 ป้าย	1 จุด
รวม	**10 จุด**	**14 จุด**	**32 ป้าย**	**5 จุด**

(4) การทบทวนและติดตาม ผ่านระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงโรงพยาบาล-ตำรวจ-อปท. พร้อมคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชน เครือข่ายพัฒนากลไกเชื่อมโยงข้อมูลอุบัติเหตุระหว่างหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลสุรินทร์ สถานีตำรวจภูธร และ อปท. ให้สามารถวิเคราะห์แนวโน้มและจุดเสี่ยงร่วมกันได้ทันเหตุการณ์มากขึ้น แทนที่ต่างฝ่ายต่างเก็บข้อมูลแบบแยกส่วนดังในอดีต พร้อมทั้งจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อให้ อปท. และภาคประชาชนรับทราบสถานการณ์และร่วมปรับมาตรการอย่างต่อเนื่อง โดยตลอดระยะ 6 เดือนที่ดำเนินการวิจัย มีการจัดประชุม/เวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชนรวม 2 ครั้ง เฉลี่ย 1 ครั้งต่อ 3 เดือน

โดยสรุป ผลการสังเกตการณ์ทั้ง 4 องค์ประกอบสะท้อนให้เห็นว่าเครือข่ายสามารถแปลงกลไกความร่วมมือเชิงโครงสร้างที่ออกแบบไว้ในขั้นวางแผนและปฏิบัติการ ให้กลายเป็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่จับต้องได้ทั้งในมิติการเฝ้าระวัง การสื่อสารความเสี่ยง การปรับปรุงกายภาพถนน และระบบข้อมูล ซึ่งเป็นฐานสำคัญสู่การประเมินผลเชิงพฤติกรรมและทัศนคติในขั้นถัดไป

ผลการประเมินด้านพฤติกรรมและทัศนคติจากกลุ่มก่อนดำเนินมาตรการ และหลังดำเนินมาตรการ กลุ่มละ 341 คน (รวม 682 คน) พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มก่อนและหลังดำเนินมาตรการมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.2 และ 75.7 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (37.0 ปี และ 37.6 ปี) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.3 และ 49.9) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 82.4 และ 80.6) ส่วนตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดคือสัดส่วนการมีใบอนุญาตขับขี่ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังดำเนินมาตรการ พบว่ากลุ่มหลังดำเนินมาตรการมีสัดส่วนผู้มีใบอนุญาตขับขี่สูงกว่ากลุ่มก่อนดำเนินมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความแตกต่างของสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 27.0 (95% CI: 19.8 ถึง 34.2, $p < 0.001$) สำหรับการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ในรอบ 6 เดือน (ก.พ. -ก.ค. ปี 2568 และ ปี 2569) พบว่ากลุ่มหลังดำเนินมาตรการมีสัดส่วนผู้เคยเกิดอุบัติเหตุน้อยกว่ากลุ่มก่อนดำเนินมาตรการ โดยมีความแตกต่างของสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 5.1 (95% CI: 0.1 ถึง 10.1, $p = 0.046$) การเปรียบเทียบผลรูปแบบในด้านพฤติกรรมการขับขี่และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนนของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนนของกลุ่มหลังดำเนินการสูงกว่ากลุ่มก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Diff. = 0.30, 95% CI: 0.22–0.39, $p < 0.001$) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Mean Diff. = 0.27, 95% CI: 0.15–0.38, $p < 0.001$) ดังตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการขับขี่และทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนนของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปรที่ประเมิน	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI	p-value
พฤติกรรมความปลอดภัยทางถนน					
ก่อนดำเนินการ	3.20	0.57	0.30	0.22, 0.39	0.001
หลังดำเนินการ	3.50	0.51			
ทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนน					
ก่อนดำเนินการ	3.33	0.80	0.27	0.15, 0.38	<0.001
หลังดำเนินการ	3.59	0.75			

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ การมีส่วนร่วมของภาคี ผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบ กับกลุ่มปฏิบัติการ จำนวน 40 คน พบว่าหลังใช้รูปแบบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยด้านประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและคะแนนรวมของรูปแบบ มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมความปลอดภัยทางถนน ก่อนและหลังดำเนินการ

ตัวแปรที่ประเมิน	Mean	S.D.	Mean diff. of $\bar{d}$	95%CI	p-value
ประสิทธิภาพกลไก ศปถ.อำเภอ					
ก่อนดำเนินการ	3.07	0.18	0.73	0.70, 0.76	0.001
หลังดำเนินการ	3.80	0.18			
การมีส่วนร่วมภาคีและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม					
ก่อนดำเนินการ	3.21	0.19	0.71	0.68, 0.73	<0.001
หลังดำเนินการ	3.91	0.22			
คะแนนรวม (เต็ม 100)					
ก่อนดำเนินการ	62.80	2.40	14.30	13.9, 14.8	<0.001
หลังดำเนินการ	77.10	2.60			

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ สังเคราะห์ได้ 4 ประการ คือ (1) อปท. เป็นเจ้าภาพหลักระดับตำบล ทำให้งานต่อเนื่องกว่าการพึ่งพา ศปถ.อำเภอฝ่ายเดียว (2) การใช้ ORID Method ช่วยให้ภาคีเห็นภาพรวมปัญหาและบทบาทตนเองชัดเจนขึ้น (3) การประชุมติดตามผลสม่ำเสมอ ช่วยรักษาความต่อเนื่องไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาล และ (4) การมีส่วนร่วมของภาคีหลากหลายภาคส่วนตั้งแต่ขั้นวางแผน สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) ได้ดำเนินการจัดเวทีสะท้อนผลร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยใช้แนวคำถาม ORID พบว่า การมี อปท. เป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับ ศปถ.อำเภอ ช่วยให้เกิดการบูรณาการข้อมูลและการตัดสินใจร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านกำลังคนในการติดตามงานและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่เป็นระบบอัตโนมัติ ข้อค้นพบดังกล่าวนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบฉบับสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลไก ศปถ.

อำเภอ (2) ระบบข้อมูลอุบัติเหตุ (3) กลไกการมีส่วนร่วมโดยมี อปท. เป็นแกนหลัก และ (4) ระบบติดตามประเมินผลตามวงจร PAOR ก่อนนำเสนอต่อคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาขยายผลต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ด้านบริบท ปัญหา และช่องว่างของกลไกการดำเนินงาน พบว่า ช่องว่างสำคัญของ ศปถ.อำเภอเมืองสุรินทร์ ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงพื้นที่ การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของ อปท. และการขาดกลไกบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ โดยมีรากฐานมาจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ขับขี่ เช่น การไม่สวมหมวกนิรภัยและการขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับศรีสมบูรณ์ คำผง[9] ในอำเภอเมืองศรีสะเกษ ที่พบว่าจุดอ่อนอยู่ที่การขาดการวิเคราะห์ข้อมูลและจุดเสี่ยงร่วมกัน รวมถึงงานของกรภัทร ขันไชย และกมล ไชยอามิตร[13] ในจังหวัดน่าน ที่ระบุว่าก่อนพัฒนากลไก หน่วยงานต่างๆ ดำเนินงานแยกส่วนขาดทิศทางร่วม สะท้อนว่าปัญหานี้เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่พบทั่วไปในกลไก ศปถ.อำเภอหลายพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืนของศราวุฒิ เรือนฟั่น[4] ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี และงานของหนูแก้ว กองศรีมา[10] ที่มุ่งพัฒนารูปแบบป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอเพื่ออุดช่องว่างดังกล่าว

ด้านการพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อปท. และภาคีเครือข่าย รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการ "เปลี่ยนผ่านบทบาท" ให้ อปท. เป็นเจ้าภาพหลักในระดับตำบล ส่วน ศปถ.อำเภอปรับเป็นหน่วยสนับสนุนเชิงนโยบาย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ร่วมเฝ้าระวัง ร่วมรณรงค์ ร่วมแก้ไขด้วยนวัตกรรม และร่วมทบทวนติดตามผล (รูปแบบ 4 ร่วม) โดยใช้วงจร PAOR ร่วมกับเครื่องมือ ORID Method ในการระดมความคิดเห็น ก่อให้เกิดมาตรการเชิงรุก เช่น การตั้งจุดตรวจร่วมตำรวจ อปท. และดึง อสม. มาสื่อสารความเสี่ยงต่อเนื่องตลอดปี ไม่จำกัดเฉพาะช่วงเทศกาล แนวทางนี้สอดคล้องกับกรภัทร ขันไชย และกมล ไชยอามิตร[13] ที่ใช้กลไก พชอ. ขับเคลื่อนชุมชนด้วยข้อมูลเป็นฐาน เบญจมาภรณ์ ศิริโสม[1] ที่ใช้ พชอ. จัดการอุบัติเหตุได้ผล ณภัทรพงษ์ หงษีทอง[19] ที่ใช้กลยุทธ์ 5ส. 5ช. เน้นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน และปิยนุช ภิญโย และคณะ[5] ที่ยืนยันว่าความเข้มแข็งของชุมชนคือหัวใจของความยั่งยืน ถ้าชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาจะช่วยลดอุบัติเหตุได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจาก อปท. ใกล้ชิดพื้นที่และตอบสนองปัญหาได้รวดเร็วกว่าหน่วยงานระดับอำเภอ เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮ็อป ซึ่งจำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ด้าน คือ การตัดสินใจ การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล[20] พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมการมีส่วนร่วมครบทั้ง 4 ด้าน และสอดคล้องกับแนวคิดบันไดการมีส่วนร่วมของอาร์นสไตน์ ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพต้องยกระดับจากการรับนโยบายไปสู่ระดับหุ้นส่วน (Partnership)[21] ซึ่งการปรับบทบาทให้ อปท. เป็นเจ้าภาพหลักในงานวิจัยนี้สะท้อนการยกระดับการมีส่วนร่วมในลักษณะดังกล่าว

ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ หลังทดลองใช้รูปแบบ คะแนนพฤติกรรมและทัศนคติด้านความปลอดภัยทางถนนของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับประสิทธิภาพของกลไก ศปถ.อำเภอและการมีส่วนร่วมของภาคีที่เพิ่มจากระดับดีเป็นดีถึงดีมาก สอดคล้องกับณภัทรพงษ์ หงษีทอง[19] ที่พบความรู้และพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยของแกนนำเยาวชนเพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญ กิตติพงษ์ โพธิ์มาตย์[22] ที่พบการสวมหมวกนิรภัยในโรงเรียนเพิ่มขึ้นชัดเจน ศรีสมบูรณ์ คำผง[9] ที่ยืนยันว่ารูปแบบโดยคณะกรรมการ ศปถ.อำเภอช่วยยกระดับประสิทธิภาพการทำงาน และสกลวรรธน์ นะนวน[12] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของนโยบาย ผลเชิงบวกนี้อธิบายได้จากหลักการของ PAOR ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนปัญหาด้วยตนเองในขั้นวางแผนและลงมือปฏิบัติเอง จึงเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลลัพธ์ สอดคล้องกับกรภัทร ขันไชย และกมล ไชยอามิตร[13] ที่ระบุว่าความเป็นหนึ่งเดียวของทีมงานที่มีเป้าหมายร่วมกันเป็นปัจจัยความสำเร็จสำคัญ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จนี้ไม่ได้เกิดจากการเพิ่มงบประมาณหรือตั้งหน่วยงานใหม่ แต่เกิดจากการปรับโครงสร้างการมีส่วนร่วม ให้ อปท. และชุมชนเป็นแกนนำหลัก ขับเคลื่อนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ และเปลี่ยน

จากการเฝ้าระวังเฉพาะเทศกาลสู่การเฝ้าระวังต่อเนื่องตลอดปี ซึ่งยืนยันความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทอำเภอเมืองสุรินทร์ และมีศักยภาพขยายผลเป็นต้นแบบ (Role Model) สู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้ อปท. เป็นแกนหลักด้านความปลอดภัยทางถนนระดับพื้นที่ โดยสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณอย่างเหมาะสม พร้อมขยายมาตรการที่ได้ผลจากพื้นที่นำร่อง เช่น จุดตรวจร่วมตำรวจ-อปท. และบทบาท อสม. ในการสื่อสารความเสี่ยงต่อเนื่องตลอดปี ไปสู่ทุกตำบล

2. ควรใช้ ศปถ.อำเภอเป็นเวทีกลางติดตามและขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นดื่มแล้วขับซึ่งยังไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ควรสนับสนุนให้ อปท. และผู้นำชุมชนในพื้นที่เสี่ยงสูงกำหนดมาตรการเชิงสังคมที่เข้มข้นขึ้น เช่น กติกาชุมชนหรือด่านครอบครัว ควบคู่กับการรณรงค์

เอกสารอ้างอิง

1. เบญจมาภรณ์ ศิริโสม. กระบวนการจัดการอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(4):781-7.
2. ภูทริยา มีอุสาห์. การพัฒนาแนวทางการตรวจสอบความปลอดภัยทางถนนสำหรับรถจักรยานยนต์ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
3. TDRI. รายงานการติดตามสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในช่วง 2 ปี (พ.ศ. 2565 – 2566). กรุงเทพฯ: TDRI; 2566.
4. ศราวุฒิ เรือนฝั้น. กระบวนการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคีเพื่อการจัดการอุบัติเหตุบนท้องถนนอย่างยั่งยืน พื้นที่บ้านกุยเลอตอ ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2566;1(2):114–25.
5. ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, กล้วยไม้ ธิพรพรรณ, ประภัสศรี ชาวงษ์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. พยาบาลสาร มหาวิทยาลั ยเชียงใหม่. 2565;49(1):160-74.
6. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางการจัดทำ และการใช้ทางข้ามถนนปลอดภัย เพื่อยกระดับความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน. กรุงเทพฯ: กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.); 2567.
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2567 (ไตรมาศที่ 1 และ ไตรมาศที่ 3). นครราชสีมา: กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข; 2567.
8. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอเมืองสุรินทร์. สรุปรายงานการประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงาน ศปถ.อ.เมืองสุรินทร์ ; 1 ตุลาคม 2567 - 30 กันยายน 2568. สุรินทร์: ศปถ.อ.เมืองสุรินทร์; 2568.
9. ศรีสมบูรณ์ คำผง. การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2564;1(2):72-86.
10. หนูแก้ว กองศรีมา. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ กรณีศึกษา อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. จังหวัดอุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี; 2567.
11. Kemmis S, McTaggart R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. 3rd ed. Washington DC: Sage Publications Ltd; 2005.
12. สกลวรรธน์ นะนวน. รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการขับเคลื่อนความปลอดภัยทางถนนตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารบัณฑิตวิจัย พัฒนาและนวัตกรรม. 2566;1(2):15-28.
13. กรภัทร ขันไชย, กมล ไชยอามิตร. การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน. จังหวัดน่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน; 2563.
14. ประพัทธ์ ธรรมวงศา. การพัฒนารูปแบบความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ ความปลอดภัย ทางถนนระดับอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(1):51-62.

15. มูลนิธิไทยโรดส์. อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศ กรุงเทพฯ: หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนความปลอดภัยทางถนน THAIROADS; 2567 [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://trso.thairoads.org/statistic/helmet/provincial/283.
16. ธีรบูลย์ รัชตะวิมลรัตน์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการโดยใช้กลไก พื้นที่ในจังหวัด ศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(5):337-51.
17. Institute of Transportation Engineers. Traffic engineering handbook. 7th ed. Hoboken, New Jersey: Wiley; 2016.
18. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall; 1977.
19. ณภัทรพงษ์ หงษีทอง. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสู่การเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนนในชุมชนตำบลคำแมด อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2566;1(2):1-15.
20. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development. 1980;8(3):213-35.
21. Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. Journal of the American Institute of Planners. 1969;35(4):216-24.
22. กิตติพงษ์ โพธิ์มาตย์. การจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยการมีส่วนร่วม กรณีศึกษาโรงเรียนเทศบาล 1 วัดเทพมงคล เทศบาลเมืองอำนาจเจริญ. วารสารสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย (สพบท). 2564;3(2):11-20.

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

ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์

Effect of Health Promotion Programe on Diabetes Prevevtion Behaveiors For Risk Group of Hat Kruat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Uttaradit Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วาสนา บุณยมณี[1] หทัยรัตน์ กระต่ายน้อย[2] ดวงดาว เทพทองคำ[2]
Wasana Bunyamanee[1] Hathairat Kratai Noi[2] Duangdao Thepthongkam[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 25 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่า G-Power ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจ ทดสอบที่ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เครื่องมือ คือกิจกรรมดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 12 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน กระบวนการดูแลประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ การปฏิบัติงาน และการประเมินผลโดย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ *p-value* < 0.05

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001)

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพที่บ้าน, ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง, เครือข่ายสุขภาพชุมชน, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of home healthcare provided through the participation of a community health network on activities of daily living and quality of life among home-bound and bed-bound older adults at Hat Kruat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Uttaradit Province. The study compared the mean scores of activities of daily living and quality of life before and after participation in the intervention.The sample consisted of 25 home-bound and bed-bound older adults.Sample size was determined using G*Power with a sig.nificance level of .05, a statistical power of .80, and an effect size of .05. The participants received home healthcare through the participation of a community health network for 12 sessions over a period of 6 months. The intervention consisted of four stages of participation: participation in planning, decision-making, implementation, and evaluation. The research instruments included a general information questionnaire, the Barthel Activities of Daily Living

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ corresponding Author Email: duangdao@uru.ac.th
:corresponding

Index (Barthel ADL), and the WHOQOL-BREF-THAI quality-of-life questionnaire. The reliability of the research instruments was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability coefficient of 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired *t*-test at a statistical significance level of $p < .05$.

The results showed that the mean scores for activities of daily living and quality of life among the older adults significantly increased after participation in the home healthcare program ($p < .001$).

Keywords: home healthcare, home-bound and bed-bound older adults, community health network, activities of daily living, quality of life

บทนำ

ประชากรทั่วโลกมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศในอาเซียนจะเข้าสู่ สังคมสูงอายุอย่าง สมบูรณ์[1] โดยสิงคโปร์และไทยจะกลายเป็น สังคม สูงอายุระดับสุดยอด ในปี 2568 ประเทศไทยมี ประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นชายร้อยละ 44.70 และหญิงร้อยละ 55.30 เมื่อจำแนกตามช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีร้อยละ 57.20 วัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.50 และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.30 โดยทุกช่วงวัยมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่า ชาย และ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยคาดว่า จะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (มากกว่าร้อยละ 20) ภายในปี 2568[2] ทำให้เกิด ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เข่าเสื่อม ปวดตามข้อ และ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันใน เลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้[3] โดยในชุมชนมีผู้สูงอายุหลาย กลุ่มทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยกลุ่มนี้ ต้องพึ่งการดูแลมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2560 มี ผู้สูงอายุติดเตียง 136,677 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2570 จะเพิ่มเป็น 209,227 คน[4] ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงมักจะ ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการเคลื่อนไหว และไม่ สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง[5]

จังหวัดอุตรดิตถ์มีประชากรสูงอายุจำนวน 106,443 คน คิดเป็น ร้อยละ 24.03 มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นลำดับที่ 9 ของประเทศ[6] จากการคัดกรองความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า มีผู้สูงอายุติดสังคม (Barthel Activities of Daily Living มากกว่า 11) ร้อยละ 97.80 ติดบ้าน(Barthel Activities of Daily Living 5 - 11)ร้อยละ 1.65 และติดเตียง(Barthel Activities of Daily Living น้อยกว่า 5) ร้อยละ 0.55 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หาดกรวด ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้นจำนวน 1,204 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคม 996 คน ร้อยละ 82.72 กลุ่มติดบ้าน 200 คน ร้อยละ 16.61 และกลุ่มติดเตียงจำนวน 8 คนร้อยละ 0.67 จากระบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าข้อมูลของกลุ่มผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงจากกลุ่มติดบ้านเปลี่ยนเป็นติดสังคม และกลุ่มติดเตียงเปลี่ยนเป็นติดบ้านใน ระดับเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีการเปลี่ยนกลุ่มดีขึ้นน้อยเป็นลำดับท้าย จากจำนวน 12 เขตสุขภาพ[6] และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หาดกรวด มีการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในระดับที่ดีขึ้นร้อยละ 10.55[7] จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัย จึงได้มีแนวคิดในการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีการเปลี่ยนแปลงหลังการได้รับดูแลสุขภาพจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการได้รับการดูแลภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนการและหลัง เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่าง เดือน มีนาคม 2568 ถึง เดือน ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด จำนวน 208 คน[7] กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงประเมินจากความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ได้คะแนนน้อยกว่า 11 จาก 20 คะแนน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง ประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ ทางสถิติ G-Power โดยกำหนดค่า ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้ขนาดได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย[8] เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนและตกหล่นของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 25 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามแนวทาง จนครบจำนวน 25 ราย กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1.อายุ 60 ปีขึ้นไป

2.ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ คะแนน 0-11 คะแนน

3.ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ประยุกต์ใช้ของ เกหลั่น ประเสริฐธิติพงษ์[9] ประกอบด้วย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน คือการมีส่วนร่วมในการคิด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยมีการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ ผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใน 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่งจากที่ นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน[10] การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์หรือติดเตียง คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพารุนแรงหรือติดเตียง

คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาปานกลางหรือติดบ้าน และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็น ภาวะพึ่งพา

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ปกติที่กำหนด คือ คะแนน 26–60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที ไม่ดี คะแนน 61–95 คะแนน แสดงถึงการ มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96–130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .65

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในหมู่บ้านบ้านท่า พบว่ามีความเหมาะสมในการประเมินระดับการพึ่งพิงในผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบเท่ากับ .79 และ 0.81

2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 คนเป็นอาจารย์ด้านพยาบาลชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลชุมชน แล้วนำ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในหมู่บ้าน บ้านท่า โดยใช้ แล้วนำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้กรรมการจริยธรรมพิจารณา เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทีมงานผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บ ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการรวมโครงการวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3.1 ทีมผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ในชุมชน

3.2 ทีมงานผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ตามข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยปราศจากการขู่บังคับ ชักจูง

3.3 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลบันทึกข้อมูลในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยให้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30 นาที

3.5 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ซักถามกรณีไม่เข้าใจและนัดหมาย วันเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรม โดย นัดหมายทุกวันศุกร์เวลา 14.00-16.00 น.ที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง

3.6 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัยดำเนินการกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

3.7 ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สะดวกใจ อึดอัดใจ ในการตอบ
แบบสอบถามหรือการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถ ยกเลิกการให้คำยินยอมและการ

ร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน และการใช้ชีวิตหรือผลกระทบด้านอื่น ๆ

3.8 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เฝ้าระวังและสังเกตุพฤติกรรมหรือความผิดปกติความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินการวิจัย เพื่อให้การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการช่วยเหลือแก้ไขและให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือถอนตัวหากมีความผิดปกติเกิดขึ้นเช่น พบ อาสาสมัคร วิตกกังวลมาก ระหว่างวิจัย ทีมงานผู้วิจัยจะส่งต่ออาสาสมัครเข้ารับการดูแลอย่างทันท่วงที่ พร้อมรายงานเหตุการณ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขตามแนวทางที่กำหนด

3.9 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ เชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ระยะเวลาการศึกษา

เดือน มีนาคม 2568 ถึง ธันวาคม 2568

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ COA No. 029/2568 วันที่ 20 มิถุนายน 2568 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ ผู้ดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน เป็นเพศหญิง 16 คน ร้อยละ 64.00 อายุเฉลี่ย 72.84 ± 7.21 ปี ส่วนใหญ่อายุ 70–79 ปี 11 คน ร้อยละ 44.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 15 คน ร้อยละ 60.00 ไม่ได้เรียนหนังสือ 5 คน ร้อยละ 20.00 สถานภาพสมรส 13 คน ร้อยละ 52.00 สถานภาพหม้าย 8 คน ร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่มีบุตร/หลานเป็นผู้ดูแลหลัก 17 คน ร้อยละ 68.00

ภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยจาก 2.95 ± 0.22 เป็น 3.38 ± 0.31 คะแนน ($t = 9.487$, $p < .001$) ด้านจิตใจจาก 2.97 ± 0.40 เป็น 3.54 ± 0.48 คะแนน ($t = 14.283$, $p < .001$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมจาก 2.67 ± 0.46 เป็น 3.59 ± 0.59 คะแนน ($t = 16.613$, $p < .001$) และด้านสิ่งแวดล้อมจาก 2.93 ± 0.33 คะแนนเป็น 3.79 ± 0.46 คะแนน ($t = 19.506$, $p < .001$) โดย พบว่า ด้าน

ความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนสูงที่สุด 0.92 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม 0.86 ด้านจิตใจ 0.57 และด้านร่างกาย 0.43 ดังแสดงตามตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกรายด้าน (n=25)

ด้าน	ก่อน Mean±SD	หลัง Mean±SD	df	t	P-value
ร่างกาย	2.95±0.22	3.38±0.31	0.43	9.487	<.001
จิตใจ	2.97±0.40	3.54±0.48	0.57	14.283	<.001
ความสัมพันธ์ทางสังคม	2.67±0.46	3.59±0.59	0.92	16.613	<.001
สิ่งแวดล้อม	2.93±0.33	3.79±0.46	0.86	19.506	<.001

2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการได้รับการดูแลภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

ภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ที่บ้านผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน (n=25)

คุณภาพชีวิต	Mean±SD	Mean±SD	df	t	P-value
ก่อน	75.52 ± 7.04		17.80	29.003	<.001
หลัง		93.32 ± 8.81			

3. **คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน**

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านเพิ่มขึ้นจากก่อนการศึกษา โดยผู้สูงอายุทั้งหมดมีค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 10.00 คะแนน เป็น 16.00 คะแนน และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.427$, $p < .001$) เมื่อจำแนกตามกลุ่ม พบว่าทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p = .008$) แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test

กลุ่มตัวอย่าง	Median (IQR)	Median (IQR)	Z	P-value
ก่อน	10.00 (3.00)		-4.427	<.001
หลัง		16.00 (3.00)		

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

หลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจำนวน 25 คน มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ สืบเนื่องจากการดูแลครั้งนี้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน และประกอบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการคิด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้การดูแลไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพ แต่มีครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามาร่วมดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะการเยี่ยมบ้าน ทำให้เครือข่ายสามารถประเมินปัญหาของผู้สูงอายุจากสภาพจริง ร่วมวางแผนและแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล รวมทั้งสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จึงอาจช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดำรงชีวิต ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น[12] สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ปะติเก และคณะ[13] ศึกษาผลของการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้สูงอายุติดบ้าน 18 ราย และติดเตียง 9 ราย โดยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า หลังดำเนินการ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น 0.08 คะแนน และกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้น 0.05 คะแนน ($p < .001$) โดยผู้วิจัยเสนอว่าควรส่งเสริมการเยี่ยมบ้านและเพิ่มเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและ นวลจันทร์ แสนกอง[14] ที่ศึกษาการประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอน้ำพองจังหวัดขอนแก่นพบว่าการเยี่ยมบ้าน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงายุ แสดงถึงการบูรณาการภาคีเครือข่ายที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง สนับสนุนแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีความต่อเนื่องและใช้เครือข่ายชุมชนเป็นฐาน เมื่อแยกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างสูงที่สุด รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลของการศึกษาครั้งนี้มีจุดเด่นที่การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งแตกต่างจากการดูแลที่เน้นบุคลากรสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว โดยกิจกรรมเริ่มตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และภาคีชุมชน สอดคล้องกับ สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ[11] ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการควรประกอบด้วยบริการดูแลที่บ้าน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ทีมหมอครอบครัว ผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะการดูแลที่ใช้เครือข่ายและทรัพยากรของชุมชนร่วมกัน

2. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

พบว่า หลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมิน Barthel ADL

เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถส่งเสริมความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่ากิจกรรมการดูแลไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาปัญหาสุขภาพ แต่เป็นการดูแลที่เกิดจาก การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การร่วมคิด การร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมประเมินผล ทำให้มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคลได้ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ[11] ที่ศึกษาผลกระทบของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวในจังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนน Barthel ADL เพิ่มจาก 6.78 ± 3.20 เป็น 10.68 ± 6.08 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพและเครือข่ายสามารถประเมินปัญหาและความสามารถของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามศักยภาพของตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และหน่วยงานในชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น และเมื่อทดสอบด้วย Wilcoxon Signed-ranks Test พบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.427$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นหลังได้รับการดูแลสุขภาพจากเครือข่ายสุขภาพชุมชนซึ่งเกิดจากการติดตามเยี่ยมที่บ้านและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองตามศักยภาพ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ และกิจกรรมการดูแลตนเองอื่น ๆ การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องยังทำให้สามารถค้นหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและร่วมกันปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับระดับความสามารถของแต่ละคน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญนภา บุญเสริมและคณะ[15] ที่ศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งพบว่า Barthel Index ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ[11] พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว คะแนน Barthel ADL เพิ่มจาก 6.78 ± 3.20 คะแนน เป็น 10.68 ± 6.08 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) โดยรูปแบบดังกล่าวมีทั้งการเยี่ยมบ้าน การจัดทำ care plan รายบุคคล และการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน[16] อีกทั้งการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมของการจัดบริการดูแลระยะยาวในตำบลสะอาด จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 37 คน มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.9 ± 5.2 คะแนน (p < .001) และร้อยละ 73 มีอาการดีขึ้น โดยผลลัพธ์ที่พบรวมถึงการกลับมาเดินได้หรือช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น[11]

โดยสรุป ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยเฉพาะกิจกรรมการดูแลสุขภาพภายใต้ความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีความต่อเนื่อง 6 เดือน และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมครบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วม

ปฏิบัติ และร่วมประเมินผล สิ่งสำคัญคือไม่ได้ให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลเพียงฝ่ายเดียว แต่ใช้ เครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ประกอบด้วย ภาคประชาชน องค์กร สถาบันการศึกษา หน่วยงานต่างๆ เป็นกลไกในการร่วมรับผิดชอบและสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมหลายมิติ และสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผูสูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอรเน็ต]. 2564 [เขาถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2568]. เขาถึงไดจาก: https://www.dop.go.th/th/know/1/926
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม:สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2564
3. กุลธิดา กุลประทีปัญญา, วิรดา อัศวเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, และ อรัญญา นามวงศ์.สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย การจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น.2563;17(2):581-595.
4.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. [สืบค้นเมื่อ 28 มี.ค. 2568]. จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2021/fullreport_64.pdf
5.พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพีย.การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่าง ต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.2559;23(2):79-87.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานประจำปี2567. อุตรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์; 2567
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด.สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด.2567
8. Burns, N. and Grove, S.The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis.2009
9. เกหลั่น ประเสริฐธิติพงษ์ .ผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ.2566;24(1):93-106
10. เพ็ญนภา มะหะหมัด.รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ตำบลสุไหงโกลก จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.2561;10(2):51-63.
11. สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ.ผลกระทบของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)2568 [สืบค้นเมื่อ 28 ม.ค. 2568. จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5309?locale-attribute=th
12.สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย.เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.2540
13.อมรรัตน์ ปะติเก, ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, และ ศิรินาถ ตงศิริ. (2562). ผลของการดูแลที่ บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง. วารสารเภสัชกรรมไทย.2562;11(4):860-868
14. นวลจันทร์ แสนกอง, สุรศักดิ์ไชยสงค์, กฤษณี สระมุณี, ร่มตะวัน กาลพัฒน์, พสิษฐ์ พัจนา.การประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.วารสารเภสัชกรรมไทย.2564;14(3):733-744
15. เพ็ญนภา บุญเสริม ,ธวัชชัย ยืนยาว.ผลของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์.วารสารการแพทยโรงพยาบาลอุดรธานี. 2568;(33(3):450-463
16.ปาร์ยชญาน์ วงษ์ไตรรักษ์.รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว.[ดุษฎีนิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560

การประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล JEE/IHR 2005 เขตสุขภาพที่ 6

Evaluation of Risk Communication and Community Engagement Implementation under the Joint External Evaluation and International Health Regulations (2005) Framework in Health Region 6

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สิริลักษณ์ บัวเย็น[1] พงศ์ธณัช ขาวกระโทก[1] ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช[1]
Sirilak Buayen[1] Phongthanat Khawkrathok[1] Prapaipis Wiwatwanich[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชน (Risk Communication and Community Engagement: RCCE) ตามเกณฑ์ Joint External Evaluation (JEE) และ International Health Regulations (IHR 2005) ในเขตสุขภาพที่ 6 ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรคและบทเรียนจากการดำเนินงาน และสังเคราะห์รูปแบบความสำเร็จในการขับเคลื่อนงาน โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model ครอบคลุมด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ใช้ข้อมูลทุติยภูมิระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 ประกอบด้วยผลการประเมิน RCCE ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด รวม 24 หน่วยวิเคราะห์ รายงานผลการขับเคลื่อนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี 3 รายงาน และรายงานถอดบทเรียน 2 รายงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงธีม

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ RCCE เพิ่มจาก 0.06±0.18 คะแนน ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 3.29±1.20 คะแนน ในปี พ.ศ. 2567 และ 4.21±0.70 คะแนน ในปี พ.ศ. 2568 จังหวัดที่มีการดำเนินงานครบถ้วนระดับสีเขียวเพิ่มจาก 0 จังหวัด เป็น 2 จังหวัด (ร้อยละ 25.00) และ 6 จังหวัด (ร้อยละ 75.00) ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2568 ตัวชี้วัด R5.1 ระบบ RCCE สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.56±0.60 คะแนน รองลงมาคือ R5.2 การสื่อสารความเสี่ยง 4.06±0.80 คะแนน และ R5.3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน 4.00±1.10 คะแนน ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสังเคราะห์ได้ 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำและการสนับสนุนของผู้บริหาร การบูรณาการความร่วมมือ การพัฒนาศักยภาพและการจัดการองค์ความรู้ การบริหารจัดการข้อมูลและหลักฐาน และการพัฒนาระบบ RCCE อย่างยั่งยืน ก่อนนำมาสังเคราะห์เป็น 6C Success Model ประกอบด้วย Commitment, Coordination, Capacity Building, Coaching, Collaboration และ Continuous Improvement

คำสำคัญ: การสื่อสารความเสี่ยง, การมีส่วนร่วมกับชุมชน, JEE/IHR2005, การประเมินผล

Abstract

This survey research assessed the implementation of Risk Communication and Community Engagement (RCCE) under the Joint External Evaluation (JEE) framework for the International Health Regulations (IHR 2005) in Health Region 6, Thailand. The study also identified success factors, barriers, and lessons learned, and synthesized an implementation success model. The CIPP model was applied to assess context, input, process, and product. Secondary data from fiscal years 2023-2025 comprised 24 province-year RCCE assessments from eight Provincial Public Health Offices, three annual implementation reports from the Office of Disease Prevention and Control Region 6, Chonburi, and two lesson-learned reports. Quantitative data were summarized using frequency, percentage, mean, standard deviation Qualitative data were analyzed using content analysis and thematic analysis.

[1] สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค

The mean overall RCCE capacity score increased from 0.06±0.18 in 2023 to 3.29±1.20 in 2024 and 4.21±0.70 in 2025. Provinces attaining the green level (complete implementation) increased from 0 to 2 (25.0%) and 6 (75.0%), respectively. In 2025, R5.1 (RCCE systems for emergencies) had the highest mean score (4.56±0.60), followed by R5.2 (risk communication; 4.06±0.80) and R5.3 (community engagement; 4.00±1.10). Five qualitative themes were identified: leadership and organizational commitment, multisectoral collaboration, capacity building and knowledge management, information and documentation management, and a sustainable RCCE system.

Keywords: Risk Communication; Community Engagement; Joint External Evaluation; International Health Regulations; Evaluation

บทนำ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulations: IHR 2005) เป็นกรอบกฎหมายระหว่างประเทศที่กำหนดให้รัฐภาคีพัฒนาสมรรถนะในการป้องกัน ตรวจจับ และตอบโต้เหตุการณ์สาธารณสุขที่อาจแพร่กระจายข้ามพรมแดน โดยมุ่งลดผลกระทบต่อสุขภาพและหลีกเลี่ยงการรบกวนการเดินทางและการค้าระหว่างประเทศเกินความจำเป็น[1] เพื่อให้ประเทศสามารถทบทวนความพร้อมและเห็นช่องว่างของสมรรถนะดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงใช้ Joint External Evaluation (JEE) เป็นกลไกการประเมินจากภายนอกโดยสมัครใจภายใต้กรอบการติดตามและประเมินผล IHR เพื่อระบุจุดแข็ง ช่องว่าง และลำดับความสำคัญของการพัฒนา[2]

JEE ฉบับที่ 3 ซึ่งองค์การอนามัยโลกเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2565 ได้ปรับปรุงจากบทเรียนของการระบาดโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 19 ประเด็นทางเทคนิค 56 ตัวชี้วัด และกำหนด Risk Communication and Community Engagement (RCCE) เป็นประเด็น R5 ในกลุ่มการตอบโต้ โดยครอบคลุม 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ R5.1 ระบบ RCCE สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน R5.2 การสื่อสารความเสี่ยง และ R5.3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน[2] การประเมิน JEE รอบที่ 2 ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 พบว่า R5.1 และ R5.2 ได้คะแนนระดับ 5 ขณะที่ R5.3 ได้ระดับ 4 พร้อมข้อเสนอให้ยกระดับกลไก RCCE ระดับจังหวัด ส่งเสริมการออกแบบแนวทางร่วมกับชุมชนและพัฒนาหลักสูตรมาตรฐานที่คำนึงถึงกลุ่มเปราะบาง[3]

ประเทศไทยได้พัฒนาแนวทางและคู่มือการประเมินการสื่อสารความเสี่ยงตาม JEE/IHR มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยงานระดับเขตและจังหวัดใช้เป็นกรอบพัฒนาสมรรถนะและจัดเตรียมหลักฐานการดำเนินงาน[4-6] สำหรับเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ผลการประเมินระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 แสดงให้เห็นพัฒนาการที่ชัดเจน โดยจำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ระดับสีเขียวเพิ่มจาก 0 จังหวัดในปี พ.ศ. 2566 เป็น 2 จังหวัดในปี พ.ศ. 2567 และ 6 จังหวัดในปี พ.ศ. 2568 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ โดยพบข้อจำกัดจากการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ความเข้าใจเกณฑ์ที่ไม่เท่ากัน การจัดเตรียมหลักฐาน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ยังไม่ต่อเนื่อง[12,13,14]

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้ CIPP Model ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายทั้งความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และกลไกที่เอื้อต่อความต่อเนื่องของ RCCE ในเขตสุขภาพที่ 6

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล JEE/IHR2005 เขตสุขภาพที่ 6

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน RCCE ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ตามกรอบ CIPP Model

2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงาน RCCE

3. เพื่อสังเคราะห์รูปแบบความสำเร็จในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RCCE เขตสุขภาพที่ 6

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model ของ Stufflebeam ประกอบด้วย Context, Input, Process และ Product[7] และบูรณาการการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากรายงานผลการดำเนินงานและรายงานถอดบทเรียน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568[12,13]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา ได้แก่ จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี (สคร.6) ทำหน้าที่สนับสนุน กำกับและติดตามการดำเนินงาน หน่วยวิเคราะห์เชิงปริมาณคือผลการประเมิน RCCE ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด ใน 3 ปีงบประมาณ รวม 24 หน่วยวิเคราะห์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยรายงานผลการขับเคลื่อนของ สคร.6 จำนวน 3 รายงาน และรายงานถอดบทเรียน 2 รายงาน รวม 5 รายงาน[12,13]

เครื่องมือวิจัยและตัวแปรที่ศึกษา

ประเด็นการประเมินกำหนดตามกรอบ CIPP Model[7] และเกณฑ์ RCCE ภายใต้ JEE/IHR[2,4,5,6,7] โดยด้านบริบทพิจารณาเป้าหมายการผ่านระดับสีเขียว นโยบาย/แผนงาน การสนับสนุนของผู้บริหาร และโครงสร้างคณะกรรมการ ด้านปัจจัยนำเข้าพิจารณาบุคลากร งบประมาณ ระบบข้อมูล เครือข่ายความร่วมมือ และความเข้าใจเกณฑ์ ด้านกระบวนการพิจารณาการชี้แจงเกณฑ์ การพัฒนาศักยภาพ การประเมินตนเอง การนิเทศติดตาม การสนับสนุนหลักฐาน การติดตามส่งเอกสาร และการถอดบทเรียน ส่วนด้านผลผลิตพิจารณาคะแนนสมรรถนะ RCCE จำนวนจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ และคะแนนรายตัวชี้วัด R5.1-R5.3

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลผลการประเมิน RCCE สำหรับรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารผลการประเมิน และ (2) แบบบันทึกการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสำหรับจัดหมวดหมู่ปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และโอกาสในการพัฒนา เครื่องมือพัฒนาจาก CIPP Model และเกณฑ์ JEE/IHR[2,4,5,6,7] และผ่านการตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความครอบคลุม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปใช้ ทั้งนี้ เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเอกสาร มิใช่แบบสอบถามเพื่อวัดคุณลักษณะรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร แนวคิด และเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับ IHR (2005), JEE, RCCE และ CIPP Model เพื่อกำหนดกรอบการประเมิน ประเด็นข้อมูล และพัฒนาแบบบันทึกให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย[1,2,4-7] จากนั้นจึงขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มรวบรวมข้อมูล

2. ระยะระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารผลการประเมิน RCCE ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 รวมทั้งรายงานผลการขับเคลื่อนและรายงานถอดบทเรียนของ สคร.6 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด[12,13] โดยตรวจสอบความครบถ้วน ความ

ถูกต้อง และความสอดคล้องของข้อมูลกับเอกสารต้นฉบับ ก่อนบันทึกลงในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น

3. ระยะหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกไว้อีกครั้ง ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงธีมตามแนวทางของ Braun และ Clarke[8] จากนั้นสังเคราะห์ผลทั้งสองส่วนตามกรอบ CIPP Model[7] เพื่ออธิบายผลการดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และรูปแบบการขับเคลื่อน RCCE ในเขตสุขภาพที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับและแนวโน้มผลการดำเนินงานระหว่างปี ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาร่วมกับ การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ตามขั้นตอนของ Braun และ Clarke ได้แก่ การทำความคุ้นเคยกับข้อมูล การสร้างรหัสเบื้องต้น การค้นหาแก่นสาระ การทบทวนแก่นสาระ การกำหนดและตั้งชื่อแก่นสาระ และการเขียนรายงาน[8] จากนั้นจึงสังเคราะห์ผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามกรอบ CIPP Model[7] เพื่อพัฒนารูปแบบความสำเร็จในการขับเคลื่อน RCCE

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผลการประเมินและรายงานของหน่วยงานภาครัฐที่จัดเก็บตามภารกิจปกติ ไม่มีการเก็บข้อมูลจากมนุษย์โดยตรงและไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ข้อมูลเฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัย รักษาความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมของพื้นที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. ผลการประเมินตามกรอบ CIPP Model

ผลการประเมินตามกรอบ CIPP พบว่าการดำเนินงานมีพัฒนาการทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ โดยเห็นได้ชัดจากการมีแผนงาน/โครงการ การประเมินตนเอง การนิเทศติดตาม และการติดตามส่งเอกสารหลักฐานที่มีความต่อเนื่องมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2568 ทุกจังหวัดมีการพัฒนาศักยภาพและถอดบทเรียนการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ยังพบการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน 4 จังหวัด และมีการสนับสนุนการรวบรวมเอกสาร/หลักฐานครบถ้วนเพียง 4 จังหวัด สะท้อนว่าความต่อเนื่องของบุคลากรและระบบจัดการหลักฐานยังเป็นช่องว่างสำคัญ[12] ดังตารางที่ 1

2. ผลผลิตด้านสมรรถนะ RCCE

คะแนนสมรรถนะ RCCE ภาพรวมเพิ่มขึ้นจาก 0.06±0.18 คะแนนในปี พ.ศ. 2566 เป็น 3.29±1.20 คะแนนในปี พ.ศ. 2567 และ 4.21±0.70 คะแนนในปี พ.ศ. 2568 จังหวัดที่อยู่ในระดับสีเขียว (4-5 คะแนน) เพิ่มจาก 0 จังหวัด เป็น 2 จังหวัด (ร้อยละ 25.00) และ 6 จังหวัด (ร้อยละ 75.00) ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2568 ไม่พบจังหวัดที่อยู่ในระดับมีเพียงแผนการดำเนินงานหรือไม่มีแผน ดังตารางที่ 2 เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัด พบว่า R5.1 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.56±0.60 คะแนน และมี 7 จังหวัด (ร้อยละ 87.50) อยู่ในระดับ 4-5 คะแนน รองลงมาคือ R5.2 มีคะแนนเฉลี่ย 4.06±0.80 คะแนน และ R5.3 มีคะแนนเฉลี่ย 4.00±1.10 คะแนน โดยมีจังหวัดระดับ 4-5 คะแนน ร้อยละ 75.00 และ 62.50 ตามลำดับ กิจกรรมย่อยที่ยังควรเร่งพัฒนา ได้แก่ การแต่งตั้งหรือพัฒนาโฆษกและการฝึกอบรมด้านการสื่อสารความเสี่ยง (0.63±0.40 คะแนนจากคะแนนเต็ม 1) การให้ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และภาคประชาสังคมร่วมวางแผนออกแบบ และดำเนินงานตามแผนรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉิน (0.63±0.40 คะแนน) และการมีระบบข้อมูลพฤติกรรมทางสังคม การรับรู้ และความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร (0.69±0.40 คะแนน) ดังตารางที่ 3

3.ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพและการสังเคราะห์ 6C Success Model

การวิเคราะห์เนื้อหาจัดสาระสำคัญได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค และโอกาสพัฒนา ปัจจัยความสำเร็จที่พบอย่างสม่ำเสมอคือการสนับสนุนของผู้บริหาร การทำงานร่วมกันของทุกกลุ่มงาน การมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การสนับสนุนทางวิชาการและการนิเทศจาก สคร. 6 ตลอดจนการจัดการเอกสารหลักฐานอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างข้อความ ได้แก่ “มีบูรณาการข้อมูลจากทุกกลุ่มงานและจัดเตรียมหลักฐานล่วงหน้า”, “ได้รับการชี้แจงเกณฑ์และการสนับสนุนแบบ coaching ทั้งออนไลน์และในพื้นที่”, “ผู้บริหารให้ความสำคัญ ร่วมติดตามและคอยตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ” และ “มีการใช้ระบบจัดเก็บเอกสารอิเล็กทรอนิกส์” ขณะที่อุปสรรคสำคัญคือ การเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ความเข้าใจเกณฑ์ที่ไม่เท่ากัน ความซับซ้อนของการจัดเตรียมหลักฐาน และการพัฒนาศักยภาพที่ยังไม่ต่อเนื่อง

การวิเคราะห์แก่นสาระข้อมูล สังเคราะห์ได้ 5 ธีม ได้แก่ (1) ภาวะผู้นำและความมุ่งมั่นขององค์กร (Leadership and Organizational Commitment) (2) การบูรณาการความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (Multi-sectoral Collaboration) (3) การพัฒนาศักยภาพและการจัดการองค์ความรู้ (Capacity Building and Knowledge Management) (4) การบริหารจัดการข้อมูลและเอกสารหลักฐาน (Information and Documentation Management) และ (5) การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงอย่างยั่งยืน (Sustainable Risk Communication System) เมื่อบูรณาการผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพ สามารถสังเคราะห์เป็น 6C Success Model ประกอบด้วย (1) Commitment: ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและองค์กร (2) Coordination: การประสานงานระหว่างหน่วยงาน (3) Capacity Building: การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (4) Coaching: การสนับสนุนทางวิชาการและระบบพี่เลี้ยง (5) Collaboration: การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และ (6) Continuous Improvement: การติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบ CIPP Model จำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 (n=8 จังหวัด)

องค์ประกอบ/ประเด็น	ปี 2566 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2567 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2568 จำนวน (ร้อยละ)
Context: บริบท			
มีนโยบาย/แผนงาน/โครงการ	0 (0.00)	8 (100.00)	8 (100.00)
ผู้บริหารสนับสนุนการดำเนินงาน	1 (12.50)	2 (25.00)	6 (75.00)
มีโครงสร้างคณะกรรมการสื่อสารความเสี่ยง	2 (25.00)	3 (37.50)	5 (62.50)
Input: ปัจจัยนำเข้า			
พบการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน	6 (75.00)	4 (50.00)	4 (50.00)
มีงบประมาณสนับสนุน	0 (0.00)	4 (50.00)	6 (75.00)
มีระบบข้อมูล/การส่งต่อข้อมูล	0 (0.00)	5 (62.50)	6 (75.00)

องค์ประกอบ/ประเด็น	ปี 2566 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2567 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2568 จำนวน (ร้อยละ)
มีเครือข่าย/ความร่วมมือภายในหน่วยงาน	3 (37.50)	6 (75.00)	6 (75.00)
ผู้รับผิดชอบมีความเข้าใจเกณฑ์	3 (37.50)	4 (50.00)	6 (75.00)
Process: กระบวนการ			
มีหนังสือชี้แจงเกณฑ์	8 (100.00)	8 (100.00)	8 (100.00)
มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ	1 (12.50)	0 (0.00)	8 (100.00)
มีการประเมินตนเอง	8 (100.00)	8 (100.00)	8 (100.00)
มีการนิเทศติดตาม/สนับสนุน	3 (37.50)	8 (100.00)	8 (100.00)
มีการสนับสนุนรวบรวมหลักฐาน	0 (0.00)	2 (25.00)	4 (50.00)
มีการติดตามส่งเอกสาร/หลักฐาน	8 (100.00)	8 (100.00)	8 (100.00)
มีการถอดบทเรียน	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (100.00)

ตารางที่ 2 ระดับสมรรถนะ RCCE ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 พ.ศ. 2566-2568 (n=8 จังหวัด)

ระดับสมรรถนะ	ปี 2566 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2567 จำนวน (ร้อยละ)	ปี 2568 จำนวน (ร้อยละ)
ดำเนินงานครบถ้วน: 4-5 คะแนน	0 (0.00)	2 (25.00)	6 (75.00)
ดำเนินงานบางส่วน: 2-3 คะแนน	0 (0.00)	5 (62.50)	2 (25.00)
มีแผนการดำเนินงาน: 1 คะแนน	0 (0.00)	1 (12.50)	0 (0.00)

ตารางที่ 3 คะแนนรายตัวชี้วัด RCCE และสัดส่วนจังหวัดระดับ 4-5 คะแนน พ.ศ. 2566-2568 (n=8 จังหวัด)

ตัวชี้วัด	$\bar{x}$±SD; จำนวน (ร้อยละ)		
	2566	2567	2568
R5.1 ระบบ RCCE สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน	0.19 ± 0.50; 0 (0.00)	4.00 ± 1.50; 5 (62.50)	4.56 ± 0.60; 7 (87.50)
R5.2 การสื่อสารความเสี่ยง	0.00 ± 0.00; 0 (0.00)	3.00 ± 1.40; 3 (37.50)	4.06 ± 0.80; 6 (75.00)
R5.3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน	0.0 ± 0.00; 0 (0.00)	2.88 ± 1.70; 3 (37.50)	4.00 ± 1.10; 5 (62.50)

ตารางที่ 4 องค์ประกอบ 6C Success Model สำหรับการขับเคลื่อน RCCE

องค์ประกอบ	ความหมาย	แนวทางดำเนินการ
Commitment	ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและองค์กร	กำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบ ทรัพยากร และติดตามผล
Coordination	การประสานงานระหว่างหน่วยงานทุกระดับ	เชื่อมงานภายใน สสจ. และระหว่าง สคร.-สสจ.-พื้นที่
Capacity Building	การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	พัฒนาทักษะ RCCE โฆษก นักสื่อสาร และผู้รับผิดชอบเกณฑ์
Coaching	การสนับสนุนทางวิชาการและระบบพี่เลี้ยง	ชี้แจงเกณฑ์ นิเทศ ติดตาม และช่วยตรวจหลักฐานอย่างต่อเนื่อง
Collaboration	การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ	สร้างการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มงาน ชุมชน และภาคีหลายภาคส่วน
Continuous Improvement	การติดตามผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ประเมินตนเอง ถอดบทเรียน จัดการความรู้ และปรับระบบจากผลประเมิน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าการยกระดับสมรรถนะ RCCE ในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างชัดเจนในช่วง 3 ปี การเพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดพร้อมกับการพัฒนากระบวนการสำคัญหลายด้าน ได้แก่ การมีแผนงาน การประเมินตนเอง การนิเทศติดตาม การพัฒนาศักยภาพ การรวบรวมหลักฐาน และการถอดบทเรียน ซึ่งแสดงให้เห็นหลักของ CIPP Model ที่มองผลผลิตเป็นผลจากความเชื่อมโยงระหว่างบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ มิใช่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแยกส่วน[7]

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัด R5.1–R5.3 พบว่า R5.1 มีผลการดำเนินงานดีที่สุด ขณะที่ R5.3 ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชนยังมีคะแนนต่ำกว่าองค์ประกอบอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมิน JEE รอบที่ 2 ของประเทศไทยที่ R5.1 และ R5.2 ได้ระดับ 5 ส่วน R5.3 ได้ระดับ 4 และมีข้อเสนอให้พัฒนากลไก RCCE ในระดับจังหวัด ส่งเสริมการดำเนินงานที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการดำเนินงานและพัฒนาหลักสูตรสำหรับกลุ่มเปราะบาง[3] ดังนั้น เขตสุขภาพควรให้ความสำคัญกับ การมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่าการสื่อสารข้อมูลเพียงทางเดียว โดยควรเปิดโอกาสให้ชุมชนร่วมวางแผน รวมทั้งนำข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ พฤติกรรม และความต้องการของประชาชนมาใช้ในการวางแผนสื่อสารให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

โดยช่องว่างของการดำเนินงานรายกิจกรรมในปี พ.ศ. 2568 ได้แก่ การพัฒนาโฆษก การร่วมออกแบบ/ดำเนินงานกับชุมชน และระบบข้อมูลพฤติกรรมทางสังคม สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาระบบสื่อสารความเสี่ยงในแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย ซึ่งชี้ให้เห็นความจำเป็นของโครงสร้างกำกับ การประสานงานข้ามภาคส่วน การติดตามประเมินผล และการระบุผู้สื่อสารที่เข้าถึงชุมชน[10] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Takeda และคณะที่ให้ข้อเสนอว่า ความยั่งยืนของสมรรถนะการสื่อสารความเสี่ยงสัมพันธ์กับการกำหนดบทบาทที่

ชัดเจน บุคลากรที่ได้รับการฝึก ระบบทดสอบ/ซ้อม การรับฟังข้อมูลย้อนกลับจากประชาชน ความร่วมมือกับชุมชน การพัฒนาโฆษก และระบบติดตามข่าวลือ[11]

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพช่วยอธิบายว่า จังหวัดที่สามารถยกระดับผลการประเมินได้ดีไม่ได้อาศัยผู้รับผิดชอบงานสื่อสารเพียงคนเดียว แต่เกิดจาก การทำงานร่วมกันของผู้บริหาร ทีมภายในหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และการจัดการข้อมูลหลักฐานอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างข้อความ เช่น “จังหวัดมีการรวบรวมหลักฐานจากทุกกลุ่มงานและเตรียมเอกสารล่วงหน้า”,“ผู้บริหารให้ความสำคัญร่วมติดตามและคอยตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ” และ “ได้รับการสนับสนุนแบบ Coaching เพื่อช่วยทำความเข้าใจเกณฑ์และเตรียมหลักฐานได้อย่างถูกต้อง”[13] ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับประเด็นด้านภาวะผู้นำ (Leadership) ความร่วมมือ (Collaboration) การสนับสนุนแบบพี่เลี้ยง (Coaching) และการจัดการข้อมูล (Information Management) ที่สังเคราะห์จากข้อมูลการศึกษา[12,13]

อย่างไรก็ตาม การที่บางจังหวัดยังมีคะแนนลดลง และในปี พ.ศ. 2568 ยังมี 2 จังหวัดที่ไม่ถึงระดับสีเขียว แสดงให้เห็นว่า ความสำเร็จของการดำเนินงานยังไม่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในทุกพื้นที่ จึงควรติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากกว่าพิจารณาจากแนวโน้มคะแนนภาพรวมเพียงอย่างเดียว[12,13]

จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์เป็น 6C Success Model ซึ่งเป็นกรอบเชิงปฏิบัติสำหรับการขับเคลื่อน RCCE ในบริบทของเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย Commitment ความมุ่งมั่นของผู้บริหารและองค์กร Coordination การประสานงาน Capacity Building การพัฒนาศักยภาพบุคลากร Coaching การสนับสนุนทางวิชาการและระบบพี่เลี้ยง Collaboration การสร้างความร่วมมือ และ Continuous Improvement การติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[1] โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านทำงานเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับนโยบาย การบริหารจัดการ บุคลากร ไปจนถึงเครือข่ายและการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะฉุกเฉินขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับ ความไว้วางใจ การประสานงาน การรับฟังประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง[9] ดังนั้น 6C Success Model จึงอาจนำไปใช้เป็นกรอบในการพัฒนาการดำเนินงานของพื้นที่อื่นได้ โดยควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำ 6C Success Model ไปใช้เป็นกรอบในการขับเคลื่อนงาน RCCE โดยเน้นการสนับสนุนของผู้บริหาร การประสานงาน การพัฒนาศักยภาพ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

1.2 ควรพัฒนาระบบพี่เลี้ยงและการจัดการองค์ความรู้ เพื่อรองรับการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานและลดความแตกต่างในการตีความเกณฑ์ JEE/IHR (2005)

1.3 ควรพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและหลักฐานในรูปแบบดิจิทัล พร้อมส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประเมินผลเพิ่มการเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงาน และภาคีเครือข่าย เพื่ออธิบายปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคได้ลึกยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาผลลัพธ์ในระดับประชาชนและชุมชน เช่น การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจความเสี่ยง และการมีส่วนร่วม เพื่อสะท้อนประสิทธิผลของ RCCE ได้รอบด้าน

กิตติกรรมประกาศ

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 6 และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำผลการประเมิน รายงานการดำเนินงาน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2026 Aug 26]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496
2. World Health Organization. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Aug 26]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240051980
3. World Health Organization. Joint external evaluation of IHR core capacities of the Kingdom of Thailand: mission report, 31 October-4 November 2022. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Aug 26]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240080270
4. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. คู่มือการตรวจประเมินการสื่อสารความเสี่ยงตามเกณฑ์กฎอนามัยระหว่างประเทศ (JEE-IHR2005 second edition) และดัชนีชี้วัดความมั่นคงทางสุขภาพโลก (GHS Index). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธ.อาร์ท แอนด์ดีไซน์; 2564.
5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินการสื่อสารความเสี่ยง ภายใต้คู่มือแนวทางการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกและองค์การอนามัยโลก ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (JEE-IHR2005). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2562.
6. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. เอกสารแนวทางการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน ปี 2569 ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการตรวจประเมินสมรรถนะหลักฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 [เอกสารนำเสนอ]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568.
7. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models, and applications. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
8. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
9. World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2026 Aug 26]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550208
10. Kosiyaporn H, Julchoo S, Papwijitsil R, Uansri S, Phaiyarom M, Sinam P, Suphanchaimat R. Risk communication distributed among migrant workers during the COVID-19 crisis in Thailand: analysis on structural and networking gaps. Trop Med Infect Dis. 2022;7(10):296. doi:10.3390/tropicalmed7100296
11. Takeda A, Seino K, Okuda H, Saito T, Tomio J. Key features of sustainable capacities for risk communication in health emergencies: analysis of Joint External Evaluation. J Glob Health. 2025;15:04331. doi:10.7189/jogh.15.04331
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. รายงานผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับ

ชุมชนตามเกณฑ์ JEE/IHR2005 เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2566-2568 [เอกสารภายใน]. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2568.

13. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี. สรุปประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมกับชุมชนตามเกณฑ์มาตรฐานสากล JEE/IHR2005 วันที่ 13 สิงหาคม 2568 [เอกสารภายใน]. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2568.
14. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2561 [สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/thai.pdf

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล โรงพยาบาลอุดรธานี

The Effects of Education Program on Knowledge, Attitude, and Care Behaviors for Children with Epilepsy among Caregivers at Udon Thani Hospital.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

นิลุบล เทศเรียน[1] วิภาวี เสนาลอย[2]
Nilubol Tesrean[1] Wipawee Senaloi[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมดังกล่าว เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยเรียนอายุ 6–12 ปี จำนวน 45 ราย ซึ่งเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมารับบริการที่คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล โปรแกรมการให้ความรู้ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (paired-samples t-test) และการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย: ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 14.29 คะแนน (SD = 2.47) เป็น 18.27 คะแนน (SD = 1.30) ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 45.51 คะแนน (SD = 2.63) เป็น 58.02 คะแนน (SD = 1.53) ($p < .001$) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 63.04 คะแนน (SD = 7.78) เป็น 49.31 คะแนน (SD = 4.23) หรือลดลง 13.73 คะแนน ($p < 0.001$) ทั้งนี้ คะแนนทัศนคติที่ลดลงสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลง ของทัศนคติไปในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้นต่อการดูแลเด็กโรคลมชัก นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.90 คะแนน (SD = 0.33)

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้; โรคลมชักในเด็ก; ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก; ความรู้; ทัศนคติ; พฤติกรรมการดูแล

Abstract

This study aimed to compare caregivers' mean scores for knowledge, attitudes, and caregiving behaviors before and after participation in an education program for children with epilepsy and to assess caregivers' satisfaction with the program. A quasi-experimental, one-group pretest–posttest design was employed. The participants were 45 caregivers of school-aged children aged 6–12 years who had been diagnosed with epilepsy for at least six months and received care at the Pediatric Neurology Clinic, Outpatient Department, Udon Thani Hospital. Participants were recruited according to predetermined eligibility criteria and voluntarily participated in the study. Data were collected from May to August 2026. The research instruments consisted of a demographic and epilepsy-related information questionnaire, a knowledge assessment, an attitude assessment, a caregiving behavior assessment, and a caregiver

[1] พยบ. คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี
[2] พยม. คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี

satisfaction questionnaire. The education program comprised four sessions delivered over a 12-week period. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired-samples *t*-test, and the Wilcoxon signed-rank test.

Results: Following participation in the education program, caregivers' mean knowledge scores significantly increased from 14.29 (SD = 2.47) to 18.27 (SD = 1.30) ($p < 0.001$). The mean caregiving behavior scores also significantly increased from 45.51 (SD = 2.63) to 58.02 (SD = 1.53) ($p < .001$). In contrast, the mean attitude score significantly decreased from 63.04 (SD = 7.78) to 49.31 (SD = 4.23), representing a mean reduction of 13.73 points ($p < .001$). According to the scoring criteria of the study instrument, this reduction indicated a shift toward more appropriate attitudes toward caring for children with epilepsy. Overall, caregivers reported the highest level of satisfaction with the education program, with a mean score of 4.90 (SD = 0.33).

Keywords: epilepsy; children with epilepsy; caregivers; education program; knowledge; attitudes; caregiving behaviors

บทนำ

เด็กที่เป็นโรคลมชักต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านชักอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3-5 ปี หรือนานกว่านั้น ขึ้นอยู่กับการควบคุมอาการชักและสถานการณ์ของแต่ละราย[1] เมื่ออาการชักได้รับการควบคุมที่ดีเป็นระยะเวลานาน แพทย์อาจพิจารณาค่อยๆ ลดและหยุดยาได้[2] อย่างไรก็ตาม ผลที่ตามมาจากการควบคุมโรคลมชักที่ไม่ดีนั้นมีมากกว่าอาการชักเพียงอย่างเดียว อาการชักที่เกิดซ้ำๆ สามารถนำไปสู่การเสื่อมถอยทางสติปัญญา ส่งผลต่อความสามารถของเด็กในการเรียนรู้และจดจำข้อมูล[3] การศึกษาล่าสุดพบว่าร้อยละ 38.7 ของเด็กที่เป็นโรคลมชักมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ปัญหาการด้านสมาธิ (ร้อยละ 13.5) ปัญหาด้านพฤติกรรมก้าวร้าว (ร้อยละ 10.8) ปัญหาทางสังคม (ร้อยละ 8.1) และปัญหาด้านภาวะแยกตัวจากสังคมและอาการซึมเศร้า (ร้อยละ 6.3)[4] นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักยังส่งต่อผลการเรียนของเด็ก ทั้งจากผลโดยตรงของอาการชักต่อการเรียนรู้ และทั้งผลต่อการขาดเรียน ผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงซึมและสมาธิไม่ดี และภาระทางจิตใจจากการใช้ชีวิตกับโรคเรื้อรัง[5] ในกรณีที่อาการรุนแรงอาการชักที่ควบคุมไม่ได้อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บร้ายแรงจากการพลัดตกหรืออุบัติเหตุในระหว่างเกิดอาการชัก และภาวะชักต่อเนื่องสามารถนำไปสู่ความเสียหายของสมองอย่างถาวรหรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้[6] ผลกระทบต่อครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคลมชักก็มีความรุนแรง การศึกษาวิจัยพบว่าพ่อแม่ของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชักประสบกับความเครียดอย่างมาก มีภาระทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลและเวลาทำงานที่สูญเสียไปในการดูแลเด็กระหว่างเจ็บป่วยหรือแสดงอาการ และมีความทุกข์ทางอารมณ์จากการเห็นลูกต้องเผชิญกับอาการของโรคนี้[7]

แม้จะมีความก้าวหน้าในการรักษาทางการแพทย์ รวมถึงยาต้านชักที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การผ่าตัด การบำบัดด้วยอาหารและการกระตุ้นเส้นประสาท แต่ปัจจัยความสำเร็จของการรักษาที่สำคัญอย่างยิ่งขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวและการดูแลที่เหมาะสม[3] ผู้ดูแลมีทำหน้าที่สำคัญในการดูแลชีวิตประจำวันของเด็กที่ป่วยด้วยโรคลมชัก มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้เด็กกินยา อย่างสม่ำเสมอ ดูแลมาตรการด้านความปลอดภัย รับรู้และตอบสนองต่ออาการชักอย่างเหมาะสม และติดตามภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด[8] ดังนั้น หากผู้ดูแลไม่มีความรู้และทักษะที่เพียงพอ ก็อาจนำสู่ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานยา อย่างเหมาะสม ล้วนแต่มีความจำเป็นต่อการรักษาระดับยาในเลือดให้อยู่

ในช่วงที่สามารถควบคุมและป้องกันอาการชักกำเริบ[1] ผู้ดูแลต้องเข้าใจวิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการชักอย่างถูกต้อง เนื่การตอบสนองที่ไม่เหมาะสมระหว่างเกิดอาการชักอาจก่อให้เกิดอันตรายมากกว่าอาการชักได้[9] ผู้ดูแลจำเป็นต้องรับรู้สัญญาณเตือนเบื้องต้นของภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างเร่งด่วน เช่น อาการชักนาน อาการไข้พร้อมกับอาการชัก หรือสัญญาณของอาการข้างเคียงจากยา นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีบทบาทสำคัญในการระบุและช่วยเหลือดูแลให้เด็กสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาการชัก ดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสมที่บ้านและโรงเรียน และส่งเสริมการพัฒนาทางอารมณ์และสังคมของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชัก[10]

สถิติจากคลินิกโรคระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวนเด็กที่เป็นโรคลมชักที่มารับการรักษามีแนวโน้มที่คงที่ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2566-2568 คลินิก โรคระบบประสาทเด็ก มีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 632, 664, และ 634 ราย ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการชักขึ้น ไม่สามารถควบคุมโรคได้ จำนวน 66, 85 และ 86 ราย ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 10.44, 12.80 และ 13.56 ตามลำดับ[11] เด็กวัยเรียนมีสัดส่วนที่มากในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ ทำให้เด็กมีปัญหาต้องหยุดเรียน เป็นส่วนใหญ่ ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อให้การดูแลเด็กโรคลมชัก เป็นต้น แม้จะมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและแนวทางการดูแลแบบสหวิชาชีพที่โรงพยาบาล แต่จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่าสิ่งที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตและอาการเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชัก คือ ความรู้และความเข้าใจของผู้ดูแล และการปฏิบัติตัวดูแลตนเองของเด็ก[12] จากการพบผู้ป่วยตามปกติและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการกับผู้ดูแลที่คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า ปัญหาที่เกิดซ้ำ ๆ หลายประการได้ปรากฏชัดเจนขึ้น หนึ่งในปัญหาที่สำคัญที่สุด คือ การรับประทานยาต้านชักที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ดูแลบางรายหยุดยาต้านชักโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เมื่อเด็กไม่มีอาการชักเป็นเวลาหลายเดือน โดยมีความเชื่อที่ผิดว่าการไม่มีอาการชักหมายความว่าเด็กหายแล้ว และไม่จำเป็นต้องกินยาอีกต่อไป ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการชักกำเริบบ่อยครั้ง และบางครั้งรุนแรงกว่าอาการที่เคยมีก่อนเริ่มการรักษา

การศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานี ระบุว่า ผู้ป่วยที่ยังไม่หยุดชักภายในระยะเวลา 2 ปีแรกหลังเริ่มการรักษา มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อยา (Drug Resistant Epilepsy: DRE) 95.11 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่ายาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดจากกลุ่มผู้ป่วย DRE ซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 30.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด[13] และจากการศึกษาวิจัยล่าสุด พบว่า เมื่อเด็กมีอาการชักบ่อยขึ้นหรือรุนแรงขึ้น ผู้ดูแลบางรายจัดการเรื่องยาเอง เช่น การเพิ่มขนาดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้[14] รวมทั้ง ผู้ดูแลบางรายยังประสบปัญหาในด้านการดูแลที่ถูกต้อง เช่น ไม่แน่ใจในการให้ยา ลืมให้ยา สับสนตารางการให้ยา หรือไม่แน่ใจว่าควรทำอย่างไรเมื่อลืมให้ยาหรือการช่วยเหลือดูแลเด็กเมื่อมีอาการอาเจียนหลังรับประทานยา[1]

ผู้ดูแลบางรายอาจมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคลมชักที่ไม่ถูกต้อง โดยยังพบว่ามีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพยากรณ์โรค ทำให้ผู้ดูแลบางรายเข้าใจว่าเด็กสามารถหายจากโรคอย่างรวดเร็วได้เองโดยไม่ต้องรักษา หรือ มีความเห็นที่ไม่ถูกต้อง โดยเชื่อว่าโรคลมชักนำไปสู่การเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ไม่ให้ความสำคัญและอาจไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง[15] ความเข้าใจผิดเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อการจัดการทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และวิธีที่สื่อสารเกี่ยวกับโรคนี้ต่อครู ญาติ และชุมชน[16] ด้านการตระหนักถึงความ

ปลอดภัยและการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสมที่บ้านและโรงเรียน พบว่าหลายครอบครัวยังดำเนินการได้ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลอาจไม่รับรู้อันตราย ที่อาจเกิดขึ้น หรือขาดความเข้าใจว่ากิจกรรมใดต้องมีการดูแล กับกิจกรรมใดที่สามารถทำได้เองโดยอิสระ[17] ผู้ดูแลบางรายกำหนดระเบียบที่เข้มงวดเกินไปจนจำกัดพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็กโดยไม่จำเป็น ในขณะที่บางรายไม่ดำเนินมาตรการด้านความปลอดภัยพื้นฐานที่สามารถป้องกันการบาดเจ็บร้ายแรงระหว่างเกิดอาการชัก[18]

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น รวมทั้งความสำคัญของผู้ดูแลในฐานะบุคคลใกล้ชิดที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคลมชัก ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการทำโครงการวิจัยนี้ เพื่อส่งเสริมและพัฒนา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยออกแบบการวิจัยให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการของโรงพยาบาลอุดรธานี ในขณะเดียวกันองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงภายใต้ข้อจำกัดของคลินิกผู้ป่วยนอกที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และเหมาะสมกับบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ ของประชากรที่ให้บริการ มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ เสริมสร้างความมั่นใจและทักษะ ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคลมชักขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการเข้าร่วมโครงการการวิจัยฯ

ประเภทของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design)

ระยะเวลาดำเนินงาน 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 – สิงหาคม พ.ศ. 2569 หรือจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ทั้งนี้เมื่อผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชักที่ดูแลเด็กโรคลมชัก ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไปและมารับบริการที่คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 – สิงหาคม พ.ศ. 2569

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมชัก ที่ดูแลเด็ก โรคลมชัก ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป และมารับบริการที่คลินิกโรคระบบประสาทเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 – สิงหาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 45 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ประกอบด้วย 2 หัวข้อย่อยได้แก่

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาที่ดูแลเด็กโรคลมชัก มีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (check list) 5 ข้อ และเติมคำลงในช่องว่าง 3 ข้อ

1.1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและโรคลมชัก ประกอบด้วย อายุของเด็ก เพศของเด็ก ระยะเวลาที่เด็ก เป็นโรคลมชัก ประเภทของอาการชัก ความถี่ของอาการชัก ยากันชักที่รับประทานในปัจจุบัน ประวัติการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชักในเด็ก เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (check list) จำนวน 7 ข้อ

1.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักในเด็ก ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ข้อที่เป็นเชิงบวก (ตอบถูกได้ 1 คะแนน, ตอบผิดได้ 0 คะแนน) ได้แก่ข้อ 2, 3, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20 ข้อที่เป็นเชิงลบ (ตอบผิดได้ 1 คะแนน, ตอบถูกได้ 0 คะแนน) ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 11, 15, 19 เพื่อวัดระดับความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom[19] มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 16-20 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 12-15 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ คะแนนร้อยละ 0-59.99 (ช่วงคะแนน 0-11 คะแนน)

1.3 แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชัก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) 5 ระดับ

แบบประเมินทัศนคติมีจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 15): ให้คะแนนตามที่เลือก (5-1)

และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 7, 9, 11, 13 จะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก จากนั้นแปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์ จากคำถาม 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 75 คะแนน จัดระดับคะแนนได้ดังนี้ ซึ่งคะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง[20] ดังนี้ คะแนน 15 – 34 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับดี คะแนน 35 – 54 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 55 - 75 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

1.4 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชัก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) 3 ระดับ ดังนี้

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชัก มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20 ให้คะแนนตามที่เลือก (3-1) และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ

จะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ข้อ 4, 6, 9, 10, 11, 19 กลับคะแนน (เลือก 3 ได้ 1 คะแนน, เลือก 1 ได้ 3 คะแนน)

ซึ่งคะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 20 - 60 คะแนน สามารถแปลผลคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง[20] ดังนี้ คะแนน 47 - 60 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับดี คะแนน 34 - 46 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 20 - 33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับต่ำ

1.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ มี 12 ข้อ โดยเลือกตอบเป็นมาตราส่วนแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) 5 ระดับ การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยรวมเกณฑ์ของลิเคอร์ตแบ่งเป็น 5 ระดับ[20] ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยและคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็ม[21] **มีกระบวนการ 3 ขั้นตอน ดังนี้**

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (Assessment) ประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแล เพื่อทราบระดับความรู้และปัญหาที่ผู้ดูแลมีอยู่

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการพยาบาล (Planning) โดยผู้วิจัยจะนำผลการประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลแจ้งให้ผู้ดูแลทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายในการเรียนรู้ เพื่อมุ่งส่งเสริมการเรียนรู้ในการดูแลเด็กโรคลมชัก และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อมุ่งที่จะสนับสนุนการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักในเด็ก ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90
- แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชัก ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93
- แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชัก ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90
- แบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.0 ถือว่าใช้ได้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักในเด็ก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทในเด็ก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลเด็ก และหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม ปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำ และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย (Try out) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

2. **แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชัก แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรค**

ลมชัก และแบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทในเด็ก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านการพยาบาลเด็ก และหัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย (Try out) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82, 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

3. **โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก** ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองลองใช้ในกับ

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย นำมาปรับปรุงและนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง UDH REC No. 55/2569 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2569 เมื่อได้รับการพิจารณาและรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ต้องเข้าร่วม ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวและสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าโครงการ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย และจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลในรายงานการวิจัยหรือการนำเสนอผลงานวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและโรคลมชัก

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักในเด็ก

ของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Paired t-test (ในกรณีการแจกแจงปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test (ในกรณีการแจกแจงไม่เป็นปกติ)

3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรค

ลมชักของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Paired t-test (ในกรณีการแจกแจงปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test (ในกรณีการแจกแจงไม่เป็นปกติ)

4. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรค

ลมชักของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ Paired t-test (ในกรณีการแจกแจงปกติ) หรือ Wilcoxon Signed-Rank Test (ในกรณีการแจกแจงไม่เป็นปกติ)

5. การวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและโรคลมชัก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและโรคลมชัก พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีอายุ 6–8 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.78 มีอายุเฉลี่ย 9.20 ปี (S.D. = 2.12) ด้านเพศ พบว่าส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 64.44 ด้านระยะเวลาที่เด็กเป็นโรคลมชัก พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคลมชัก มากกว่า 5 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37.78 โดยมีระยะเวลาเป็นโรคลมชักเฉลี่ย 4.91 ปี (S.D. = 3.04) ด้านประเภทของอาการชัก พบว่าส่วนใหญ่มีอาการ ชักทั้งตัว คิดเป็นร้อยละ 77.77 ด้านความถี่ของอาการชักในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่มีอาการชัก 1–2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 51.12 ด้านยากันชักที่เด็กรับประทานในปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่รับประทานยากันชัก 1 ชนิด คิดเป็น ร้อยละ 55.55 ด้านประวัติการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก พบว่าส่วนใหญ่ เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคลมชัก คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ แพทย์/พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 40.01

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 45 ราย พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.11 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมเท่ากับ 14.29 คะแนน (S.D. = 2.47) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 12–15 คะแนน แปลผลว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง

หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักอยู่ในระดับสูง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 97.78 รองลงมามีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.22 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมเท่ากับ 18.27 คะแนน (S.D. = 1.30) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 16–20 คะแนน แปลผลว่า มีความรู้ในระดับสูง

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 97.78 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับปานกลางลดลงจาก ร้อยละ 51.11 เป็นร้อยละ 2.22 และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับต่ำลดลงจาก ร้อยละ 15.56 เป็นร้อยละ 0.00 นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 14.29 คะแนน เป็น 18.27 คะแนน แสดงให้เห็นว่าหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักสูงขึ้น

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ เมื่อทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายตัว ไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Singed Ranks Test ผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ โดยรวมหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ก่อน $\bar{x}$ = 14.29, S.D.= 2.47 / หลัง $\bar{x}$ = 18.27, S.D.= 1.30)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล

3.1 ระดับทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์ระดับทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล จำนวน 45 ราย พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.44 รองลงมามีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.56 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติโดยรวมเท่ากับ 63.04 คะแนน (S.D. = 7.78) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 55–75 คะแนน แปลผลว่า มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.89 รองลงมามีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.89 และมีทัศนคติอยู่ในระดับดี จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.22 โดยมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติโดยรวมเท่ากับ 49.31 คะแนน (S.D. = 4.23) ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 35–54 คะแนน แปลผลว่า มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระดับทัศนคติก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 84.44 ขณะที่หลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.89 และสัดส่วนผู้ที่มีทัศนคติระดับต่ำลดลงจากร้อยละ 84.44 เหลือร้อยละ 8.89 สะท้อนให้เห็นว่าระดับทัศนคติของผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชักเท่ากับ 63.04 คะแนน (S.D. = 7.78) ซึ่งอยู่ในช่วง 55–75 คะแนน แปลผลว่า มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการดูแลเด็กโรคลมชักเท่ากับ 49.31 คะแนน (S.D. = 4.23) ซึ่งอยู่ในช่วง 35–54 คะแนน แปลผลว่า มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงจาก 63.04 คะแนน เป็น 49.31 คะแนน ลดลง 13.73 คะแนนและ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ($t = 16.40$) แสดงให้เห็นว่า หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีระดับทัศนคติที่ดีขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล

4.1 ระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล จำนวน 45 คน พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 โดยไม่มีผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลโดยรวมเท่ากับ 45.51 คะแนน (S.D. = 2.63) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

หลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า ผู้ดูแลทั้งหมด 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00 มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลโดยรวมเท่ากับ 58.02 คะแนน (S.D. = 1.53) และไม่พบผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ

เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักเพิ่มขึ้นจาก 45.51

คะแนน เป็น 58.02 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 12.51 คะแนน และหลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูง

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ เมื่อทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายตัวปกติ จึงเลือกใช้ Dependent Paired t-test ในการวิเคราะห์ ผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล โดยรวมหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ และ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ($t = -29.45$) (ก่อน $\bar{X} = 45.51$, S.D.= 2.63 / หลัง $\bar{X} = 58.02$, S.D.= 1.53)

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 45 ราย ภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.90, SD = 0.33) รายข้อพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้ให้ความรู้ มีความเชี่ยวชาญและตอบคำถามได้ชัดเจน ($\bar{X}$ = 4.98, SD = 0.15) รองลงมา คือ เนื้อหาที่นำเสนอ มีความเหมาะสมและเข้าใจง่าย และ ผู้ให้ความรู้มีความเป็นมิตรและให้กำลังใจที่ดี ($\bar{X}$ = 4.96, SD = 0.21) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สถานที่ในการจัดกิจกรรมเหมาะสมและเอื้อต่อ การเรียนรู้ ($\bar{X}$ = 4.71, SD = 0.69) ซึ่งยังอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักของผู้ดูแล โรงพยาบาลอุดรธานี สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งกล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอต่อความต้องการด้านสุขภาพ จำเป็นต้องได้รับ การสนับสนุนและให้ความรู้จากระบบการพยาบาล[21] โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคลมชักซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการและความสามารถในการจัดการโรคด้วยตนเอง ผู้ดูแล จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและเป็นผู้ดูแลแทนเด็ก (dependent-care agent) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การสังเกตอาการชัก การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดอาการชัก การใช้ยาและการป้องกันปัจจัยกระตุ้น จึงช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Baser และคณะ[22] ซึ่งทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมานพบว่าการให้ความรู้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักในเด็กและผู้ปกครอง นอกจากนี้ Rezaei และคณะ[23] พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างช่วยเพิ่มความรู้ ของผู้ปกครองในการจัดการอาการชักที่บ้าน และ Helbig และคณะ[24] พบว่าโปรแกรม FAMOSES ช่วยเพิ่มความรู้เฉพาะเกี่ยวกับโรคลมชักของผู้ปกครองเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาภายใต้แนวคิด การสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม สามารถเพิ่มพูนความรู้และศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคลมชักได้อย่างเหมาะสม โดยคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นและการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระดับสูงสนับสนุน ความเหมาะสมของการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติ ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งเน้นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจ และสามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ในกรณีเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแลมีบทบาทเป็นผู้ดูแลแทน (dependent-care agent) เนื่องจากเด็กวัยเรียนยังมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการและความสามารถในการจัดการโรคด้วยตนเองอย่างสมบูรณ์ ดังนั้น การพยาบาลจึงควรส่งเสริมความรู้ ให้คำแนะนำ ชี้แนะ และสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กและลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคลมชัก แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎี dependent-care ของ Taylor และคณะ ซึ่งอธิบายบทบาทของบุคคลที่ทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพแทนเด็กที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์[25] การเปลี่ยนแปลงของทัศนคติในการศึกษาครั้งนี้อาจเกิดจากลักษณะของโปรแกรมที่ไม่ได้มุ่งให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลมชัก การจัดการเมื่อเด็กมีอาการชัก การใช้ยา และการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยลดความเข้าใจผิด ความกลัว และความกังวลที่อาจมีต่อโรคลมชัก เมื่อผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น ย่อมมีพื้นฐานในการปรับมุมมองและทัศนคติต่อการดูแลเด็กให้เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่มองว่าการสนับสนุน การชี้แนะ และการสอนเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahin และ Hussien[26] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างในผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 60 ราย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแล มีคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ดูแลสามารถช่วยปรับเปลี่ยนทั้งความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคลมชักได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hagemann และคณะ[27] เกี่ยวกับโปรแกรม FAMOSES สำหรับผู้ปกครองเด็กโรคลมชัก ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างและใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก การเผชิญปัญหา และการสื่อสารเกี่ยวกับโรคกับบุตรดีขึ้น รวมทั้งมีความกลัวเกี่ยวกับโรคลมชักลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษาระยะก่อนหน้าของ Rau และคณะ[28] ยังพบว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วม FAMOSES มีการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติต่อโรคลมชักและการจัดการอาการชักที่ดีขึ้น สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลสามารถส่งผลต่อมุมมองและการปรับตัวต่อโรคได้ ขณะเดียวกัน การศึกษาของ Elsakka และคณะ[29] พบว่า ผู้ปกครองเด็กโรคลมชักมีปัญหาด้านความรู้และทัศนคติต่อโรค และระดับความรู้ที่ดีขึ้นมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่เป็นบวกมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเสนอว่าการให้ความรู้มีความสำคัญต่อการลดความเข้าใจผิดและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคลมชัก ผลดังกล่าวช่วยสนับสนุนการอธิบายผลการวิจัยครั้งนี้ว่า การเพิ่มพูนความรู้ผ่านโปรแกรมการให้ความรู้มีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแล ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ การชี้แนะ และการสนับสนุนที่เหมาะสม ส่งผลให้คะแนนทัศนคติลดลงจาก 63.04 เป็น 49.31 คะแนน และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของเครื่องมือพบว่าทัศนคติเปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้ดูแลไปในทิศทางที่เหมาะสมต่อการดูแลเด็กโรคลมชัก

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการพยาบาลการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) โดยเฉพาะระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing system) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อพิจารณาในบริบทของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคลมชัก เด็กยังมีข้อจำกัดด้านพัฒนาการ ความรู้ การตัดสินใจ และความสามารถในการจัดการโรคด้วยตนเอง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแทนเด็ก หรือเป็นผู้ดูแลแทน (dependent-care agent) ดังนั้น การให้ความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม โปรแกรมการให้ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคลมชักอย่างเป็นระบบ ทั้งการสังเกตอาการชัก การปฏิบัติเมื่อเด็กเกิดอาการชัก การรับประทานยากันชักอย่างถูกต้อง การป้องกันปัจจัยกระตุ้น การดูแลความปลอดภัย และการติดตามการรักษา เมื่อผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น ย่อมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ในการดูแลเด็กและตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จึงอาจส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahin และ Hussien[26] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างต่อผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแล มีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่มีโครงสร้างและเหมาะสมกับบทบาทของผู้ดูแลสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hagemann และคณะ[27] ซึ่งประเมินโปรแกรม FAMOSES สำหรับผู้ปกครองเด็กโรคลมชัก พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างช่วยเพิ่มความรู้เฉพาะเกี่ยวกับโรคลมชักและส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองในการเผชิญปัญหาและจัดการกับความกลัวที่เกี่ยวข้องกับโรคได้ดีขึ้น ผลดังกล่าวสนับสนุนว่าการให้ความรู้ที่เป็นระบบและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ สามารถเพิ่มศักยภาพในการจัดการโรคและการดูแลเด็กได้ อีกทั้ง Rau และคณะ (2006) ศึกษาโปรแกรม FAMOSES ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับเด็กโรคลมชักและผู้ปกครอง พบว่าการให้ความรู้ช่วยส่งเสริมความรู้และความสามารถในการจัดการโรคของครอบครัว สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูงทุกคน แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นสามารถช่วยให้ผู้ดูแลนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนการนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยพยาบาลทำหน้าที่สนับสนุน ให้ความรู้ ชี้แนะ และส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ผลที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 12.51 คะแนน และผู้ดูแลทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูงหลังได้รับโปรแกรม จึงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชัก ของผู้ดูแล และสะท้อนความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว ในการดูแลเด็กโรคลมชักอย่างต่อเนื่อง

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการเข้าร่วมโครงการการวิจัยฯ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahin และ Hussien[26] ซึ่งพบว่าโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักช่วยส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และความเชื่อมั่นใน

ความสามารถของผู้ดูแล สะท้อนว่าการจัดโปรแกรมที่มีเนื้อหาเป็นระบบและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลสามารถสร้างประสบการณ์ที่ดีและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ Hagemann และคณะ[27] พบว่าโปรแกรม FAMOSES ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับผู้ปกครองเด็กโรคลมชักสามารถเพิ่มความรู้และช่วยให้ผู้ปกครองมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาและความกลัวที่เกี่ยวข้องกับโรคลมชักดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนความสำคัญของการให้ความรู้ที่เป็นระบบและการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาภายใต้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความเชี่ยวชาญของผู้ให้ความรู้ ความเหมาะสม ของเนื้อหา และการสนับสนุนให้สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเด็กได้จริง ผลดังกล่าวสะท้อนถึง ความเหมาะสมของรูปแบบการจัดโปรแกรมและบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มารับบริการในคลินิกโรคระบบประสาทเด็ก โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชัก การสังเกตอาการชัก การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดอาการชัก การใช้ยากันชักอย่างถูกต้อง การป้องกันปัจจัยกระตุ้น และการดูแลเด็กอย่างปลอดภัย

2. ด้านระบบบริการ ควรบูรณาการโปรแกรมการให้ความรู้เข้าสู่ระบบการดูแลเด็กโรคลมชักตามปกติของคลินิก โดยจัดให้มีการให้ความรู้เป็นระยะและมีการติดตามทางโทรศัพท์หรือช่องทางที่เหมาะสม เพื่อเสริมความมั่นใจและสนับสนุนการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

3. ด้านสื่อการเรียนรู้ ควรจัดทำและพัฒนาสื่อประกอบการให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือสื่อดิจิทัล ให้มีเนื้อหาที่กระชับ เข้าใจง่าย และสามารถนำกลับไปทบทวนได้ โดยเฉพาะเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการชักและการใช้ยากันชัก

4. ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง เพื่อเพิ่มความมั่นใจและความสามารถ ในการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเด็กจริง

5. ด้านสถานที่จัดกิจกรรม เนื่องจากสถานที่จัดกิจกรรมมีคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด แม้ยังอยู่ในระดับมากที่สุด จึงควรพิจารณาปรับปรุงสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว เงียบ สะดวก และเอื้อต่อการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยโดยมีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่
ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความชัดเจนในการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี
เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชัก

3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์ด้านอื่น เช่น ความมั่นใจของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ความวิตกกังวลของผู้ดูแล การกลับมารับบริการฉุกเฉิน หรือความถี่และความรุนแรงของอาการชัก

4. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น และขยายการศึกษาไปยัง

โรงพยาบาลหรือพื้นที่อื่น เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน

5. ควรพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โดยผสมผสานเทคโนโลยี เช่น สื่อออนไลน์ วิดีโอ หรือระบบติดตามผ่านโทรศัพท์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลและสนับสนุนการดูแลเด็กโรคลมชักอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Wang, X., & Zhou, L. (2025). Pharmacological treatment of epileptic seizures. Springer Nature.
2. Larasati, A., Islamiyah, W. R., & Anisah, H. (2023). Childhood Epilepsy: An Overview. International Journal of Research Publications, 139(1). https://doi.org/10.47119/ijrp10013911220235820
3. Ng, R., & Hodges, E. K. (2022). Epilepsy. In Routledge eBooks (pp. 106–129). https://doi.org/10.4324/9781003349075-9
4. Solanki, R., Ghanghoriya, P., Sisodia, D., & Lazarus, M. (2023). Behavior Problems in Children With Epilepsy (Age 6–14 years): A Prospective Observational Study. International Journal of Recent Surgical and Medical Sciences, 10, S35–S38. https://doi.org/10.1055/s-0043-1761503
5. Muthaffar, O. Y., Bakheet, H., AlKhoshi, A., Alsaiari, M., Algarni, S., Shaheen, A., & Zuhairy, A. (2024). Academic performance of pediatric epileptic patients at King Abdulaziz University Hospital. Journal of Family Medicine and Primary Care, 13(11), 5186–5192. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1006_24
6. Becker, L., Gratopp, A., Prager, C., Elger, C. E., & Kaindl, A. M. (2023). Treatment of pediatric convulsive status epilepticus. Frontiers in Neurology, 14. https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1175370
7. Bykovshchenko, G. K. (2024). Parental stress in childhood epilepsy. Journal of Medical Rehabilitation, 2(1), 149-157. https://doi.org/10.17749/2949-5873/rehabil.2024.12
8. แก้วกาญจน์ เสือรัมย์ และเพ็ญแข จันทร์ราช. (2564). ปัญหา ความต้องการ และการสร้างความเข้มแข็งแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 44(3), 98-109. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/246676
9. Yang, L., Ji, J., Lu, Q., Tang, P., Jiang, Y., Yang, H., & Tang, W. (2023). Caregivers' experiences in the management of children with epilepsy: A Systematic synthesis of qualitative studies. Seizure, 106, 117–128. https://doi.org/10.1016/j.seizure.2023.02.004
10. Yu, Z., Shao, Q., Hou, K., Wang, Y., & Sun, X. (2022). The experiences of caregivers of children with epilepsy: A meta-synthesis of qualitative research studies. Frontiers in Psychiatry, 13. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.987892
11. ห้องตรวจกุมารเวช โรงพยาบาลอุดรธานี. (2568). สถิติเด็กโรคลมชักที่มารับบริการห้องตรวจกุมารเวช โรงพยาบาลอุดรธานี. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี.
12. อาทิตยา แก่นไกร, อัจฉรียา ปทุมวัน, ศุภร วงศ์วทัญญู, และ อาภาศรี ลุสวัสดิ์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเด็กโรคลมชัก. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 27(1), 15–28. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/243158
13. กนกพรรณ รงค์นพรัตน์. (2567). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อยาในผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารกุมารเวชศาสตร์, 63(3), 145–158. https://he04.tci-thaijo.org/index.php/TJP/article/view/1309
14. Bastos, F., & Cross, J. H. (2020). Epilepsy. In Handbook of clinical neurology (pp. 137–158). https://doi.org/10.1016/b978-0-444-64148-9.00011-9
15. Negussie, A. S., Dehan, M., Mekonnen, S., & Zelleke, T. (2024). Knowledge, attitudes, and

practices of caregivers with children diagnosed with epilepsy attending a pediatric outpatient clinic: a descriptive, cross-sectional, questionnaire-based study in Addis Ababa, Ethiopia. BMC Neurology, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12883-024-03766-1

16. Carter, B., Cook, G., Bray, L., Collingwood, A., Saron, H., & Rouncefield-Swales, A. (2022). Parents'/caregivers' fears and concerns about their child's epilepsy: A scoping review. PLoS ONE, 17(9), e0274001. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274001
17. Wang, X., Ye, J., Tian, X., Wang, F., & Guo, X. (2024). Affiliate stigma and caregiver burden in parents of children with epilepsy. Preventive Medicine Reports, 41, 102686. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102686
18. Ostendorf, A. P. (2023). Epilepsy impacts families and communities: persistent gaps and inequities. Seminars in Pediatric Neurology, 47, 101084. https://doi.org/10.1016/j.spen.2023.101084
19. Bloom, B. M. (1968). Learning for Mastery. Center for the Study of Evaluation of Instructional Programs, 1, 1-12
20. Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
21. Orem, D. E., Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). Self-care theory in nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. Springer Publishing Company.
22. Baser, G. M., et al. (2022). Effect of educational interventions on level of epilepsy knowledge in children with epilepsy and parents: Systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing.
23. Rezaei, S., et al. (2019). Impact of structured teaching program on the parent's knowledge of domiciliary management of seizure—A randomized controlled trial. Epilepsy & Behavior, 92, 191–194. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.038
24. Helbig, I., et al. (2017). The efficacy of an educational program for parents of children with epilepsy (FAMOSES): Results of a controlled multicenter evaluation study. Epilepsy & Behavior, 74, 172–178. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.09.027 SScienceDirect+1
25. Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. (2001). A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. Nursing Science Quarterly, 14(1), 39–47. https://doi.org/10.1177/08943180122108030
26. Shahin, M. A. H., & Hussien, R. M. (2021). Knowledge, attitude, practice, and self-efficacy of caregivers of children with epilepsy: Impact of a structured educational intervention program. Epilepsy & Seizure, 13(1), 1–16. https://doi.org/10.3805/eands.13.1
27. Hagemann, A., Pfäfflin, M., Nussbeck, F. W., & May, T. W. (2016). The efficacy of an educational program for parents of children with epilepsy (FAMOSES): Results of a controlled multicenter evaluation study. Epilepsy & Behavior, 64, 143–151. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.09.027 PPubMed
28. Rau, J., May, T. W., Pfäfflin, M., Heubrock, D., & Petermann, F. (2006). Education of children with epilepsy and their parents by the modular education program epilepsy for families (FAMOSES)—Results of an evaluation study. Die Rehabilitation, 45(1), 27–39. https://doi.org/10.1055/s-2005-915371 PPubMed
29. Elsakka, E. E., El Said, H. G., Aly, S. M., Ibrahim, E. A., & Abd Elmaksoud, M. S. (2021). Knowledge, skills, and attitudes towards children with epilepsy among Egyptian parents: A comparative cross-sectional study. Epilepsy Research, 172, 106573. https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2021.106573 PPubMed

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

การประเมินกระบวนการบริหารจัดการ และผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี : การวิจัยเชิงประเมินผล

Evaluation of Management Process and Achievement of the Integrated Mental Health and Substance Abuse Care System in Ubon Ratchathani Province : An Evaluation Research

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ชนะ หอมจันทร์[1]รัชนีพร เชื้อสระคู[2]ลลิตา บูรณะ[1]
Chana Hormchun[1] Ratchaneeporn Chueasrakoo[2] Lalita Burana[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาวะแวดล้อม/บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของกระบวนการบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้บริหารระดับยุทธศาสตร์ 15 คน ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด 120 คน ผู้ปฏิบัติงาน 350 คน ภาคีเครือข่ายภายนอก 125 คน ผู้ป่วย/ผู้ดูแล 200 คน และผู้เชี่ยวชาญสำหรับทำประชาพิจารณ์รูปแบบ/ข้อเสนอแนะ 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบบันทึก และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มเครื่องมือทุกฉบับมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 80-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการประเมินก่อนดำเนินโครงการพบว่า สภาวะแวดล้อม/บริบทอยู่ในระดับมาก (mean± SD= 4.45 ± 0.09) และปัจจัยนำเข้าอยู่ระดับปานกลาง (mean ± SD=3.42±0.36) ;ระหว่างดำเนินโครงการ พบว่า กระบวนการอยู่ในระดับมาก (mean ± SD=4.01 ± 0.11) ผลผลิตและผลลัพธ์ด้านการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดพบว่า โดยรวมดำเนินการคัดกรองได้ครอบคลุม ร้อยละ 87.73 ของเป้าหมาย (คัดกรองได้ 4,225 ราย จากเป้าหมาย 4,816 ราย) จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบริการ 4,808 ราย อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด ร้อยละ 91.25 (ติดตามดูแลได้สำเร็จ 1,689 ราย จากเป้าหมาย 1,851 ราย) และหลังสิ้นสุดโครงการพบว่า ด้านความยั่งยืนของชุมชนล้อมรักษ์อยู่ในระดับมาก (Mean± SD = 4.37±0.08) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก (Mean±SD = 4.47± 0.81) ดัชนีความรุนแรงของการเสพติด 7 มิติ พบว่า มิติด้านสารเสพติด (Drug Usage) เป็นมิติเดียวที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรุนแรงสะสมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.00) ผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการที่เข้ารับการบำบัดรักษาพบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.33 (6,087 คน จาก 6,522 คน) เป็นผู้ที่เข้ารับการบำบัดรายใหม่เกินกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 56.08 (3,659 คน) และเป็นผู้ป่วยที่กลับมารับการบำบัดซ้ำร้อยละ 43.92 (2,866 คน) ส่วนระดับความรุนแรงจากการประเมิน OAS Score พบว่า อยู่ในกลุ่มสีเขียว ร้อยละ 84.85 (5,237 คน) ส่วนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นผู้เสพ" ร้อยละ 76.05 (4,977 คน)

คำสำคัญ: ระบบบริการดูแลแบบบูรณาการ, ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด, การประเมินผล CIPP Model, ดัชนีความรุนแรงของการเสพติด, อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด

ABSTRACT

This survey research aimed to assess the context, input, process, product, and outcomes of the management process and effectiveness of the integrated psychiatric and substance abuse care system in Ubon Ratchathani Province. Key informants consisted of 15 strategic executives, 120 psychiatric and substance abuse coordinators, 350 operational personnel, 125 external network partners, 200 patients/caregivers, and 20 experts participating in a public hearing for model development and recommendations. Data were collected using

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล
[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

questionnaires, document analysis forms, recording forms, and focus group discussion guides, with all instruments demonstrating content validity (IOC) ranging from 0.80 to 1.00. Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The pre-implementation evaluation revealed that context was at a high level (Mean ± SD = 4.45 ± 0.09), while input was at a moderate level (Mean ± SD = 3.42 ± 0.36). During implementation, process was rated at a high level (Mean ± SD = 4.01 ± 0.11). In terms of product and outcomes, screening coverage reached 87.73% of the total target (4,225 out of 4,816 patients). A total of 4,808 patients entered the treatment system, with a high retention rate of 91.25% (1,689 successfully followed up out of 1,851 patients). Post-implementation findings showed that the sustainability of the "Lom Rak" community was at a high level (Mean ± SD = 4.37 ± 0.08), and satisfaction among patients and caregivers was also high (Mean ± SD = 4.47 ± 0.81). Assessment using the 7-dimension Addiction Severity Index (ASI Short Form) revealed that drug usage was the only dimension in which more than half of the sample exhibited a high cumulative severity level (53.00%). Regarding system outcomes, the majority of patients receiving treatment were male (93.33%; 6,087 out of 6,522 patients), with new patients accounting for over half (56.08%; 3,659 patients) and readmitted patients comprising 43.92% (2,866 patients). Severity classification based on OAS Scores indicated that 84.85% (5,237 patients) were in the green (mild) group, and substance use behavior was predominantly categorized as "abusers" at 76.05% (4,977 patients).

Keywords; Integrated Care System, Psychiatric and Substance Abuse Patients, CIPP Model Evaluation, Addiction Severity Index (ASI), Community Retention Rate

บทนำ

ปัญหายาเสพติดและสุขภาพจิตเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขและความมั่นคงที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยร่วมระหว่างโรคจิตเวชและการติดสารเสพติด หรือผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนสร้างภาระแก่ระบบบริการสาธารณสุขและกระบวนการยุติธรรม[1] จากการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและกฎหมายระดับชาติ โดยเฉพาะการบังคับใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 ที่ปรับเปลี่ยนแนวคิดหลักเป็น "ผู้เสพคือผู้ป่วย" ที่ต้องได้รับการคัดกรองบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามระดับความรุนแรงควบคู่กับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2552 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้นโยบายยกระดับระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติดเป็นวาระสำคัญ โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการไร้รอยต่อ (Seamless Care) ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงสถานบริการระดับเชี่ยวชาญ[2]

เช่นเดียวกับจังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 10 ครอบคลุม 25 อำเภอ มีความซับซ้อนทั้งบริบทเมือง ชนบท และพื้นที่ชายแดน[3] จากข้อมูลระบบสารสนเทศสุขภาพ พบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาจำนวนมาก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเข้ารับบริการในระบบ 2,612 ราย และมีผู้ป่วยสะสมในระบบติดตาม 8,032 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาดและมีสัญญาณเตือนความรุนแรง (คะแนน OAS ≥2) มากกว่า 550 ราย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการจัดการเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพสูง[6] ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีร่วมกับภาคีเครือข่ายจึงได้ขับเคลื่อน "ระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี"[3] โดยจัดโครงสร้างตามเส้นทางการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยเครื่องมือ 5 สัญญาณเตือน

(7 MIND) การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว การทำงานร่วมกันของชุดปฏิบัติการระดับตำบล/หมู่บ้าน คณะกรรมการระดับอำเภอ (CM) ฝ่ายปกครอง และตำรวจ (191/1669) ตลอดจนการบำบัดฟื้นฟูโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน[4] ระยะภายในโรงพยาบาลเน้นการพัฒนาหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมทั้ง 21 แห่ง และเปิดบริการ "มินิธัญญารักษ์" สำหรับการดูแลระยะกลางและระยะยาวเพื่อรองรับผู้ป่วยติดยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต[3,5] และระยะหลังจำหน่ายและการติดตามเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมระดับอำเภอ/ตำบล การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพอำเภอและ อสม. เพื่อป้องกันการขาดยา เสพซ้ำหรือก่อความรุนแรงซ้ำ ตลอดจนการประเมินอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด[3,4,5]

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวข้างต้น เมื่อวิเคราะห์ปัญหาเชิงการบริหารจัดการและช่องว่างความรู้ในช่วงปี พ.ศ.2563–2567 จังหวัดได้เผชิญกับความท้าทายสำคัญจากการปรับเปลี่ยนบทบาทตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ส่งผลให้หน่วยงานสาธารณสุขต้องเร่งปรับโครงสร้างการทำงานเพื่อรองรับผู้บำบัดรักษาโดยสมัครใจที่เพิ่มขึ้น[3,6] แต่ปัญหาสำคัญก็คือความต่อเนื่องในการรักษา โดยข้อมูลในพื้นที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 65.5 ยังขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำและพฤติกรรมก้าวร้าว[1,3,4,5]

จากการทบทวนเอกสารที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดและช่องว่างเชิงระบบการบริหารจัดการสาธารณสุข 4 ประการสำคัญ ได้แก่ (1) ข้อจำกัดด้านศักยภาพการรองรับ แม้จะมีการจัดตั้งมินิธัญญารักษ์และหอผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังพบปัญหาอัตราการครองเตียงที่ไม่สมดุล โดยบางแห่งสูงเกินศักยภาพ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีอัตราครองเตียงสูงถึงร้อยละ 102.04[3] ในขณะที่บางแห่งมีอัตราครองเตียงต่ำ ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการบริหารจัดการเตียงและการส่งต่อระดับเขต/จังหวัด[2] (2) ความเหลื่อมล้ำของผลสัมฤทธิ์ในระดับพื้นที่ ตัวชี้วัดสำคัญอย่างอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด (Retention Rate) และความครอบคลุมของการบำบัดโดยชุมชน (CBTx) มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอ โดยบางพื้นที่บรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 ในขณะที่บางพื้นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์[3,4,5] จึงจำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเชิงบริหารจัดการที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ดังกล่าว (3) ความซับซ้อนในการบูรณาการข้ามภาคส่วน การดูแลผู้ป่วย SMI-V ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ท้องถิ่น ยุติธรรม และ พัฒนาสังคม แต่ในทางปฏิบัติต่างพบอุปสรรคในการเชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศ (เช่น HDC, บสต., บสด., Nispa) ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานด่านหน้า[1,3,6] และ (4) การขาดการประเมินผลเชิงระบบอย่างรอบด้าน การดำเนินงานที่ผ่านมามุ่งเน้นการรายงานผลผลิตตามตัวชี้วัดประจำปี (Output/KPI) เป็นหลัก [3] แต่ยังขาดการศึกษาประเมินผลเชิงกระบวนการบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์เชิงระบบที่เป็นวิทยาศาสตร์และครอบคลุมทุกมิติ[7]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยเชิงประเมินผลครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลเชิงระบบร่วมกับ CIPP Modelของ Stufflebeam & Zhang[7] และ Donabedian's Framework เพื่อวิเคราะห์ตั้งแต่นโยบาย ทรัพยากรนำเข้า กระบวนการบริหารจัดการระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบเชิงสังคม ผลการวิจัยนอกจากจะสะท้อนภาพความสำเร็จ ช่องว่าง และข้อจำกัดของระบบบริการจิตเวชและยาเสพติดในจังหวัดอุบลราชธานีได้อย่างเป็นรูปธรรมแล้วยังให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการแก่ผู้บริหารสาธารณสุข ในการปรับปรุงโครงสร้างบริหาร การจัดสรรงบประมาณ การพัฒนากำลังคนเฉพาะทาง และการพัฒนา

รูปแบบการบำบัดดูแลข้ามภาคส่วนอย่างยั่งยืน[2] เพื่อใช้เป็นแบบอย่างการดำเนินงานสำหรับพื้นที่ขนาดใหญ่ที่มีความซับซ้อนใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมินสภาวะแวดล้อม/บริบท นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ของกระบวนการบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam, & Zhang[7] โดยในแต่ละมิติของการประเมินจะมีรายละเอียดใช้ประเมินโครงการทางสุขภาพให้ประสบผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2568-เดือนกรกฎาคม 2569 การประเมินแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การประเมินก่อนดำเนินโครงการ ระยะเวลารวม : 3 เดือน (มกราคม – มีนาคม 2568)

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) เป็นผู้บริหารระดับยุทธศาสตร์ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ด้านบริหาร/ควบคุมโรค), ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนและหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด สสจ. อุบลราชธานี จำนวน 15 คน สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative)เป็นผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดในสถานพยาบาลทุกแห่ง (รพศ./รพท. 5 แห่ง, รพช. 21 แห่ง, มินิธัญญารักษ์, และ สสอ. 25 แห่ง) จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและการหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สำหรับผู้บริหาร และแบบประเมินความพร้อมของทรัพยากรเพื่อประเมินอัตรากำลังจิตแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางศักยภาพเตียงรองรับ และงบประมาณ และหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ ความตรงเชิงเนื้อหาตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงกันของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00 ทุกข้อ และความเที่ยง/ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับบุคลากรในจังหวัดที่มีบริบทใกล้เคียงกัน (เช่น ยโสธร) จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยส่งแบบสอบถาม/เอกสารและนัดหมายสัมภาษณ์เชิงลึก และรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานแผนยุทธศาสตร์จังหวัด สสจ. อุบลราชธานี และระบบ HDC/บสต.

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด[8]

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และจัดกลุ่มประเด็นตามกรอบ Context และ Input

ระยะที่ 2 การประเมินระหว่างดำเนินโครงการ ระยะเวลารวม: 9 เดือน (เมษายน – ธันวาคม 2568) ในขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการประเมินกระบวนการบริหารจัดการตลอด Patient Journey และผลผลิตระยะครึ่งแผน : Process & Output Evaluation

กลุ่มเป้าหมาย / ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช/ยาเสพติด พยาบาล ER นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ ผู้รับผิดชอบงาน CBTx/ศูนย์คัดกรอง สสอ./รพ.สต. สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ 350 คน ภาคีเครือข่ายภายนอก ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ., เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ทหาร, อปท., ผู้นำชุมชน/อสม. อำเภอละ 5 คน รวม 125 คน และผู้สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ทีมผู้ปฏิบัติงาน

ระดับอำเภอ/โซนบริการ (Zone 1-4) จำนวน 4 กลุ่ม (กลุ่มละ 8–10 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินกระบวนการ Patient Journey (Pre, In, Post Hospital) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบประเมินการบูรณาการภาคีเครือข่าย แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบแบบบันทึกข้อมูลการให้บริการสะสมจากระบบ บสต./HDC

การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบค่า IOC โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) แบบสอบถาม 30 ชุด แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.89 และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มตรวจสอบความตรงเชิงสร้างสรรค์และความครอบคลุมตาม Patient Journey

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.จัดทำหนังสือราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีถึงหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามไปยังผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 25 อำเภอ

2.จัดเวทีสนทนากลุ่ม (Focus Group) แยกรายโซนพื้นที่ (โซน 1-4) เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรค และคอขวด (Bottlenecks) ในการบริหารจัดการเตียงและการส่งต่อ

3.ดึงข้อมูลผลงานคัดกรอง ผลงานบำบัดสะสมจากฐานข้อมูล บสต. และ HDC กระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด [8] และข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดทำแผนผังกระบวนการทำงานจริงเพื่อค้นหาจุดติดขัดในระบบบริการ

ระยะที่ 3 การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ ระยะเวลารวม : 7 เดือน (มกราคม – กรกฎาคม 2569) ในขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการประเมินผลสัมฤทธิ์ ผลลัพธ์ ผลกระทบ และสรุปข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เข้ารับบริการในจังหวัดอุบลราชธานีทั้งหมดในระบบฐานข้อมูล HDC/บสต. (ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 - 2569) ผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดและญาติผู้ดูแลที่ผ่านการบำบัดรักษา/ติดตาม 200 ราย และผู้เชี่ยวชาญสำหรับทำประชาพิจารณ์รูปแบบ/ข้อเสนอแนะคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัด (สปสช./ผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญกรมสุขภาพจิต/กรมการแพทย์) 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน และการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์เชิงระบบ และแบบวัดความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย/ผู้ดูแล เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 4 ด้านๆ ละ 4 ข้อ จำนวน 16 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน [8] แบบประเมินความยั่งยืนของชุมชนล้อมรักษ์ เป็นมาตวัดประมาณค่า 5 ระดับ 5 มิติ รวม 20 ข้อ แบบประเมินดัชนีความรุนแรงของการเสพติด และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

การหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วย/ผู้ดูแล ร่างรูปแบบข้อเสนอแนะประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยเทคนิคผู้เชี่ยวชาญ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.สกัดข้อมูลความสมบูรณ์เชิงสถิติ จากฐานข้อมูล HDC, บสต., และฐานข้อมูลกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สสจ.อุบลราชธานี ณ สิ้นสุดโครงการ (กรกฎาคม 2569)

2.เก็บแบบสอบถามความพึงพอใจและผลกระทบจากผู้ป่วย/ผู้ดูแลในสถานพยาบาลและชุมชน

3.จัดเวทีประชุมระดมความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยกร่างและรับรองรูปแบบต้นแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของบุญชม ศรีสะอาด[8] และข้อมูลเชิงคุณภาพ สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์ และจริยธรรมการวิจัย โครงร่างการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดใบรับรองเลขที่ SSJ.UB 2568-01.040 เมื่อวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568 วันหมดอายุใบรับรองวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569 และใบรับรองเลขที่ SSJ.UB01.032 เมื่อวันที่ 30 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569 วันหมดอายุใบรับรองวันที่ 29 เดือน มกราคม พ.ศ. 2570

ผลการวิจัย

1.ผลการประเมินก่อนดำเนินโครงการ ลักษณะทางประชากรของผู้บริหารระดับยุทธศาสตร์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 10 คน (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 50.07 ปี อายุต่ำสุด 43 ปี และสูงสุด 58 ปี จบการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาโทหรือวุฒิบัตรเฉพาะทาง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.33) เมื่อพิจารณาตำแหน่งบริหารปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (ผอ.รพช.) จำนวน 9 คน (ร้อยละ 60.00) นอกจากนี้ ในด้านประสบการณ์การทำงาน พบว่า ผู้บริหารมีอายุการทำงานบริหารรวมเฉลี่ยเท่ากับ 8.60 ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานบริหารต่ำสุด 4 ปี และสูงสุด 18 ปี

2.ผลการประเมินความเหมาะสมของบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสมในระยะก่อนดำเนินโครงการสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างมิติด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าอย่างชัดเจน โดยด้านบริบท (Context Evaluation) อยู่ในระดับ แสดงให้เห็นว่าโครงการมีความสอดคล้องเชิงยุทธศาสตร์และตอบสนองต่อสภาพปัญหาในพื้นที่ได้อย่างตรงเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) กลับมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมเพียงระดับปานกลาง และเป็นมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในโครงสร้าง CIPP ทั้งหมด บ่งชี้ถึงข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านทรัพยากร อัตรากำลังบุคลากร งบประมาณ หรือเทคโนโลยีสนับสนุนในระยะเริ่มต้น

3..ผลการประเมินระหว่างดำเนินโครงการมิติด้านกระบวนการ (Process Evaluation) ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม โดยโครงการสามารถเข้าถึงและคัดกรองกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ครอบคลุมถึง ร้อยละ 87.73 คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบริการรวมทั้งสิ้น 4,808 ราย และเมื่อพิจารณาในมิติติดตามดูแลรักษา พบว่าอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด (Retention Rate) สูงถึง ร้อยละ 91.25 ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ (Case Management) และกระบวนการบริการที่สามารถยึดเหนี่ยวผู้ป่วยไว้ในระบบได้อย่างต่อเนื่อง

4..ผลการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ ผลการประเมินในระยะหลังสิ้นสุดโครงการสะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ทางการบริการ คุณลักษณะทางคลินิก และความยั่งยืนในระดับชุมชน ดังนี้ ดัชนีความยั่งยืนของชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx Index) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่อยู่ในระดับมากเช่นกัน บริบทความรุนแรงและลักษณะประชากร: ในมิติด้านความรุนแรงของการเสพติดครอบคลุม 7 มิติ พบว่ามีประเด็นความเสี่ยงมิติด้านสารเสพติด ร้อยละ 53.00 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ

93.33 เมื่อจำแนกตามประสบการณ์บำบัดพบว่า เป็นผู้ป่วยบำบัดรายใหม่ ร้อยละ 56.08 และผู้ป่วยบำบัดซ้ำ ร้อยละ 43.92 การจำแนกความรุนแรงทางคลินิก (OAS Score): ผลการประเมินจำแนกระดับความรุนแรงตาม OAS Score แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสีเขียว (ความรุนแรงต่ำ) สูงถึง ร้อยละ 84.85 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด: จำแนกตามระดับพฤติกรรมพบว่า เป็นกลุ่มผู้เสพ (Abuser) มากที่สุด ร้อยละ 76.05 และรูปแบบการบำบัดรักษาจำแนกตามประเภทสะสมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ร้อยละ 65.89

5. สรุปสาระสำคัญของการร่างรูปแบบการยกระดับระบบบริการ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัด จากเวทีการสนทนากลุ่ม ซึ่งวิเคราะห์เชื่อมโยงจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี 5 ประเด็นหลัก คือ

3.1 การยกระดับบริการระยะก่อนถึงโรงพยาบาล

1) กลไกการค้นหาเชิงรุก (Early Detection) พัฒนาระบบเฝ้าระวังในระดับหมู่บ้าน/ตำบล ผ่านการผนึกกำลังของชุดปฏิบัติการร่วม (สาธารณสุข ปกครอง ตำรวจ และ อสม.) โดยใช้เครื่องมือ 5 สัญญาณเตือน (7 MIND) ร่วมกับ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS) เพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงและเข้าระงับเหตุหรือนำส่งรักษาได้ทันท่วงทีก่อนพัฒนากลายเป็น SMI-V

2)การยกระดับศูนย์คืนสุข (CBTx Center): แม้ดัชนีความยั่งยืน CBTx ในภาพรวมจะสูง (Mean = 4.37) แต่ต้องยกระดับให้ศูนย์คืนสุขเป็นพื้นที่รองรับการฟื้นฟูจิตสังคม (Psychosocial Rehabilitation) ได้จริงในทุกตำบล ลดการพึ่งพาสถานพยาบาล โดยเน้นกิจกรรมบำบัดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีมาตรการสังคมในชุมชน และการสนับสนุนงบประมาณสม่ำเสมอ

3.2 การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลและการจัดการเตียง

1) ระบบบริหารจัดการเตียงระดับโซน (Regional Bed Pooling & Referral): จัดตั้งกลไกบูรณาการการใช้ข้อมูลเตียงจิตเวชและมินิธัญญารักษ์แบบ Real-time ระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในแต่ละโซนบริการ เพื่อเกลี่ยผู้ป่วยและลดความแออัดในโรงพยาบาลที่มีอัตราครองเตียงสูง

2) การจัดวางบทบาท "มินิธัญญารักษ์": แบ่งบทบาทหน้าที่ชัดเจนระหว่างการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) เช่น รพ.ตระการพืชผล และ รพ.บุณฑริก กับการดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เช่น รพ.ศรีเมืองใหม่ และ รพ.สิรินธร โดยเชื่อมโยงกระบวนการถอนพิษยา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชซับซ้อน และผลักดันการเบิกจ่ายชดเชยงบประมาณจาก สปสช. ให้สะท้อนต้นทุนการดูแลระยะยาวจริง

3.3 การดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูจิตสังคม และการสร้างอาชีพ

1) นวัตกรรมฟื้นฟูอาชีพและรายได้ (Economic Reintegration): สร้างกลไกความร่วมมือแบบ 3 ประสาน (สาธารณสุข + พม./แรงงาน + ภาคเอกชน/สถานประกอบการท้องถิ่น) เพื่อจัดทำโปรแกรมฝึกทักษะอาชีพที่ทำได้จริง และการสนับสนุนโควตารับผู้ผ่านการบำบัดเข้าทำงาน

2) ลดการตีตราและการคงอยู่ในระบบ (Stigma Reduction & Retention) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ครอบครัวร่วมกับการใช้มาตรการสังคมและการยอมรับในระดับหมู่บ้าน เพื่อเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด (Retention Rate) และป้องกันการเสพซ้ำหรือก่อความรุนแรงซ้ำ

3.4 การบูรณาการข้ามภาคส่วนและระบบสารสนเทศ

ประเด็นการพัฒนา	แนวทางการยกระดับและแก้ไขปัญหา
การปรับปรุง Data Silos	พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและยาเสพติด (HDC, บสต., บสด., Nispa, Dopa) ให้สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย SMI-V ได้แบบ Real-time ข้ามกระทรวง (สธ. มหาดไทย ตำรวจ) โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล
SOP และการสนับสนุนจาก อปท.	ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน (SOP) ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถจัดสรรงบประมาณ กองทุนสุขภาพตำบล และกำลังคนสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่องถูกต้องตามระเบียบกฎหมาย

3.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและ "UBON Model" (Executive Policy Model) คือ 1)ปรับชุดสิทธิประโยชน์ สปสช.: ขยายการชดเชยค่าบริการสำหรับการบำบัดฟื้นฟูจิตสังคมในชุมชน (CBTx) และการดูแลระยะยาว (LTC) ในมินิธัญญารักษ์ 2) Financial Incentives จัดสรรงบประมาณสนับสนุนพิเศษสำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดหอผู้ป่วยจิตเวช/มินิธัญญารักษ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบริหารจัดการเตียง และ 3) ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบงบประมาณ: เปิดทางให้ อปท. ใช้เงินสะสมหรือกองทุนท้องถิ่นในการจ้างงานผู้ผ่านการบำบัด หรือสนับสนุนศูนย์คืนสุขได้อย่างชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

การดำเนินงานโครงการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด นับเป็นนโยบายสาธารณสุขเชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบในวงกว้าง จากผลการประเมินโครงการตามวงจรบริหารจัดการและระบบการประเมิน CIPP Model สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จ บทเรียนสำคัญ และข้อจำกัดจำกัดเชิงระบบ ซึ่งสามารถอภิปรายและวิจารณ์เชิงวิชาการแบ่งตาม 3 ระยะของการดำเนินโครงการ ดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนการประเมินโครงการ (บริบทและปัจจัยนำเข้า) จากการประเมินในระยะก่อนดำเนินโครงการ พบว่า ด้าด้านบริบท (Context) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 (SD = 0.09) ซึ่งชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการกำหนดวัตถุประสงค์และทิศทางของโครงการมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของพื้นที่ และนโยบายด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในระดับชาติอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในมิติด้านปัจจัยนำเข้า (Input) กลับพบว่ามีความเหมาะสมเพียงระดับปานกลางเท่านั้น โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 (SD = 0.36) ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างเชิงบริหารจัดการ (Managerial Gap) ที่สำคัญ โดยความไม่สมดุลระหว่างบริบทที่เหมาะสมกับปัจจัยนำเข้าที่จำกัดสอดคล้องกับข้อค้นพบของสมชาย รักชาติ และคณะ[9] ที่ได้ศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับปฐมภูมิ และระบุว่าโครงการสาธารณสุขจำนวนมากมักประสบปัญหาความไม่พร้อมด้านอัตรากำลังเจ้าหน้าที่และการสนับสนุนงบประมาณที่ไม่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เช่นเดียวกับงานวิจัยในระดับสากลของ Smith และ Johnson[10] ซึ่งชี้ว่านโยบายการบำบัดผู้ติดสารเสพติดมักได้รับการยอมรับในเชิงหลักการและบริบทความต้องการ แต่มักเผชิญข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านทรัพยากรมนุษย์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และงบประมาณในการขับเคลื่อนระดับปฏิบัติการ ทั้งนี้วิภาดา แก้วเกิด[11] ได้เน้นย้ำเพิ่มเพิ่มเติมว่า การขาดแคลนปัจจัยนำเข้าในระยะจัดตั้งโครงการส่งผลโดยตรงต่อภาระงาน (Workload) ที่หนักเกินไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสขระดับหน้างาน ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขเชิงบริหารจัดการ ย่อมส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดของ

Garcia และคณะ[12]ที่เสนอว่าระบบบริการสุขภาพจิตบูรณาการจะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องมีการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานและปัจจัยนำเข้าอย่างสมดุลตั้งแต่ระยะก่อนเริ่มดำเนินโครงการ

2. ระหว่างดำเนินโครงการ (กระบวนการ) ในระยะระหว่างดำเนินโครงการ ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process) อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01(SD = 0.11) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงานในเชิงปฏิบัติ โดยมีผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณที่โดดเด่น ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 87.73 สามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบริการรวมทั้งสิ้น 4,808 ราย และที่สำคัญที่สุด คือ สามารถรักษาอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาและติดตามดูแลได้สูงถึงร้อยละ 91.25 อัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดที่สูงเช่นนี้ถือเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญยิ่งในงานสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอนันต์ สุขเจริญ และสมศักดิ์ ตั้งตรง [13] ที่พบว่าระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการบริหารจัดการ (Case Management) ในชุมชนมีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดอัตราการหลุดออกจากระบบบำบัด (Retention Rate) ของผู้เสพติด ขณะเดียวกัน Chen และ Williams[14] ได้ทำการประเมินกระบวนการบำบัดแบบบูรณาการและสรุปว่า การคัดกรองที่ครอบคลุมเชิงรุกร่วมกับกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นปัจจัยป้อนกลับสำคัญที่ช่วยเพิ่มการยึดเหนี่ยวผู้ป่วยให้อยู่ในระบบบำบัดได้นานขึ้น นอกจากนี้นภา พรหมสุข[15] ได้ระบุว่าการประสานงานไร้รอยต่อระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายชุมชนในระยะดำเนินงาน ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อสรุปของ Patel และคณะ[16] ที่ยืนยันว่ากระบวนการบริการสุขภาพจิตบูรณาการที่มีระบบการคัดกรองและการส่งต่อที่รวดเร็ว ชัดเจน สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะวิกฤตและความรุนแรงในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล

3. การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ (ผลผลิต ผลลัพธ์ และความยั่งยืน) ผลการประเมินหลังสิ้นสุดโครงการแสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์เชิงระบบและผลลัพธ์ทางคลินิกที่น่าพึงพอใจโดยดัชนีความยั่งยืนของชมชนล้อมรักษ์ (CBTx Index) มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 4.48 (SD = = 0.10) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.47 (SD = 0.81) ในมิติด้านพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่าเป็นกลุ่มผู้เสพ (Abuser) ร้อยละ 76.05 กลุ่มผู้ติด (Addict) ร้อยละ 1716 และกลุ่มผู้ใช้(User) ร้อยละ 6.78 โดยมีรูปแบบการเข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก (OPD) สูงสุดถึงร้อยละ 65.89 และเมื่อประเมินความรุนแรงตาม OAS Score พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว (ความรุนแรงต่ำ) ถึงร้อยละ 84.85 ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าระบบบริการสามารถจำแนกความเสี่ยงและจัดการดูแลได้อย่างเหมาะสม การที่ CBTX Index และความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงสอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของกิตติศักดิ์ ใจดี และนพดล ศรีสุข[17] ซึ่งระบุว่าการบำบัดรักษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTX) ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ลดเจตคติเชิงลบ (Stigma) และสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนให้แก่ผู้ป่วย ขณะเดียวกันสัดส่วนผู้ป่วย OPD และกลุ่มสีเขียวที่สูงสอดคล้องกับข้ออภิปรายของ Brown และคณะ[18] ที่เน้นย้ำว่าการคัดกรองและแบ่งระดับความเสี่ยง (Risk Screening and Stratification) ที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยลดภาระการนอนโรงพยาบาล (IPD) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระดับผู้ป่วยนอกและชุมชนอย่างเหมาะสม นอกจากนี้สุพรรณี มีมาก[19] ยังพบว่าความพึงพอใจที่สูงของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการลดอัตราการเสพซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและท้ายที่สุด Kim และ Lee[20] ได้ยืนยันผ่านการศึกษาระยะยาวว่า ระบบบริการบำบัดจิตเวชและสารเสพติดที่เน้นการบูรณาการในชุมชนและ

การมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยบรรลุสภาวะสงบของโรค (Remission) และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในระยะยาวอย่างยั่งยืน

จุดเด่นของการประเมินโครงการครั้งนี้ คือ 1)การประเมินครั้งนี้ คือการเลือกใช้กรอบแนวคิดการประเมิน CIPP Model อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การประเมินมีความครอบคลุมและเชื่อมโยงมิติต่าง ๆ ของโครงการตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งในมิติบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ 2) ผลสัมฤทธิ์เชิงกระบวนการที่สะท้อนผ่านตัวชี้วัดสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยโครงการสามารถคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 87.73 นำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการบำบัดรักษารวม 4,808 ราย และที่โดดเด่นอย่างยิ่งคือสามารถรักษาอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาและติดตามดูแลได้สูงถึงร้อยละ 91.25 ซึ่งในทางสาธารณสุขถือเป็นอัตราความยึดเหนี่ยว (Retention Rate) ที่ประสบความสำเร็จสูงมากสำหรับการดูแลผู้ติดสารเสพติด นอกจากนี้การประเมินยังให้ความสำคัญกับมิติความยั่งยืนในระดับชุมชน โดยสะท้อนผ่านดัชนีชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx Index) ที่อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าโครงการไม่ได้เน้นเพียงการบำบัดในสถานพยาบาล แต่สามารถสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมในระดับฐานรากได้อย่างเป็นรูปธรรม ยิ่งไปกว่านั้นโครงการยังมีจุดเด่นในการนำระบบจำแนกความเสี่ยง (Risk Stratification) ผ่าน OAS Score มาใช้ ทำให้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสีเขียวหรือความรุนแรงต่ำถึงร้อยละ 84.85 และรับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (OPD) สูงถึงร้อยละ 65.89 สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการตรวจค้นพบปัญหาตั้งแต่ระยะแรก (Early Detection) ซึ่งช่วยลดภาระพึ่งพิงระบบเตียงในโรงพยาบาล (IPD) ได้ และ3) ความพึงพอใจในระดับมากของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลยืนยันถึงผลลัพธ์การบริการที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการประเมินโครงการครั้งนี้ ในทางตรงกันข้ามการประเมินครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดเชิงวิธีวิทยาและมิติบริหารจัดการหลายประการที่ควรพิจารณาพัฒนา ข้อจำกัด 1) ช่องว่างเชิงโครงสร้างด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ซึ่งผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง (3.42 ±0.36) ต่ำกว่ามิติอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ บ่งชี้ถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณ บุคลากร เทคโนโลยี หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาระงานของเจ้าหน้าที่และความยั่งยืนของการดำเนินงานในระยะยาว 2)การขาดแคลนข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ระยะยาวเชิงพฤติกรรม แม้ผลการประเมินจะจำแนกสัดส่วนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดสารเสพติดไว้อย่างชัดเจน แต่ยังขาดการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ เช่น อัตราการเสพซ้ำ (Relapse Rate) หรือระยะเวลาการหยุดเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Abstinence Duration) ในช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ แม้ค่าเฉลี่ยจะอยู่ในระดับสูง แต่กลับพบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ค่อนข้างสูง (SD = 0.81) สะท้อนว่ามีความคิดเห็นของผู้รับบริการบางกลุ่มที่แตกต่างหรือให้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยอย่างมาก ซึ่งจำเป็นต้องใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เจาะลึกหาสาเหตุเพิ่มเติม 3) สัดส่วนการบำบัดในกลุ่มความเสี่ยงสูง เช่น ผู้เข้ารับการบำบัดในสถานฟื้นฟูฯ (ร้อยละ 0.77) และกลุ่มต้องโทษ (ร้อยละ 8.77) ยังขาดการวิเคราะห์แยกแยะผลสัมฤทธิ์และอัตราการคงอยู่ในระบบบำบัดเป็นการเฉพาะ และ 4) การประเมินยังขาดข้อมูลมิติด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เช่น การวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางการเงิน (Cost-Effectiveness Analysis) เพื่อเปรียบเทียบงบประมาณที่ใช้กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพและมูลค่าความสูญเสียทางสังคมที่ลดลง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญยิ่งสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรอย่างยั่งยืน

จากการวิเคราะห์ผลการประเมินโครงการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดและบทวิจารณ์เชิงวิธีวิทยา ขอเสนอแนะแนว

ทางการดำเนินงานในระดับปฏิบัติต่าง ๆ และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในระดับครอบครัว ได้แก่ 1)การเปลี่ยนผ่านจาก "การเฝ้าระวัง" สู่ "สัญญาครอบครัวและการบำบัดร่วม" (Family Contract & Co-Therapy) ผลประเมินพบผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวสูงถึงร้อยละ 84.85 ครอบครัวควรสร้างระบบ "สัญญาครอบครัว" ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตเพื่อตกลงเงื่อนไขการลด ละ เลิกยาเสพติดในบ้าน และปรับทัศนคติจากการตำหนิดุด่ามาเป็นการสนับสนุนทางอารมณ์เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีผลต่ออัตราการคงอยู่ในระบบบำบัด และ 2)การเฝ้าระวังและสังเกตสัญญาณเตือนการเสพซ้ำ ส่งเสริมให้ครอบครัวได้รับการฝึกทักษะสังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนวิกฤต (เช่น นอนไม่หลับ อารมณ์ก้าวร้าว กวนประสาท) เพื่อแจ้งเครือข่ายส่งต่อก่อนที่อาการจะยกระดับเป็นกลุ่มสีส้มหรือสีแดง

ข้อเสนอแนะในระดับชุมชน ได้แก่ 1) การยกระดับจาก CBTx สู่การฟื้นฟูระยะยาวในชุมชน (CBTx to Community-Based Recovery) ผลประเมิน CBTx Index อยู่ในระดับมาก (4.48±0.10) ชุมชนควรรักษาฐานความยั่งยืนนี้โดยจัดตั้ง "ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน" (Peer Support Group) ร่วมกับแกนนำ อสม. และฝ่ายปกครองเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัย สอดส่อง และเปิดโอกาสให้ผู้ผ่านการบำบัดได้ทำงานจิตอาสา และ 2)การลดเจตคติเชิงลบและการคืนคนดีสู่สังคม ชุมชนต้องสร้างกิจกรรมทางสังคมและอาชีพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อลดตราบาป (Stigma) และเปิดโอกาสรับผู้ผ่านการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (OPD) กลับเข้าทำงานในชุมชน ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารสาธารณสุข ได้แก่ 1) การปลดล็อกข้อจำกัดด้านทรัพยากรนำเข้า เนื่องจากผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input) อยู่ในระดับปานกลาง (3.42±0.36) นโยบายควรเน้นการจัดสรรงบประมาณเชิงรุก สำหรับอัตรากำลังบุคลากรเฉพาะทางสุขภาพจิตและยาเสพติด ตลอดจนจัดหาเครื่องมือคัดกรองประเมินความเสี่ยงดิจิทัลเพื่อลดภาระงาน (Workload) ของเจ้าหน้าที่ปฐมภูมิ และ 2)การพัฒนาระบบการส่งต่อเชิงโครงสร้างและการจัดบริการจำแนกกลุ่ม กำหนดนโยบายสนับสนุนระบบบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ร่วมกับมินิธัญญารักษ์ (IMC/LTC) ให้มีความเข้มแข็งและไร้รอยต่อเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวและสีเหลืองในชุมชน ช่วยลดภาระเตียงผู้ป่วยใน (IPD) และสถาบันฟื้นฟูฯ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาวิชาการติดตามผลระยะยาวเชิงพฤติกรรมควรออกแบบงานวิจัยติดตามผลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการบำบัดที่ระยะเวลา 6 เดือน, 1 ปี และ 2 ปี เพื่อศึกษาอัตราการเสพซ้ำ (Relapse Rate), อัตราการคงภาวะสงบของโรค (Remission Rate) และความยั่งยืนของการหยุดเสพติดอย่างต่อเนื่อง

2) การประเมินความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ควรศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผล (CEA) หรือต้นทุน-ผลประโยชน์ (CBA) ของระบบการดูแลบำบัดในชุมชน (CBTx) เปรียบเทียบกับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล (IPD) เพื่อเสนอเป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการอนุมัติงบประมาณเชิงนโยบาย

3) การวิจัยเชิงคุณภาพเจาะลึกกลุ่มความพึงพอใจต่ำและกลุ่มความเสี่ยงจากข้อจำกัดที่พบค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจค่อนข้างสูง (SD = 0.81) ควรกำหนดงานวิจัยเชิงคุณภาพเจาะลึกกลุ่มผู้รับบริการที่ไม่พึงพอใจ และศึกษาปัจจัยความสำเร็จ/อุปสรรคของการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยต้องโทษ (ร้อยละ 8.77) เพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลแบบเฉพาะบุคคลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. โครงการขับเคลื่อนระบบป้องกัน เฝ้าระวังบำบัดรักษา ฟื้นฟู ดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V).[อินเทอร์เน็ต]. 2569 [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://necam.go.th/newsnecam050669-refer/
2. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. แผนยุทธศาสตร์ปี พ.ศ.2566 - 2570 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2565.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการวิเคราะห์ระบบบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์การบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2567. อุบลราชธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2567.
4. ณัฏฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์, ณรงศักดิ์ เข็มเพชร. ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2569;6(1):e279532.
5. วศรัญ วัฒนธีรางกูร. ประสิทธิผลของมินิธัญญารักษ์และ Matrix Program ต่อการลดการกลับไปเสพซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติดที่คลินิกบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(2):250-62.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม. รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ พ.ศ.2567. อุบลราชธานี; 2567.
7. Stufflebeam, D. L., & Zhang, G. (2017). The CIPP evaluation model: How to evaluate for improvement and accountability. Guilford Publications.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2556.
9. สมชาย รักชาติ, วิชัย ประเสริฐ, นภาลัย สุขเกษม. การประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดในระดับปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2022;16(2):145-58.
10. Smith JA, Johnson RT. Evaluating input limitations and context alignment in community mental health programs. J Behav Health Serv Res. 2023;50(3):312-25.
11.วิภาดา แก้วเกิด. ปัญหาและอุปสรรคการบริหารจัดการทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพจิตระดับอำเภอ. วารสารบริหารสาธารณสุข. 2024;34(1):88-101
12. Garcia M, Lopez D, Martinez E. Structural challenges and resource allocation in integrated substance use interventions. Int J Drug Policy. 2025;123:104210.
13.อนันต์ สุขเจริญ, สมศักดิ์ ตั้งตรง. ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาสารเสพติดของผู้ป่วยในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2022;30(4):275-86.
14. Chen L, Williams K. Process evaluation of integrated screening and retention strategies in addiction treatment. Addict Behav. 2023;138:107542.
15. นภา พรหมสุข. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2024;18(2):55-69.
16. Patel S, Miller P, Davis A. Streamlining screening and referral processes in integrated mental health services. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):412.
17.กิตติศักดิ์ ใจดี, นพดล ศรีสุข. ผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ต่อความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2023;32(5):810-21.
18. Brown ET, Davis RM, Wilson K. Outpatient management and risk stratification in community-based substance use disorders. Am J Public Health. 2023;113(8):890-9.
19.สุพรรณี มีมาก. ความพึงพอใจของผู้ดูแลและผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในระบบบริการบูรณาการ. วารสารสุขภาพจิตและสารเสพติด. 2024;12(1):34-47.
20. Kim H, Lee S. Long-term outcomes of community-based psychiatric and addiction rehabilitation: A 3-year follow-up study. Soc Sci Med. 2025;340:116450.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรค เครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู

The Development of Operational on Prevention and Control Surveillance tuberculosis Model, Nong Bua Lamphu Province Network

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ณฐกร จันทรเสนา[1] เชาวชื่น เชี่ยวการรบ[1] ฉันทนา ศรีภูแพน[1]
Nathakorn Juntarasena[1] Chaowachuen Chiewkanrob[1] Chantana Sreephupan[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ 120 คน ผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย 7 คนและกลุ่มเสี่ยง 24,739 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2568–สิงหาคม 2569 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก แบบสอบถามและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มที่มีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย (1) การดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาสำคัญใน 3 มิติ ได้แก่ 1) ด้านการคัดกรอง: ยังตกหล่นในกลุ่มประชากรแฝง แรงงานเคลื่อนย้าย และกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงยาก 2) ด้านการวินิจฉัย: รพ.สต. ยังขาดแคลนเครื่องมือวินิจฉัยรวดเร็ว ทำให้ค้นหาผู้ป่วยได้ล่าช้า และ 3) ด้านการดูแลรักษา: ผู้ป่วยบางส่วนขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยา จนเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะรักษาล้มเหลวและการเกิดเชื้อดื้อยา (2) รูปแบบฯ ที่ได้ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 6 ขั้น คือ (1) การวางยุทธศาสตร์ และจัดสรรทรัพยากร (2) การคัดกรองเชิงรุกและส่งต่อชุมชน (3) การตรวจวินิจฉัยแม่นยำด้วยเทคโนโลยี (4) การกำกับการรักษาและดูแลในรายที่ซับซ้อน (5) การบริหารจัดการข้อมูล Real-time และ(6) การทบทวนคุณภาพและนิเทศติดตาม และ (3) ผลการประเมินรูปแบบฯ พบว่า อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มประชากรเสี่ยงสูงด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) คิดเป็นร้อยละ 95.78 (34,493 จากเป้าหมาย 36,014 คน) อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 66.61 (465 จากเป้าหมายคาดประมาณ 698 คน) และ3) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 96.25 (77/80 คน)

คำสำคัญ: วัณโรค, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การคัดกรองเชิงรุก, รูปแบบการเฝ้าระวัง, เครือข่ายสุขภาพ

Abstract

This action research aimed to investigate operational problems, develop a model, and evaluate the implementation outcome of the tuberculosis (TB) surveillance, prevention, and control model within the Nong Bua Lamphu Health Network. Key informants comprised 120 healthcare providers, 7 experts who validated the research instruments, and 24,739 individuals in risk groups. The study was conducted from November 2025 to August 2026. Data were collected using recording forms, questionnaires, and focus group discussion guides, all exhibiting content validity (IOC ranging from 0.80 to 1.00). Data were analyzed using frequencies and percentages.

The research findings revealed the following: (1) Previous operations revealed major challenges across three key dimensions: (1) Screening: proactive screening systems remained incomplete, frequently missing hidden populations, mobile workers, and hard-to-reach target groups; (2) Diagnosis: primary care units (Sub-district Health Promoting Hospitals) faced a shortage of rapid diagnostic tools, resulting in delayed case detection; and (3) Patient Care: inconsistent medication adherence among a subset of patients elevated the risk of treatment failure and the emergence of drug resistance. (2) The developed operational model encompasses six key components: strategy

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู

formulation and resource allocation, proactive screening and community referral, technology-driven precise diagnosis, treatment supervision and complex case management, real-time data management, and quality review alongside supportive supervision. (3) Model evaluation demonstrated that proactive TB screening coverage among high-risk populations using chest X-rays (CXR) reached 95.78% (34,493 out of the target 36,014 individuals). The registration coverage rate for new and relapse TB cases reached 66.61% (465 out of an estimated target of 698 cases), and the treatment success rate among new pulmonary TB cases reached 96.25% (77 out of 80 patients).
Keywords: Tuberculosis, Action research, Proactive screening, Surveillance model, Health network

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดหนองบัวลำภู จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 พบว่า อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) มีแนวโน้มที่ดีและบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 88) โดยมีอัตราความสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 94.11 ในปี พ.ศ.2566, ร้อยละ 96.03 ในปี พ.ศ. 2567 และร้อยละ 93.33 ในช่วงไตรมาส 1–3 ของปี พ.ศ.2568 อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายการยุติวัณโรค คืออัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายอย่างมาก โดยในปี พ.ศ.2566 ดำเนินการได้ร้อยละ 71.70 (เป้าหมายร้อยละ 90) ปี พ.ศ.2567 ดำเนินการได้ร้อยละ 71.95 (เป้าหมายร้อยละ 85) และในปี พ.ศ.2568 ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 49.87 จากเป้าหมายคาดประมาณผู้ป่วย 772 ราย (157 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งมีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 385 รายเท่านั้น[1]

นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดในกระบวนการค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยในระดับพื้นที่ ได้แก่ (1) กระบวนการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มีเป้าหมายคัดกรองจำนวน 47,627 ราย แต่ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) และบันทึกข้อมูลลงระบบเพียง 22,888 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.05 คงเหลือกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองสูงถึงร้อยละ 51.94[1,2] การวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา (Molecular Technique: PCR/GeneXpert) ครอบคลุมของการส่งตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการดื้อยาเพียงร้อยละ 75.58 ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในบางพื้นที่ เช่น อำเภอนาวัง มีอัตราการส่งตรวจเพียงร้อยละ 60.00 และอำเภอเมืองส่งตรวจร้อยละ 69.23 และ (3) การคัดกรองและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านอายุ 5 ปีขึ้นไปได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพียงร้อยละ 65.95 และได้รับการส่งตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงร้อยละ 70.96[1]

จากสถานการณ์ข้างต้นก่อให้เกิดช่องว่างทางการวิจัย 2 ประการที่ระบบสาธารณสุขเดิมยังไม่สามารถแก้ไขได้คือช่องว่างด้านการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (Implementation/Practical Gap) แม้กระทรวงสาธารณสุขจะมีแนวทางมาตรฐานในการวินิจฉัยและคัดกรอง แต่ในทางปฏิบัติของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภูยังพบข้อจำกัดเชิงระบบ โดยเฉพาะสัดส่วนการส่งตรวจยืนยันการวินิจฉัยและดื้อยาด้วยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา (GeneXpert/PCR) ที่ครอบคลุมเพียงร้อยละ 75.58 และความครอบคลุมในการส่งตรวจหาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (TPT) ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีอายุ 5 ปีขึ้นไปซึ่งทำได้เพียงร้อยละ 70.96 และช่องว่างด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่(Population & Coverage Gap) กระบวนการคัดกรองเชิงรุก (Active Case Finding) ในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มยังขาดประสิทธิภาพเชิงครอบคลุม โดยดำเนินการคัดกรองด้วยการ

ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ได้เพียงร้อยละ 48.05 คงเหลือกลุ่มเสี่ยงตกสำรวจสูงถึง 24,739 ราย (ร้อยละ 51.94) ตลอดจนพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างอำเภออย่างชัดเจน เช่น อำเภอเมืองมีกลุ่มเสี่ยงตกค้างการคัดกรองสูงถึงร้อยละ 72.46 ขณะที่อำเภอโนนสังมีอัตราการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยครอบคลุมต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 28.71

การที่ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ติดเชื้อระยะแฝงจำนวนมากยังคงตกค้างอยู่ในชุมชน ไม่เพียงแต่ส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง แต่ยังเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้ออย่างต่อเนื่อง เพื่อปิดช่องว่างทางการวิจัยและการปฏิบัติดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู จึงมุ่งบูรณาการแนวทางแก้ไขเชิงระบบ 4 ด้าน ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยรองรับ ได้แก่ การสร้างระบบคัดกรองเชิงรุกเคลื่อนที่ (Active Case Finding Fast-track) โดยการจัดหน่วยคัดกรองเคลื่อนที่ร่วมกับเอกซเรย์ดิจิทัลและการทำงานของอาสาสมัครในชุมชน ได้รับการยืนยันว่าช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[2,3] การจัดระบบโลจิสติกส์สิ่งส่งตรวจ (Fast-track Specimen Referral Logistics) การพัฒนาระบบรับ-ส่งเสมหะเชื่อมโยงจากปฐมภูมิมุ่งสู่ห้องปฏิบัติการเครือข่าย สามารถลดระยะเวลาการรอคอยผลตรวจและเพิ่มสัดส่วนการส่งตรวจอณูชีววิทยา (GeneXpert/PCR)ได้[4,5] การวางระบบติดตามและป้องกันวัณโรคระยะแฝง (Contact Tracing & TPT System): การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านและการให้ยารักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (TPT) เป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดการเกิดโรครายใหม่ในชุมชนได้สูงถึงร้อยละ 70–90[2,6] และการใช้กลไกพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) โดยการบูรณาการงานคัดกรองวัณโรคเข้ากับระบบบริการสุขภาพประจำและการทำงานของเครือข่ายระดับอำเภอช่วยแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่และยกระดับความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาอย่างยั่งยืน[7,8] ผลลัพธ์จากการวิจัยนี้จะช่วยสร้างนวัตกรรมเชิงกระบวนการ (Process Innovation) ที่สอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ ยกระดับความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษา ยุติการแพร่กระจายเชื้อ และเป็นโมเดลต้นแบบในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับเขตและประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ได้ออกแบบขึ้นบนพื้นฐานการนำข้อมูลสภาพปัญหาการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของจังหวัดหนองบัวลำภู และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผ่านวงรอบ PAOR ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2568–สิงหาคม 2569) โดยมีรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้เกี่ยวข้องระดับเครือข่าย จำนวน 15 คน2) บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ทีมผู้รับผิดชอบงานวัณโรคระดับจังหวัด, รพ., สสอ., รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่เป้าหมาย รวมจำนวน 120 คน และ 3) กลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข (เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน,ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังและผู้ต้องขัง/ผู้ใช้สารเสพติด เป็นต้น) ในพื้นที่เป้าหมาย 24,739 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู คู่มือและ

แนวปฏิบัติการดำเนินงาน Mobile CXR & Express Molecular Testing Network ตามแนวทางของกองวัณโรค 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก แบบบันทึกความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่รักษาหาย / รักษาครบและ3) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม สำหรับการประเมินปัญหาอุปสรรค และกระบวนการทำงาน การสร้างและการหาคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.80-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นวางแผน (เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2568;2 เดือน) โดย (1)จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อคืนข้อมูลผลงานปี พ.ศ.2568 แก่ทีมสุขภาพในพื้นที่เป้าหมาย (อ.เมือง, อ.โนนสัง, อ.สุวรรณคูหา, อ.นาวัง) และวิเคราะห์หาสาเหตุ (2) ร่วมกันร่างรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู ปี พ.ศ.2569 (3) นำร่างรูปแบบฯ เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน เพื่อตรวจสอบประเมินคุณภาพมาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง[9] แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และ (3) จัดทำแบบบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นปฏิบัติการ (เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2569; 7 เดือน) จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นเตรียมการ โดย (1) จัดตั้งทีมงานและประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต., ทีม อสม., และหน่วยบริการเอกซเรย์เคลื่อนที่เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่และพื้นที่เป้าหมาย (2) จัดทำและจัดเตรียมเครื่องมือจัดเตรียมแบบคัดกรองอาการวัณโรคเบื้องต้น (ทั้งรูปแบบเอกสารและแบบฟอร์มออนไลน์) ออกแบบและจัดพิมพ์ "ใบนัดหมายเข้ารับการตรวจ Mobile CXR" สำรองอุปกรณ์เก็บเสมหะ (Sputum Container) และเตรียมระบบ Cold Chain สำหรับขนส่งเสมหะตรวจ Molecular Technique (3) สำรวจและจำแนกกลุ่มเป้าหมาย ทีม อสม. และ รพ.สต. สำรวจรายชื่อกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำหนักไม่ได้ ผู้สูงอายุ ประชากรแฝง และแรงงานเคลื่อนย้าย

ขั้นดำเนินการ ดำเนินการตามรูปแบบฯ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ 6 ขั้น คือ (1) การวางยุทธศาสตร์และจัดสรรทรัพยากร (2) การคัดกรองเชิงรุกและส่งต่อชุมชน (3) การตรวจวินิจฉัยแม่นยำด้วยเทคโนโลยี (4) การกำกับการรักษาและดูแลในรายที่ซับซ้อน (5) การบริหารจัดการข้อมูล Real-time และ(6) การทบทวนคุณภาพและนิเทศติดตาม

ขั้นประเมินผล (1) ติดตามและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอัตราความครอบคลุมของการคัดกรองด้วย Mobile CXR ในกลุ่มเสี่ยง ประเมินอัตราการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่/กลับเป็นซ้ำในระบบ NTIP และเทียบกับเป้าหมายคาดประมาณ และประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาและอัตราความสำเร็จในการรักษา (Treatment Success Rate) (2) สรุป ถอดบทเรียน และนิเทศติดตาม (Lesson Learned & Monitoring) โดยการจัดประชุมทบทวนคุณภาพงาน (Quality Review) ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพทุกระดับเพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัด และปรับปรุงระบบการส่งต่อและการกำกับยาในรายที่ซับซ้อนเพื่อความยั่งยืนของรูปแบบการดำเนินงาน

ขั้นสังเกตการณ์ (เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2569 ดำเนินควบคู่กับขั้นปฏิบัติการ; 7 เดือน) โดย (1) รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณรายสัปดาห์ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคราย

ใหม่และกลับเป็นซ้ำ และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่รักษาหาย / รักษาครบ(Treatment Success) และ(2) รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตกระบวนการทำงาน บันทึกปัญหา อุปสรรคในการจัดบริการ Mobile CXR และความล่าช้าในระบบการส่งเสมหะ

ขั้นสะท้อนคิด (เดือนสิงหาคม 2569; 1 เดือน) โดย (1) การจัดประชุมสะท้อนคิด (Reflection Meeting) เดือนละ 1 ครั้ง ร่วมกับทีมวิจัยและบุคลากรในพื้นที่ นำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์และข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ร่วมกัน และ (2) สรุปบทเรียน โดยการประเมินว่ามาตรการใดได้ผลดี และจุดใดเป็นข้อจำกัดเพื่อนำไปปรับปรุงแผนงานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละตามแบบบันทึกกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่รักษาหาย/รักษาครบและประเมินคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ ทั้ง 4 ด้าน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ของ Best[10] และ**ข้อมูลเชิงคุณภาพ** วิเคราะห์เนื้อหาจากการสังเกตการณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อจำแนกประเด็นปัญหา อุปสรรค และปัจจัยความสำเร็จ

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 42/2568 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัดตามมาตรฐานสากลตลอดกระบวนการวิจัย โดยมุ่งคุ้มครองสิทธิ สวัสดิภาพ และความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นสำคัญผ่านการปฏิบัติตามหลักการจริยธรรมหลัก 3 ประการ และการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจะเริ่มต้นขึ้นภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเป็นทางการแล้วเท่านั้น

ผลการวิจัย

1.สภาพปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู

จากผลการทบทวนเอกสารที่ผ่านมาและการสนทนากลุ่มพบว่า จังหวัดหนองบัวลำภูประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เข้าสู่ระบบด้วยอัตราความสำเร็จในการรักษาสูงถึงร้อยละ 94.11- 96.66 ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด สะท้อนถึงระบบกำกับการกินยา (DOTS) ที่มีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษายังคงต่ำอยู่ที่ร้อยละ 65.80 - 71.95 ชี้ให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยในชุมชนอีกเกือบ 30% ที่ยังไม่ได้รับการค้นพบ ขณะเดียวกันยังพบการระบาดซ้ำซากของวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ในพื้นที่ 4 อำเภอหลัก ได้แก่ อำเภอเมือง ศรีบุญเรือง นากลาง และโนนสัง เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลเชิงประจักษ์ พบช่องว่างทางวิชาการที่สำคัญคือ ขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความคุ้มค่าของการคัดกรองเชิงรุก การศึกษาระบาดวิทยาเชิงโมเลกุลเพื่อแยกแยะการแพร่เชื้อดื้อยาในชุมชนกับการดื้อยาจากการรักษา และการขาดระบบ GIS mapping ในระดับตำบล สำหรับสาเหตุหลักเกิดจากการคัดกรองยังไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรแฝง ข้อจำกัดด้านเครื่องมือวินิจฉัยรวดเร็วในระดับ รพ.สต. ตลอดจนปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอ และแนวทางแก้ไขตามหลักระบาดวิทยาจึงต้องเร่งขยายการตรวจวินิจฉัยรวดเร็วด้วย Upfront GeneXpert และใช้หน่วยคัดกรองเคลื่อนที่ Mobile X-ray ร่วมกับ AI ลงพื้นที่เสี่ยงพร้อมทั้งทำ Contact Tracing ผู้สัมผัสใกล้ชิดเคส MDR-TB ให้ได้ 100% ควบคู่กับ

การนำ Video-Observed Therapy (VOT) มาช่วยกำกับการกินยา ตลอดจนการทำ GIS Hotspot Mapping และทบทวนประวัติผู้ป่วยดื้อยาทุกราย เพื่อยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอย่างยั่งยืน

2.รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู จากขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้นำสภาพปัญหามาสังเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็น 3 ยุทธศาสตร์คือ (1) การค้นหาและเข้าถึงบริการ เชิงรุกอย่างครอบคลุม (2) การดูแลรักษาโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และนวัตกรรมการติดตาม และ(3) ระบบสารสนเทศการเฝ้าระวัง และการกำกับติดตาม และโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานได้ 6 ขั้น คือ (1) วางยุทธศาสตร์ และจัดสรรทรัพยากร โดยกำหนดเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงสูง (High-Risk Groups) และสนับสนุนงบประมาณ/ห้องแล็บชั้นสูง และจัดตั้ง Fast-Track CXR ในโรงพยาบาล (2) คัดกรองเชิงรุกและส่งต่อชุมชน โดย อสม. และสสอ. ทำ Verbal Screening คัดกรองอาการเบื้องต้นในชุมชน และส่งต่อผู้สงสัยเข้า Fast-Track โรงพยาบาลทันที (3) ตรวจวินิจฉัยแม่นยำด้วยเทคโนโลยี โดยการคัดกรอง CXR ใน 7 กลุ่มเสี่ยงสูง พร้อมตรวจ Molecular Testing & DST ทุกราย และตรวจ IGRA คัดกรองวัณโรคระยะแฝง (LTBI) ในผู้สัมผัสร่วมบ้าน (4) กำกับการรักษาและดูแลในรายที่ซับซ้อน ใช้ Telemedicine ร่วมกับ อสม. ช่วยกำกับการกินยา (DOT) ลดการเดินทางผู้ป่วย และทีมสหวิชาชีพดูแลในรายที่ซับซ้อนเข้มข้น (MDR-TB, ผู้สูงอายุโรคร่วม, เคสขาดนัด) (5) การบริหารจัดการข้อมูล Real-time โดยการบันทึกข้อมูลคัดกรอง/รักษาลงระบบ NTIP ให้เป็นปัจจุบัน 100% และจัดทำระบบสำรองข้อมูลรองรับกรณีระบบ NTIP ขัดข้อง และ (6) ทบทวนคุณภาพและ นิเทศติดตาม จัด Death & MDR-TB case conference ทบทวนในรายที่เสียชีวิต/ล้มเหลว และนิเทศติดตาม KPIs (Coverage & Success Rate) ตามวงรอบระดับจังหวัดและอำเภอ และผลการประเมินคุณภาพมาตรฐานของรูปแบบฯ ทั้ง 4 ด้าน โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean± SD = 4.48±0.57)

3.ผลการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคเครือข่ายสุขภาพจังหวัดหนองบัวลำภู

3.1 กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จากการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มประชากรเสี่ยงสูงด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ในพื้นที่ 6 อำเภอ/โรงพยาบาลของจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า มีอัตราความครอบคลุมภาพรวมสูงถึงร้อยละ 95.78 (34,493 จากเป้าหมาย 36,014 คน) โดยคงเหลือประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 4.40 (1,588 คน) เมื่อพิจารณารายพื้นที่ พบว่า รพ.โนนสัง และ รพ.นากลาง สามารถบรรลุผลการดำเนินงานได้เกินเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 101.19; 4,508/4,455 คน และร้อยละ 100.22; 6,353/6,339 คน ตามลำดับ) ส่งผลให้ไม่มี cases ตกค้าง (0.00%) รองลงมาคือ รพ.สุวรรณคูหา ซึ่งมีอัตราความครอบคลุมร้อยละ 97.45 (3,739/3,837 คน; คงเหลือร้อยละ 2.62) ในทางกลับกัน อ.เมือง/รพ.หนองบัวลำภู แม้จะเป็นพื้นที่ที่มีขนาดเป้าหมายใหญ่ที่สุด (13,113 คน) แต่มีอัตราความครอบคลุมต่ำที่สุดที่ร้อยละ 91.22 (11,962/13,113 คน) และเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงตกค้างสูงสุด (1,151 คน, ร้อยละ 8.77) สำหรับ รพ.ศรีบุญเรือง และ รพ.นาวัง มีอัตราความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 96.33 (5,768/5,988 คน; คงเหลือร้อยละ 3.67) และร้อยละ 94.79 (2,163/2,282 คน; คงเหลือร้อยละ 5.21) ตามลำดับ

2) ความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดรวมระดับจังหวัด อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) อยู่ที่ร้อยละ 66.61 (465 จากเป้าหมายคาดประมาณ 698 คน) ชี้ให้เห็นถึง

ช่องว่างของการขึ้นทะเบียนรักษาที่ยังคงตกค้างในชุมชนถึงร้อยละ 33.39 (233 คน) เมื่อวิเคราะห์รายพื้นที่ พบความแตกต่างระหว่างอำเภอ โดย อ.เมือง/รพ.หนองบัวลำภู มีอัตราความครอบคลุมสูงสุดที่ร้อยละ 88.10 (163/185 คน) รองลงมาคือ รพ.ศรีบุญเรือง (ร้อยละ 75.16; 115/153 คน) และ รพ.สุวรรณคูหา (ร้อยละ 65.93; 60/91 คน) ในทางตรงกันข้ามพบวิกฤตการค้นหาและการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่ต่ำกว่าเป้าหมายอย่างมากในอีก 3 อำเภอที่เหลือ ได้แก่ รพ.นากลาง (ร้อยละ 55.64; 69/124 คน) ขณะที่ รพ.โนนสัง และ รพ.นาวัง มีอัตราความครอบคลุมต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 40.42 (38/94 คน) และร้อยละ 39.21 (20/51 คน) ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงการตกสำรวจผู้ป่วยในพื้นที่มากกว่าร้อยละ 60 ของค่าคาดประมาณการ

3) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ได้รับการประเมินผลการรักษาในรอบ 12 เดือน (80 คน) พบว่า จังหวัดหนองบัวลำภู มีอัตราความสำเร็จในการรักษา (Treatment Success Rate) ภาพรวมสูงถึงร้อยละ 96.25 (77/80 คน) ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายขั้นต่ำระดับสากลขององค์การอนามัยโลก (≥90%) อย่างเด่นชัดเมื่อพิจารณารายโรงพยาบาล พบว่าทุกแห่งสามารถบรรลุเป้าหมายมาตรฐานสากลได้อย่างสม่ำเสมอ โดยมี 3 โรงพยาบาลที่ทำอัตราความสำเร็จได้สมบูรณ์แบบที่ร้อยละ 100.00 ได้แก่ รพ.โนนสัง (3/3 คน), รพ.สุวรรณคูหา (12/12 คน) และ รพ.นาวัง (4/4 คน) ขณะที่โรงพยาบาลที่มีภาระ cases ดูแลสูงสุด คือ รพ.หนองบัวลำภู และ รพ.ศรีบุญเรือง บรรลุอัตราความสำเร็จที่ร้อยละ 96.00 (24/25 คน) และร้อยละ 96.15 (25/26 คน) ตามลำดับ ส่วน รพ.นากลาง แม้จะมีอัตราความสำเร็จต่ำที่สุดในจังหวัดที่ร้อยละ 90.00 (9/10 คน) แต่ยังคงผ่านเกณฑ์เกณฑ์มาตรฐานสากลเช่นกัน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1) หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยหลากหลายบริบททั่วโลกสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรคในปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและช่องว่างเชิงระบบที่สอดคล้องกับสภาวะการณ์จริงอย่างเด่นชัด โดยสามารถวิพากษ์แยกตาม 3 มิติสำคัญ กล่าวคือ การคัดกรองในประชากรเปราะบาง ผลการวิจัยย้ำเตือนว่า กลุ่มประชากรแฝง แรงงานเคลื่อนย้าย และกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก คือ "จุดอับสัญญาณ" (Blind Spots) ของระบบคัดกรองโรค ดังเช่นหลักฐานจากประเทศจีน[11] ที่พบอัตราการคัดกรองและการวินิจฉัยที่ล่าช้าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อนำมาวิพากษ์ร่วมกับสถานการณ์จริง ชี้ให้เห็นว่า ระบบคัดกรองแบบตั้งรับ (Passive Screening) ในสถานพยาบาลไม่สามารถครอบคลุมประชากรกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านกฎหมาย ภาษา วัฒนธรรม และสิทธิการรักษาพยาบาล การคัดกรองจึงตกหล่นและนำไปสู่การสะสมของแหล่งแพร่เชื้อในชุมชนโดยไม่รู้ตัว

ความล่าช้าในการวินิจฉัยระดับปฐมภูมิ ในระดับการวินิจฉัย การขาดแคลนเทคโนโลยีและเครื่องมือวินิจฉัยรวดเร็วในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (เช่น รพ.สต.) ถือเป็นคอขวดสำคัญของระบบสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในประเทศเลโซโท[12] ที่เน้นย้ำว่า การกระจายเทคโนโลยีวินิจฉัยลงสู่สถานพยาบาลระดับท้องถิ่นเป็นเงื่อนไขจำเป็น ในการลดระยะเวลาการค้นพบผู้ป่วย ในมุมวิพากษ์ การที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดแคลนเครื่องมือวินิจฉัยที่แม่นยำและรวดเร็ว ไม่เพียงแต่ทำให้การค้นหาผู้ป่วยล่าช้า แต่ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายและการเดินทางให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ซึ่งส่งผลให้เกิดการหลุดออกจากระบบดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ความต่อเนื่องในการรักษาและภาวะดื้อยา ปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการ

รับประทานยาในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก เช่น ผู้ลี้ภัยและแรงงานเคลื่อนย้าย ปรากฏชัดเจนในหลายพื้นที่ เช่น ไทยและบอตสวานา[13,14] ซึ่งสอดรับกับอัตราการรักษาเสร็จสิ้นตามรูปแบบ DOTS ที่ต่ำในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ[15] การวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ชี้ให้เห็นว่า การกำกับการรับประทานยาแบบดั้งเดิมอาจไม่ยืดหยุ่นพอสำหรับวิถีชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ ส่งผลให้เกิดภาวะรักษาล้มเหลวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยาอย่างรุนแรง

ทางออกเชิงระบบและการบูรณาการนวัตกรรม จากข้อค้นพบของงานวิจัยยุคใหม่[16,17,18,19] มีข้อเสนอเชิงวิพากษ์ร่วมกันว่า การแก้ปัญหาทั้งสามมิตินี้ไม่สามารถแยกส่วนได้ แต่จำเป็นต้อง "ยกเครื่องระบบบริการ" โดยบูรณาการ 2 กลไกหลัก คือ นวัตกรรมเทคโนโลยี การสนับสนุนเครื่องมือวินิจฉัยรวดเร็วพกพาและเทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามการรับประทานยา และมาตรการสนับสนุนทางสังคม การปรับนโยบายให้ยืดหยุ่น คุ้มครองสิทธิการรักษา และใช้กลไกชุมชนเข้ามาร่วมดูแล

งานวิจัยเหล่านี้ให้ความสำคัญกับปัญหาการคัดกรองตกหล่น วินิจฉัยล่าช้า และขาดยา ไม่ใช่ความล้มเหลวระดับบุคคลของผู้ป่วย แต่เป็น "ความล้มเหลวเชิงระบบ"ที่เกิดจากการออกแบบนโยบายและระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชากรกลุ่มเปราะบาง การปรับปรุงประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและควบคุมโรคอย่างยั่งยืน จึงต้องเปลี่ยนผ่านจากการตั้งรับในสถานพยาบาล ไปสู่การพัฒนานโยบายเชิงรุกที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่มอย่างแท้จริง

2) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อประเมินความสอดคล้องกับ กรอบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรค 6 ขั้นตอน สะท้อนให้เห็นทั้งความก้าวหน้าทางนวัตกรรมเชิงระบบและข้อสังเกตเชิงโครงสร้างที่สำคัญพบว่า มิติด้านการบริหารจัดการทรัพยากรและการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงปฏิบัติการถือเป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญในขั้นตอน การวางยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร และการตรวจวินิจฉัย/ดูแลผู้ป่วยซับซ้อน โดยหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศอินเดีย[20,21,22] และงานวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ HIV[23] ยืนยันตรงกันว่า การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิจัยช่วยยกระดับความแม่นยำในการจัดสรรทรัพยากรและปรับปรุงระบบดูแลเคสซับซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ดี งานวิจัยเหล่านี้มักเน้นย้ำถึง "ช่องว่างในการนำผลวิจัยไปสู่การปฏิบัติตามจริง" ซึ่งชี้ให้เห็นว่าลำพังเพียงการวางยุทธศาสตร์หรือข้อเสนอแนะจากการวิจัย อาจไม่เพียงพอหากขาดกลไกการนิเทศติดตามและการสนับสนุนงบประมาณที่ต่อเนื่องในระดับปฏิบัติการ

มิติด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูล Real-time ในขั้นตอน การบริหารจัดการข้อมูล Real-time และการเฝ้าระวังโรค งานวิจัยในระดับสากลชี้ให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนผ่านเชิงโครงสร้าง จากระบบฐานข้อมูลกระดาษไปสู่ระบบดิจิทัลอย่างชัดเจน[24,25] ซึ่งสอดรับกับข้อค้นพบเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลแบบ Real-time เพื่อการบริหารและการตัดสินใจเชิงนโยบาย[26,27] ข้อดีที่เด่นชัดของการแปลงเป็นดิจิทัลคือความรวดเร็วและความครอบคลุมของข้อมูล ทว่าในมุมวิพากษ์ประสิทธิภาพของระบบ Real-time ในทางปฏิบัติต้องเผชิญกับความท้าทายด้านความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน ความถูกต้องของข้อมูลด่านหน้า และความเชี่ยวชาญบุคลากร ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข ระบบสารสนเทศอาจกลายเป็นเพียงภาระการคีย์ข้อมูลแทนที่จะเป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ

โดยรวมแล้วงานวิจัยดังกล่าวให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนและยืนยันความสมบูรณ์ของ องค์ประกอบทั้ง 6 ขั้นตอน อย่างมีน้ำหนัก โดยชี้ให้เห็นว่าการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคยุคใหม่ไม่สามารถพึ่งพาวิธีการแพทย์แบบดั้งเดิมเพียงอย่างเดียวได้ แต่จำเป็นต้องบูรณาการ "นวัตกรรมดิจิทัล" เข้ากับ "กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ"

อย่างเป็นระบบ เพื่อขับเคลื่อนวงจรการพัฒนางานตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงการกำหนดนโยบายระดับชาติอย่างแท้จริง

3) ข้อค้นพบเกี่ยวกับการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) ในกลุ่มประชากรเสี่ยงสูง สะท้อนให้เห็นทั้งจุดแข็งและข้อจำกัดเชิงระบบอย่างชัดเจน ในด้านหนึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันถึง ประสิทธิภาพระดับสูงของนวัตกรรมการคัดกรองและการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอัตราความครอบคลุมของการคัดกรองที่สูงถึงร้อยละ 95.78 และอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ที่ร้อยละ 96.25 ประสิทธิภาพดังกล่าวยังสอดรับกับข้อมูลทางระบาดวิทยาในเมืองใหญ่อย่างลอนดอน[28] ซึ่งพบว่า CXR มีความไวร้อยละ 82 และความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 99.3 ยืนยันว่า CXR เป็นเครื่องมือคัดกรองด่านหน้าที่ทรงพลังและแม่นยำในบริบทที่มีทรัพยากรพร้อม

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในมิติด้านบริบทแวดล้อมผลการวิจัยกลับชี้ให้เห็นว่าประสิทธิภาพของ CXR เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการลดภาระโรคในพื้นที่ปิดหรือกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ ดังเช่นบทเรียนจากระบบเรือนจำในบราซิล[29] ซึ่งการคัดกรองด้วย CXR ไม่สามารถลดอุบัติการณ์รวมของวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าโครงสร้างความแออัดและการแพร่กระจายเชื้ออย่างต่อเนื่องต้องการมาตรการคัดกรองที่ถี่ขึ้นร่วมกับมาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อมเสริม ยิ่งไปกว่านั้น การปรับใช้ CXR ในโปรแกรมการคัดกรองระดับมหาภาคบางแห่งยังให้ผลตอบแทนต่ำในการตรวจพบผู้ป่วย[30] ซึ่งตอกย้ำข้อจำกัดของเครื่องมือเมื่อนำไปใช้นอกบริบทที่มีการควบคุมดี

ในเชิงแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพข้อมูลเชิงประจักษ์ระบุไปในทิศทางเดียวกันว่า การก้าวข้ามข้อจำกัดของ CXR จำเป็นต้องใช้วิธีการทำงานแบบผสมผสาน ดังที่เห็นได้จากแบบจำลองการคัดกรองในเวียดนาม[31,32] ที่ยืนยันว่าการใช้ CXR ควบคู่กับการตรวจอณูชีววิทยาสามารถยกระดับอัตราการตรวจพบวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างก้าวกระโดด ผลการศึกษาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า CXR ไม่ใช่ "คำตอบเดียวที่ใช้ได้กับทุกบริบท" (One-size-fits-all solution) ความสำเร็จของการคัดกรองไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของเครื่องมือตรวจเพียงอย่างเดียว แต่ผูกติดอยู่กับระดับความเสี่ยงของประชากร ความถี่ในการตรวจ และการเลือกใช้นวัตกรรมตรวจยืนยันร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อเปลี่ยนจากการคัดกรองเชิงปริมาณไปสู่การควบคุมโรคเชิงระบบได้อย่างแท้จริง

จุดเด่นและข้อจำกัดของการวิจัย

จุดเด่นสำคัญของการวิจัยครั้งนี้คือการสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการดูแลรักษาที่ยอดเยี่ยม โดยบรรลุอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่สูงถึงร้อยละ 96.25 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานสากลขององค์การอนามัยโลก (≥ 90%) ควบคู่กับการนำเทคโนโลยีอย่างหน่วยเอกซเรย์ปอดเคลื่อนที่และการตรวจทางอณูชีววิทยาลงพื้นที่เชิงรุก ทำให้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงได้ครอบคลุมถึงร้อยละ 95.78 ตลอดจนใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) ที่ดึงเครือข่ายทุกระดับมาร่วมขับเคลื่อน อย่างไรก็ตามการวิจัยยังมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาภาพรวมที่ทำได้ร้อยละ 66.61 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายประเทศ เนื่องจากยังมีผู้ป่วยตกสำรวจในชุมชน ประกอบกับความเหลื่อมล้ำในการค้นหาผู้ป่วยระหว่างอำเภอ โดยเฉพาะอำเภอขนาดเล็กที่มีอัตราการขึ้นทะเบียนต่ำกว่าร้อยละ 41 รวมถึงปัญหาความไม่เสถียรของระบบสารสนเทศ NTIP และข้อจำกัดในการเข้าถึงเครื่องมือวินิจฉัยรวดเร็วในระดับ รพ.สต.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ (1) ขยายผลโมเดล Fast-track เชิงนโยบาย โดยกำหนดให้การคัดกรอง Mobile CXR ร่วมกับ AI และการตรวจ Upfront GeneXpert เป็นมาตรฐานการทำงานทุกอำเภอ โดยเฉพาะพื้นที่ขึ้น

ทะเบียนต่ำ (อ.โนนสัง และ อ.นาวัง) (2) คัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงแฝง: โดยการเร่งค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย ประชากรแฝง ผู้ใช้สารเสพติด และผู้สัมผัสร่วมบ้าน พร้อมทำ Contact Tracing 100% ในเคส MDR-TB (3) พัฒนาระบบขนส่งสิ่งส่งตรวจปฐมภูมิ โดยการจัดตั้งระบบรับ-ส่งเสมหะจาก รพ.สต. เข้าห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนเครื่องมือวินิจฉัยรวดเร็วและลดเวลารอผล (4)ยกระดับระบบสารสนเทศ Real-time โดยจัดทำระบบสำรองข้อมูล พัฒนา NTIP ให้มีเสถียรภาพ และกำกับการบันทึกข้อมูลด่านหน้าให้ถูกต้อง 100% และ(5) ใช้นวัตกรรมดิจิทัลกำกับการกินยา โดยการใช้ Video-Observed Therapy (VOT) หรือ Telemedicine ร่วมกับ อสม. เพื่อลดภาระการเดินทางและป้องกันการขาดนัดจนเชื้อดื้อยา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (1) ศึกษาระบาดวิทยาเชิงโมเลกุล โดย วิจัยจำแนกสายพันธุ์ MDR-TB เพื่อระบุว่าเกิดจากการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในชุมชนหรือการรักษาล้มเหลว (2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่ (GIS Hotspot Mapping) โดยทำการวิจัยเชิงพื้นที่รายตำบลเพื่อหาสาเหตุเฉพาะถิ่นในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก (อ.เมือง, อ.ศรีบุญเรือง, อ.นากลาง, อ.โนนสัง) (3) ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยประเมินความคุ้มค่าของการใช้ Mobile CXR ร่วมกับ GeneXpert ในกลุ่มเสี่ยงแต่ละประเภท เพื่อวางแผนจัดสรรงบประมาณ และ(5) วิจัยเชิงคุณภาพมิติสังคมและพฤติกรรม โดยการศึกษาปัจจัยอุปสรรคเชิงพฤติกรรมและข้อจำกัดทางกฎหมายในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชากรแฝง เพื่อออกแบบมาตรการสนับสนุนทางสังคมที่ตรงจุด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. สรุปผลการดำเนินงานวัณโรค จังหวัดหนองบัวลำภู ปีงบประมาณพ.ศ.2566–2568 (ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู;2568.

2.World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2025. Geneva: World Health Organization;2025.

3. South African Medical Association. What's new in TB diagnosis? A spotlight on active case-finding. S Afr Med J. 2025;115(8):12-18.

4. KNCV Tuberculosis Foundation. New diagnostics and laboratory network design: strengthening TB sample transportation and molecular testing. The Hague: KNCV;2026.

5. Pathum Thani Hospital. Trend analysis and factors associated with the results of Mycobacterium tuberculosis detection using GeneXpert MTB/RIF system. J Med Health Sci.2025;32(2):45-56.

6. BMJ Publishing Group. Implementation and scale-up of tuberculosis preventive treatment among household contacts. BMJ Open Respir Res. 2024;11(1):e001820.

7.MDPI Public Health. Programmatic results of integrating systematic TB screening into district healthcare facilities. Trop Med Infect Dis.2025;10(3):83-94.

8. Suwandono A, Maharani A, Trisnantoro L. The influence of provider payment mechanisms on tuberculosis service delivery within primary healthcare and routine services. Frontiers in Public Health.2025;13:1396596. doi:10.3389/fpubh.2025.1396596

9.McMillan, J. H., & Schumacher, S.Research in Education. A Conceptual Introduction 5thed. New York: Longman;2001.

10. Best, J. W. Research in Education (3rded). New Jersey: Prentice hall Inc;1977.

11.Tobe, R. G., Xu, L., Zhou, C., Yuan, Q., Geng, H., & Wang, X. Factors affecting patient delay of diagnosis and completion of Direct Observation Therapy, Short-course (DOTS)

among the migrant population in Shandong, China. BioScience Trends.2013;7(3):122–28. https://doi.org/10.5582/BST.2013.V7.3.122

12.Andom, A. T., Gilbert, H., Ndayizigiye, M., Mukherjee, J. S., Picka, S. W., Nthunya, J., Marole, T. A., Fawzi, M. C. S., & Yuen, C. M. Understanding barriers to tuberculosis diagnosis and treatment completion in a low-resource setting: A mixed-methods study in the Kingdom of Lesotho. PLOS ONE.2023;18(5):e0285774. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285774

13.Balekang, G. B., Galvin, T., Rakgoasi, D. S., Balekang, G. B., Galvin, T., & Rakgoasi, D. S. "Where will we find them?" They are just like droppings. BMC Health Services Research, 2025;25(1):1232. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13444-8

14.Tschirhart, N., Thi, S. S., Swe, L. L., Nosten, F., & Foster, A. M. Treating the invisible: Gaps and opportunities for enhanced TB control along the Thailand-Myanmar border;2024. https://doi.org/10.60692/700cm-f9d91

15. Teibo, T. K. A., Andrade, R. L. de P., Rosa, R. J., de Abreu, P. D., Olayemi, O. C., Alves, Y. M., Tavares, R. B. V., da Costa, F. B. P., Moura, H. S. D., Ferezin, L. P., Tártaro, A. F., de Campos, M. C. T., Ribeiro, N. M., Berra, T. Z., & Arcêncio, R. A. Barriers That Interfere with Access to Tuberculosis Diagnosis and Treatment across Countries Globally: A Systematic Review. ACS Infectious Diseases;2024. https://doi.org/10.1021/acsinfecdis.4c00466

16. Subathra, D., Balasubramanian, K., & Bernaitis, L. Tuberculosis: New Challenges in Diagnosis and Treatment;2024. https://doi.org/10.5281/zenodo.14046693

17.Gopinadhan, V., Li, T. W., Kovacic, V., Tang, C., & Sitali, N. (2026). Challenges to healthcare access for migrants in transit: A scoping review. Journal of Migration and Health.2026;13: 100395. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2026.100395

18. Rast, E., Lau, K., Lin, R. C.-Y., Loganathan, T., Hargreaves, S., & Zimmerman, C. Healthcare interventions for low-wage migrant workers: A systematic review;2024. https://doi.org/10.1101/2024.10.26.24316170

19.de Vries, S. G., Cremers, A. L., Heuvelings, C. C., Greve, P. F., Visser, B. J., Bélard, S., Janssen, S., Spijker, R., Spijker, R., Shaw, B., Hill, R., Hill, R., Zumla, A., Zumla, A., van der Werf, M. J., Sandgren, A., & Grobusch, M. P.Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. Lancet Infectious Diseases.2017;17(5). https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30531-X

20.Harries, A. D., Harries, A. D., Kumar, A. M. V., Kumar, A. M. V., Satyanarayana, S., Thekkur, P., Lin, Y., Dlodlo, R. A., & Zachariah, R. (2019). How Can Operational Research Help to Eliminate Tuberculosis in the Asia Pacific Region. Tropical Medicine and Infectious Disease. 2019;4(1):47. https://doi.org/10.3390/TROPICALMED4010047

21. Lienhardt, C., & Cobelens, F. G. J. Operational research for improved tuberculosis control: the scope, the needs and the way forward. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.2011;15(1):6–13. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21276290/

22. Nagaraja, S. B.TB operational research in India – Gaps and pragmatic solutions.The Indian Journal of Tuberculosis;2023. https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2023.10.006

23. Sculier, D., Getahun, H., & Lienhardt, C. (2011). Improving the prevention, diagnosis and treatment of TB among people living with HIV: the role of operational research. Journal of the International AIDS Society.2011;14(1):1–12. https://doi.org/10.1186/1758-

2652-14-S1-S5

24. Anabila, N. A. (2025). The Role of Epidemiologic Surveillance in the Control of Drug-Resistant Tuberculosis (TB): A Literature Review. International Journal of Health Science. 2025:5(2):168–77. https://doi.org/10.55606/ijhs.v5i2.5513

25. Schwoebel, V.Surveillance of tuberculosis. The Indian Journal of Tuberculosis.2020:67(4). https://doi.org/10.1016/J.IJTB.2020.11.006

26. Cole, B., Nilsen, D. M., Will, L., Etkind, S. C., Burgos, M., & Chorba, T. Essential Components of a Public Health Tuberculosis Prevention, Control, and Elimination Program: Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis and the National Tuberculosis Controllers Association.2020;69(7):1–27. https://doi.org/10.15585/MMWR.RR6907A1

27. Harries, A. D., Harries, A. D., Thekkur, P., Mbithi, I., Chakaya, J., Chakaya, J., Tweya, H., Takarinda, K. C., Kumar, A. M. V., Kumar, A. M. V., Satyanarayana, S., Berger, S. D., Rusen, I. D., Khogali, M., & Zachariah, R. Real-Time Operational Research: Case Studies from the Field of Tuberculosis and Lessons Learnt. Tropical Medicine and Infectious Disease. 2021;6(2):97. https://doi.org/10.3390/TROPICALMED6020097

28. Aldridge, R. W., Story, A., Stagg, H. R., Lipman, M., Knight, J., Taubman, D., Shaji, K., Quinn, D., Watson, J., Abubakar, I., & Hayward, A. S6 Sensitivity and specificity of mobile digital chest radiography for the diagnosis of active pulmonary tuberculosis. A cohort study in high risk groups in London. Thorax.2010:65. https://doi.org/10.1136/THX.2010.150912.6

29. de Araujo, R. C. P., Martinez, L., da Silva Santos, A., Lemos, E. F., de Oliveira, R. D., Garcia Croda, M., Porto Batestin Silva, D., Lemes, I. B. G., Cunha, E. A. T., Gonçalves, T. O., Pereira dos Santos, P. C., da Silva, B. O., Gonçalves, C. C., Andrews, J. R., & Croda, J. Serial Mass Screening for Tuberculosis among Incarcerated Persons in Brazil. Clinical Infectious Diseases;2024. https://doi.org/10.1093/cid/ciae055

30. Eisenberg, R. L., & Pollock, N. R. Low Yield of Chest Radiography in a Large Tuberculosis Screening Program. Radiology.2010;256(3):998–1004. https://doi.org/10.1148/RADIOL.10100485

31.Innes, A. L., Martínez, A., Hoang, G. L., Nguyen, T. B. P., Vu, V., Luu, T. H. T., Le, T. T. T., Lebrun, V., Trieu, V. C., Tran, N. D. B., Dinh, N., Pham, H. M., Dinh, V. L., Nguyen, H. B., Truong, T., Nguyen, V. C., Nguyen, N. V., & Hien, T.Active case finding to detect symptomatic and subclinical pulmonary tuberculosis disease: implementation of computer-aided detection for chest radiography in Viet Nam.2024;15(4):1–12. https://doi.org/10.5365/wpsar.2024.15.4.1118

32.Mac, T. H., Phan, T. H., Nguyen, V. V., Dong, T. T. T., Le, H. V., Nguyen, Q. D., Nguyen, T. D., Codlin, A. J., Mai, T. D. T., Forse, R. J., Nguyen, L. P., Luu, T. H. T., Nguyen, H. B., Nguyen, N. V., Pham, X. T., Tran, P. N., Khan, A., Vo, L. N. Q., & Creswell, J. (2020). Optimizing Active Tuberculosis Case Finding: Evaluating the Impact of Community Referral for Chest X-ray Screening and Xpert Testing on Case Notifications in Two Cities in Viet Nam. Tropical Medicine and Infectious Disease.2020;5(4):181. https://doi.org/10.3390/TROPICALMED5040181

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

การพัฒนาการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่าย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

Development of Telepharmacy Care for Diabetic Patients on Insulin Therapy after Discharge from Kosumphisai Hospital

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

เนตรณภัทร แสนองอาจ[1]กรรณิกา ดรอินทร์[1] นิศารัตน์ ลืออุตติกุลวงศ์[1] มณีวรรณ ดาวาท[1] นราภรณ์ ท่อนโพธิ์[1]
Netnapart Sanongart[1] Kannika Dornin[1] Nisarut Lue-utikulwong[1] Maneewan Dawad[1] Naraphorn Tonpo[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ ของ Kemmis & Mc Taggart(1988) ภายใต้วงจรการพัฒนาคุณภาพ (Plan-Act-Observe-Reflex : PAOR) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายเพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายและเพื่อประเมินผลการพัฒนาการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลโดยเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล เริ่มดำเนินการ ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2569 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล โดยคัดเลือกแบบเจาะจงคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินนอนรักษาตัวในตึกผู้ป่วยชายหรือตึกผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโกสุมพิสัยด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ในช่วงเดือน มีนาคม 2568-มีนาคม 2569 ติดตามและประเมินผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยใน จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามการรักษาโดยผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน

ผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.34 (19 ราย) เพศชาย ร้อยละ 36.66 (11 ราย) มีอายุเฉลี่ย 62 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 80.00 (24 ราย) และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักร้อยละ 43.33 (13 ราย) โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 53.34 (16 ราย) และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 46.66 (14 ราย) หลังการเข้าร่วมระบบการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มจาก 5.16 เป็น 7.29 คะแนน ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานเพิ่มจาก 13.81 เป็น 18.73 คะแนน ($p < 0.05$) ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 175.68–184.28 มก./ดล.) พบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ลดลงจาก 12.33 (±2.07) เป็น 10.73 (±1.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p < 0.001$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลพบว่าอยู่ในระดับพึงพอใจมากร้อยละ 88.78 และความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลอยู่ในระดับพึงพอใจมากร้อยละ 88.00

คำสำคัญ: การบริบาลเภสัชกรรมทางไกล, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, อินซูลิน

Abstract

This study was an action research based on the concept of Kemmis & McTaggart (1988) under the Quality Development Cycle (Plan-Act-Observe-Reflect: PAOR), utilizing a single-group pretest-posttest research design. The purposes were to study the problem situations of diabetic patients receiving insulin injections after discharge, to develop telepharmacy care guidelines for diabetic patients receiving insulin injections after discharge, and to evaluate the results of the developed telepharmacy care by comparing blood glucose levels before and after the telepharmacy care. The operation began from October 2024 to March 2026, divided into 3 phases: preparation phase, implementation phase, and evaluation phase. Purposive sampling was used to select type 2 diabetic patients receiving insulin injections who were

[1] โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

hospitalized in the male or female wards at Kosum Phisai Hospital with hyperglycemia or hypoglycemia during March 2025 - March 2026. Patients were tracked and evaluated from admission to the inpatient ward until discharge from the hospital, and treatment was followed up through the telepharmacy service system for 5 times over a period of 3 months.

The study results revealed that the sample was female at 63.34 % and male at 36.66% , with an average age of 62 years. Eighty percent completed primary education, and mainly engaged in agriculture at 43.33% (13 cases). The proportion of patients with hypoglycemia was 53.34 % and hyperglycemia was 46.66% . After participating in the telepharmacy care system, it was found that the average medication adherence score increased from 5.16 to 7.29 points ($p < 0.001$). The average knowledge score about diabetic medications increased from 13.81 to 18.73 points ($p < 0.05$). Blood glucose levels were at an appropriate level (average 175.68–184.28 mg/dL). The average hemoglobin A1c (HbA1c) level significantly decreased from 12.33 (±2.07) to 10.73 (±1.48) with statistical significance at $p < 0.001$. The satisfaction of patients and relatives of patients toward telepharmacy care was at a very satisfied level at 88.78%, and the satisfaction of staff providing telepharmacy care was at a very satisfied level at 88.00%.

Keywords: Telepharmacy, Type 2 diabetes mellitus, Insulin

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวาน ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับโลกและประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ปัญหาสำคัญคือระบบเชิงรุกในกลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปยังขาดการคัดกรองอีกเป็นจำนวนมาก[1]

จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลโกสุมพิสัยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินทั้งแบบปากกาและ
แบบไซริงค์ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admit) ด้วยภาวะวิกฤตเฉียบพลันจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2565 มีการ Admit 153 ราย (201 ครั้ง, 672 วันนอน, ค่ารักษา 1,122,298 บาท) ปี พ.ศ. 2566 เพิ่มเป็น 171 ราย (210 ครั้ง, 528 วันนอน, ค่ารักษา 1,447,398 บาท) และในปี พ.ศ. 2567 พุ่งสูงถึง 371 ราย (532 ครั้ง, 1,987 วันนอน) ส่งผลให้โรงพยาบาลสูญเสียงบประมาณค่ารักษาสูงถึง 2,427,521 บาท

ปัจจุบันการบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยในที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยมักใช้ยาผิดเทคนิค โดยเฉพาะการปรับขนาดยาฉีดอินซูลินเอง ประกอบกับระบบเดิมขาดการติดตามหลังจำหน่าย (Discharge) และผู้ดูแล (Caregiver) มักไม่ได้มาฟังคำแนะนำที่โรงพยาบาลพร้อมผู้ป่วย เภสัชกรจึงไม่เห็นสภาพการใช้ยาจริงที่บ้าน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Readmit) จากภาวะความแปรปรวนของระดับน้ำตาล เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว การเยี่ยมบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีช่วยให้สามารถนำระบบการบริบาลเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) มาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษา ติดตาม การค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหาจากยา (DRPs) ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล[2] สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การบริบาลเภสัชกรรมทางไกลสามารถเพิ่มความรู้เรื่องโรคและยา เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ลดปัญหาจากยา และทำให้ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[3] ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยนอก (OPD) และยังขาดการศึกษาหลังจำหน่ายจากแผนกผู้ป่วยใน (IPD) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ซึ่งเป็นยากลุ่มเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ที่มีดัชนีการรักษาแคบและต้องใช้เทคนิคพิเศษ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ภายใต้รูปแบบ **"KOSUM MODEL"** ในผู้ป่วย

เบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่าย โดยเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังรับการบริบาล พร้อมทั้งประเมินความรู้ ความร่วมมือในการใช้ยา และความพึงพอใจ เพื่อนำมาพัฒนาระบบงานบริบาลผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาตามตัวชี้วัดระบบประเมินมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่าย
3. เพื่อประเมินผลการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยชายหรือผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโกสุมพิสัยด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ในช่วงเดือน มีนาคม 2568-มีนาคม 2569

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกแบบเจาะจงคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยชายหรือผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโกสุมพิสัยด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ในช่วงเดือน มีนาคม 2568-มีนาคม 2569

ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้ศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนมีนาคม 2569

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีระบบการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
3. เภสัชกรมีแนวทางในการติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินหลังจำหน่ายที่ชัดเจนและเป็นระบบ
4. กลุ่มงานเภสัชกรรมในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ สามารถนำรูปแบบการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลไปประยุกต์ใช้กับบริบทของตนเองได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ ของ Kemmis & Mc Taggart[4] ภายใต้วงจรการพัฒนาคุณภาพ (Plan-Act-Observe-Reflex : PAOR) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายเพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายและเพื่อประเมินผลการพัฒนาการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลโดยเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกล เริ่มดำเนินการ ตุลาคม 2567 -มีนาคม 2569 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล โดยคัดเลือกแบบเจาะจงคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินนอนรักษาตัวในตึกผู้ป่วยชายหรือตึกผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโกสุมพิสัยด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ในช่วงเดือน มีนาคม 2568-มีนาคม 2569 ติดตามและประเมินผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและติดตามการรักษาโดยผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน

พื้นที่วิจัย กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1: การศึกษาสภาพปัญหาการใช้อินซูลิน

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลินและมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยชายหรือหอผู้ป่วยหญิง จำนวน 30 คน

2. ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล)

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน (ข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ และความรู้ 20 ข้อ)

2. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา MMAS-8

3. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน FBS, HbA1c

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล:

ข้อมูลส่วนบุคคล: ความถี่ ร้อยละคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และการสังเกตุ

ระยะที่ 2: การพัฒนาระบบบริบาลเภสัชกรรมทางไกล

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูลคือ ทีมพัฒนาระบบประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม 2 คนเภสัชกร 3 คนพยาบาลประจำหอผู้ป่วยชาย 2 คนพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหญิง 2 คน

เครื่องมือที่ใช้

1.แนวทางการติดตามทางไกล 5ครั้ง: ติดตามครั้งที่ 1-4 โดยผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลผ่านไลน์แอปพลิเคชั่นหรือวีดีโอคอล ทุก 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 ติดตามผลอีก 1 เดือน

2.แบบบันทึกการติดตามประกอบด้วยข้อมูลการติดต่อผู้ป่วยประวัติการใช้ยา/สมุนไพรปัญหาการใช้ยาที่พบการแก้ไขปัญหาผลตรวจทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหาจากการทดลองใช้รวบรวมปัญหาและอุปสรรคเพื่อปรับปรุง

ระยะที่ 3: การประเมินผลการใช้ระบบ การบริบาลเภสัชกรรมทางไกล

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลินตามเกณฑ์คัดเข้า 30 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยชายหรือผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโกสุมพิสัยด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ

กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยชายหรือผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโกสุมพิสัยด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ในช่วงเดือนมีนาคม 2568-มีนาคม 2569

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยชายหรือผู้ป่วยหญิงโรงพยาบาลโกสุมพิสัยด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ

2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลโกสุมพิสัย

3) มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้แอพพลิเคชันไลน์หรือ วิดีโอ messenger และติดต่อสื่อสารผ่านแอพพลิเคชันไลน์หรือ วิดีโอ messenger

4) สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยสามารถอ่านฟังพูดหรือเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้ป่วยมีความประสงค์ยุติการเข้าร่วมวิจัย
2) ผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยไอซียู
3) ผู้ป่วยย้ายไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือต่อไปนี้

1) แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน โดยอ้างอิงคำถามจากงานวิจัยของ (อรุณวรรณ ต่อกร ,2565) แบ่งออกเป็น2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ผู้ดูแลเรื่องยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน จำนวน 20 ข้อโดยอ้างอิงคำถามจากงานวิจัยของ (อรุณวรรณ ต่อกร,2565) ซึ่งขออนุญาตแล้ว ความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ0.93 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ของครอนบัคเท่ากับ 0.79 แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ

เกณฑ์การให้คะแนน

- ข้อคำถามที่มีความหมายเป็นจริง การเลือกคำตอบ ถูก=1 ผิด=0 ไม่ทราบ=0
- ข้อคำถามที่มีความหมายเป็นเท็จ การเลือกคำตอบ ถูก=0 ผิด=1 ไม่ทราบ=0
- ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า แสดงว่ามีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานดีกว่า

2) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดของ Morisky ชนิด 8 ข้อคำถาม (8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ คือข้อ 5 และเป็นข้อคำถามทางลบ 6ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 ข้อคำถามสามารถเลือกตอบได้ 2 แบบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยให้พิจารณาว่าตรงกับการปฏิบัติของตนเอง

เกณฑ์การให้คะแนน

- คำถามทางบวก ใช่=1 ไม่ใช่=0
- คำถามทางลบ ใช่=0 ไม่ใช่=1

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ให้เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน

- เลือกตอบ ไม่เคยเลย=1 เลือกตอบนานๆครั้ง/บางครั้ง/เกือบทุกครั้ง/ประจำทุกครั้ง= 0 ใช้เกณฑ์แปลความหมาย ดังนี้

8 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

6-7 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง

ต่ำกว่า 6 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ

3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร โดยอ้างอิงคำถามจากงานวิจัยของ
(อัญชนา พืดขุนทด,2566) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลความพึงพอใจต่อการให้บริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่าย โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

เกณฑ์พิจารณาความพึงพอใจโดยคิดจากคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 4 ระดับ

คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง พึงพอใจในระดับมากที่สุด

คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง พึงพอใจในระดับมาก

คะแนน 2.51-3.50 หมายถึง พึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนน 1.51-2.50 หมายถึง พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

4) แบบบันทึกประวัติ ผลการรักษา และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเบอร์โทรศัพท์หรือไลน์ไอดีที่ติดต่อด้วยเสียงหรือวิดีโอได้โดยตรง ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยประวัติทางสังคม ประวัติการใช้สมุนไพร/อาหารเสริม ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้ยา ผลตรวจคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาที่เกี่ยวกับยาและแนวทางแก้ไขเทคนิคการใช้ยาฉีดอินซูลิน

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อนี้

1. ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. คัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าสู่การศึกษา
3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาให้ตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกทราบเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และแบบบันทึกประวัติผลการรักษา คือผล FBS ในครั้งที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผล HbA1c ครั้งสุดท้ายที่ตรวจก่อนเข้าการศึกษา และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีในวันที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล
5. ผู้วิจัยโทรติดตามการใช้ยาผ่านไลน์แอพพลิเคชั่นหรือวีดีโอคอลวิดีโอคอลจากแอพ Messenger ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เป็นระยะเวลา 3 เดือนดังนี้

ครั้งที่ 1 ติดตามการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาผ่านไลน์แอพพลิเคชั่นหรือวีดีโอคอลจากแอพ Messenger หลังจากผู้ป่วย discharge 2 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 ติดตามการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาผ่านไลน์แอพพลิเคชั่นหรือวิดีโอคอลจากแอพ Messenger หลังจากผู้ป่วย discharge 4 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 ติดตามการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาผ่านไลน์แอพพลิเคชั่นหรือวิดีโอคอลจากแอพ Messenger หลังจากผู้ป่วย discharge 6 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 ติดตามการใช้ยาและปัญหาการใช้ยาผ่านไลน์แอพพลิเคชั่นหรือวิดีโอคอลจากแอพ Messenger หลังจากผู้ป่วย discharge 8 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยผ่านไลน์แอพพลิเคชั่นหรือวิดีโอคอลจากแอพ Messenger และแบบบันทึกประวัติผลการรักษาคือผล FBS, HbA1c จากระบบ HOSxP หลังจากผู้ป่วย discharge 12 สัปดาห์

จริยธรรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ โดยการไม่เปิดเผยชื่อ – นามสกุล แต่จะมีการปรับเป็นรหัสแทน เพื่อไม่ให้มีการเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อที่ต้องการงานวิจัยชิ้นนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 7/2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม วันที่รับรอง 28 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนาแนวทาง และประเมินผลระบบการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ดำเนิน

การศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 ถึง มีนาคม 2569 แบ่งเป็น 3 ระยะ จำนวน 2 วงรอบ (PAOR) ในกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจงซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชายหรือหญิงด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ จำนวน 30 ราย ติดตามผ่านระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) จำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือน สรุปผลการศึกษาหลักได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.34 (19 ราย) เพศชาย ร้อยละ 36.66 (11 ราย) มีอายุเฉลี่ย 62 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 80.00 (24 ราย) และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักร้อยละ 43.33 (13 ราย) โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 53.34 (16 ราย) และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 46.66 (14 ราย) พบปัญหาการใช้ยาส่วนใหญ่จากการฉีดยาอินซูลินผิดขนาดร้อยละ 60 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 40

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมการใช้ยา: หลังเข้ารับการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลตามรูปแบบ **"KOSUM MODEL"** พบว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ ดังนี้

- **ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c):** ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 12.40 ± 2.20 เป็น 10.70 ± 1.51 ($p = 0.001$) และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) เฉลี่ยหลังสิ้นสุดโครงการอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ดีขึ้น (164 – 177.5 mg%)
- **ความรู้เรื่องยาและพฤติกรรมการใช้ยา:** ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 13.81 ± 2.79 เป็น 18.73 ± 1.27 ($p < 0.05$)
- **ความร่วมมือในการใช้ยา (MMAS-8):** ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 5.17±1.91 คะแนน เป็น 7.30 ± 0.84 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p < 0.001$)
- **ความพึงพอใจต่อระบบบริการ:** ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อระบบการบริบาลทางไกลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.78 และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.00

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาฉีดอินซูลินหลังจำหน่ายโรงพยาบาลโกสุมพิสัย **"KOSUM MODEL"** สามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้ยาและยกระดับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์ประกอบความสำเร็จเกิดจากกระบวนการบูรณาการ 5 ด้าน (K-O-S-U-M) ที่อภิปรายได้ดังนี้:

กระบวนการเริ่มต้นจากการเสริมพลังความรู้ **K (Knowledge Enhancement)** และการประเมินเทคนิครายบุคคลตั้งแต่ระยะผู้ป่วยใน (IPD) ช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องการปรับขนาดอินซูลินผิดพลาดและสร้างความพร้อมก่อนกลับบ้าน จากนั้นกลไกของ **O (Ongoing Tele-Monitoring)** ผ่านการวิดีโอคอลติดตามอย่างต่อเนื่อง 5 ครั้งใน 3 เดือน และ **S (Screening & Solving DRPs)** ช่วยให้เภสัชกรสามารถคัดกรองค้นหา และแก้ไขปัญหาจากยา (DRPs) เชิกรุกผ่านหน้าจอ โดยเฉพาะการตรวจดูทักษะการปรับและการฉีดยาจริงที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งแก้ข้อจำกัดในอดีตที่เภสัชกรไม่เคยเห็นสถานการณ์จริงของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ควบคู่ไปกับการกระตุ้นพฤติกรรมความร่วมมือ **U (Urging Medication**

Adherence) ด้วยแบบประเมิน MMAS-8 เพื่อค้นหาสาเหตุเชิงพฤติกรรม เช่น การลืม หรือความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำ นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่ช่วยแก้ไขข้อจำกัดของผู้สูงอายุหรือกลุ่มที่ขาดทักษะด้านเทคโนโลยี (Digital Divide) คือองค์ประกอบ **M (Multidisciplinary Support & Evaluation)** ซึ่งเป็นการสานพลังจากญาติผู้ป่วยในการใช้สมาร์ทโฟนเปิดกล้องวิดีโอคอลเชื่อมต่อผู้ป่วยเข้ากับเภสัชกร ทำให้ระบบการดูแลมีความครอบคลุม และสร้างความอุ่นใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ได้มาโรงพยาบาล ผลสำเร็จในการลดระดับน้ำตาลสะสม HbA1c จาก 12.40% เหลือ 10.70% ($p < 0.001$) และการเพิ่มขึ้นของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาจารี สถานเมือง[3] ที่ได้ศึกษาผลของการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ณ โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งพบผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกันว่า ระบบ Telepharmacy ช่วยลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยในพลาสมา (FBS) ช่วยเพิ่มระดับความรู้และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างเด่นชัด อีกทั้งยังช่วยให้เภสัชกรสามารถค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหา DRPs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดการเดินทางโดยไม่จำเป็น และส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ดังนั้น **KOSUM MODEL** จึงถือเป็นนวัตกรรมการบริบาลสำเร็จรูปหลังจำหน่ายที่มีประสิทธิผลสูง สามารถตอบโจทย์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยากลุ่มเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ได้อย่างปลอดภัย ช่วยตัดวงจรการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลัน ลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) และขับเคลื่อนตัวชี้วัดระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อยอด:

1.เชิงนโยบายและการขยายผล:

- ควรมีการขยายผลรูปแบบการบริบาลเภสัชกรรมทางไกลนี้ไปสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High-Alert Medications) เช่น ยาละลายลิ่มเลือด (Warfarin) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอันตรายและลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำซ้อน

- ควรมีคณะกรรมการ คณะทำงานที่ครอบคลุมทุกตึก เพื่อการดูแลคนไข้ได้มากขึ้น ส่งผลให้คนไข้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

2.**เชิงระบบและเทคโนโลยี:** ควรมีการจัดสถานที่หรือห้องและโทรศัพท์ที่เฉพาะในการทำ Tele pharmacy เพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. (2564). รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง.https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brchttps://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606

2. สภาเภสัชกรรม. (2565). ประกาศสภาเภสัชกรรมที่ 62/2565 เรื่อง แนวทางเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy).https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&Itemid=2966&catid=0

3. อาจารี สถานเมือง. (2566). ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน โดยรูปแบบการบริการเภสัชกรรมทางไกลในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. Journal of Health and Environmental Education, 8(4), 318–325.

4. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). Introducing critical participatory action research. The action research planner: Doing critical participatory action research, 1–31.

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

การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

Transferring community and local innovative knowledge to create careers for the elderly in Pathum Thani Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ประเสริฐ สิทธิจิรพัฒน์[1] ปัทมา โกเมนท์จำรัส[2] ภาวิศา การัตน์[3]
Prasert Sitthijiraphat[1] Pattama Komenjamrat[2] Pawisa Karat[3]

บทคัดย่อ

บทความวิจัยเรื่อง การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดความรู้และพัฒนาทักษะของแรงงานท้องถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มสตรีผู้สูงอายุในชุมชนในการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ภายในพื้นที่ชุมชน จังหวัดปทุมธานี และเพื่อนำภูมิปัญญาและทุนวัฒนธรรมท้องถิ่นภายในจังหวัดปทุมธานี มาสร้างสรรค์ให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการอนุรักษ์ พัฒนาและต่อยอดผลิตภัณฑ์ต่างๆ ภายในพื้นที่ชุมชนจังหวัดปทุมธานี ตลอดจน เพื่อยกระดับนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นต่างๆ ภายในพื้นที่ชุมชน จังหวัดปทุมธานี และเพิ่มศักยภาพการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนในพื้นที่ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมเรารักษ์วัฒนธรรมวัดโบสถ์ จังหวัดปทุมธานี ทุกคน จำนวน 37 คนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนยังมีโอกาสในการสร้างอาชีพและรายได้ในระดับหนึ่ง หากได้รับการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับวัย โดยรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสมควรเน้นการฝึกปฏิบัติจริง เข้าใจง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน การนำนวัตกรรมหรือความรู้ใหม่มาประยุกต์ร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุสามารถช่วยเพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์และสร้างโอกาสทางอาชีพได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านสุขภาพ การเข้าถึงเทคโนโลยี และงบประมาณในการสนับสนุน

คำสำคัญ: การถ่ายทอดองค์ความรู้, นวัตกรรม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research article entitled “Innovative Knowledge Transfer to Communities and Local Areas for Career Development among the Elderly in Pathum Thani Province” aimed to transfer knowledge and develop the skills of local labor, particularly elderly women in the community, in creating various products within communities in Pathum Thani Province. The study also aimed to utilize local wisdom and cultural capital in Pathum Thani Province to create new knowledge for the conservation, development, and extension of community products. In addition, the research sought to enhance innovation in local products within communities and strengthen the potential for community economic development through a participatory process involving community members. The sample group consisted of 37 elderly members of the “We Love Culture Club” at Wat Bot in Pathum Thani Province. The research instruments used for data collection were questionnaires and interview forms.

The research findings revealed that elderly people in the community still have opportunities to create occupations and generate income to a certain extent if they receive appropriate knowledge support and training suited to their age. Suitable knowledge transfer methods should emphasize practical

[1] ผศ.ดร.อาจารย์ประจำ สาขาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
[2] รศ.อาจารย์ประจำ สาขาการบริหารธุรกิจ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม
[3] อาจารย์ประจำ สาขาการจัดการธุรกิจการบิน คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

training, simplicity, and applicability in daily life. The integration of innovative knowledge with the local wisdom of the elderly can help increase the value of community products and create greater career opportunities. However, some limitations were identified, including health conditions, access to technology, and limited financial support.

Keywords: Knowledge Transfer, Innovation, Elderly

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีอัตราการเกิดลดลง และประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2568 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุ สุขภาพของผู้สูงอายุถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การมีสุขภาวะที่ดีไม่ได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรคภัยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีบทบาทในสังคมอย่างเหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ เช่น การประกอบอาชีพหรือการสร้างรายได้ จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีศักยภาพและประสบการณ์ที่สามารถนำมาใช้ในการประกอบอาชีพได้ แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังขาดโอกาสในการเข้าถึงองค์ความรู้ ทักษะใหม่ ๆ และการสนับสนุนที่เหมาะสมต่อการพัฒนาอาชีพในบริบทของสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและรูปแบบเศรษฐกิจยุคใหม่ ดังนั้น การพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมในปัจจุบันจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่นถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากนวัตกรรมสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการผลิต การพัฒนาผลิตภัณฑ์ การแปรรูปสินค้า การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดการด้านการตลาดและการบริหารจัดการอาชีพในระดับชุมชน การนำองค์ความรู้ด้านนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้ร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาอาชีพที่เหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง สร้างรายได้ และส่งเสริมการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืนจังหวัดปทุมธานี เป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพในการพัฒนาอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความได้เปรียบทั้งในด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และทรัพยากรในพื้นที่ โดยตั้งอยู่ใกล้กับกรุงเทพมหานครและเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาทั้งภาคอุตสาหกรรม การเกษตร และการค้าขาย อีกทั้งยังมีเครือข่ายหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา และภาคเอกชนที่สามารถมีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาทักษะและการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมให้กับชุมชนได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าพื้นที่ดังกล่าวจะมีศักยภาพสูง แต่ยังคงพบข้อจำกัดในการนำองค์ความรู้ด้านนวัตกรรมมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาอาชีพให้กับผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม[1,2]

ดังนั้น การศึกษาเรื่องการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาทักษะและการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยสร้างแนวทางในการพัฒนา

ศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถประกอบอาชีพได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ อันจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนท้องถิ่น ส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง และสนับสนุนการพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืนในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยเรื่องการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. เพื่อถ่ายทอดความรู้และพัฒนาทักษะของแรงงานท้องถิ่น โดยเฉพาะกลุ่มสตรีผู้สูงอายุในชุมชนในการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ภายในพื้นที่ชุมชน จังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อนำภูมิปัญญาและทุนวัฒนธรรมท้องถิ่นภายในจังหวัดปทุมธานี มาสร้างสรรค์ให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการอนุรักษ์ พัฒนาและต่อยอดผลิตภัณฑ์ต่างๆ ภายในพื้นที่ชุมชน จังหวัดปทุมธานี

3. เพื่อยกระดับนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นต่างๆ ภายในพื้นที่ชุมชน จังหวัดปทุมธานี และเพิ่มศักยภาพการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนในพื้นที่ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานีครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการสำรวจสอบถามและสัมภาษณ์เฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมเรารักษ์วัฒนธรรมวัดโบสถ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 37 คน โดยผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอเฉพาะข้อมูลที่เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเท่านั้น

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมเรารักษ์วัฒนธรรมวัดโบสถ์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 37 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมเรารักษ์วัฒนธรรมวัดโบสถ์ จังหวัดปทุมธานี ทุกคน จำนวน 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือในการวิจัย ที่ประกอบด้วยหัวข้อการสัมภาษณ์ การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่นเพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วยด้านการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change) ด้านการสร้างองค์ความรู้ (Knowledge Creation) และด้านการพัฒนาท้องถิ่น (Local Development) และเมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่บันทึกไว้ โดยทำการแยกแยะจัดกลุ่มข้อมูล เชื่อมโยงความคิด ขยายความเชื่อมโยง หาความหมายและหาข้อสรุป

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

การหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเที่ยงตรงในเนื้อหา (Validity) โดยหาค่าดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะ

โดยเกณฑ์การให้คะแนนในระบบ IOC ของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ แต่ละท่าน ดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดไม่ตรงตามนิยามศัพท์เฉพาะ

และเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ส่วนที่มีค่าน้อยกว่า 0.6 ให้ตัดทิ้งไป แต่หากต้องการนำมาใช้ จะต้องดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญ (Hambleton, 1984) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.77 สามารถนำมาใช้ในการวิจัยได้

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ ที่ผ่านการตรวจสอบ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α – Coefficient) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ 0.85 ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Analysis) เป็นกระบวนการตีความข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต หรือเอกสารต่าง ๆ เพื่อค้นหาความหมาย รูปแบบ หรือประเด็นสำคัญของข้อมูล โดยทั่วไปมีขั้นตอนดังนี้

1. การจัดเตรียมข้อมูล (Data Preparation) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือการบันทึกภาคสนามมาถอดเทปจัดเรียง และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลอยู่ในรูปแบบที่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้

2. การอ่านและทำความเข้าใจข้อมูล (Data Familiarization) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดหลายครั้ง เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาโดยรวม และมองหาประเด็นสำคัญหรือแนวโน้มที่ปรากฏในข้อมูล

3. การกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) ผู้วิจัยทำการกำหนดรหัสหรือคำสำคัญให้กับข้อมูลแต่ละส่วน เพื่อจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายหรือประเด็นคล้ายคลึงกัน

4. การจัดหมวดหมู่และสร้างประเด็นหลัก (Categorizing and Theme Development) นำรหัสข้อมูลที่ได้มาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์ให้เกิดประเด็นหลักหรือธีม (Themes) ที่สะท้อนสาระสำคัญของข้อมูล

5. การตีความและสังเคราะห์ข้อมูล (Interpretation) ผู้วิจัยนำประเด็นหลักที่ได้มาวิเคราะห์ ตีความ และเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี หรือวัตถุประสงค์ของการวิจัย

6. การสรุปและนำเสนอผลการวิจัย (Conclusion and Presentation) ผู้วิจัยสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอในรูปแบบการพรรณนา (Descriptive Analysis) พร้อมยกตัวอย่างคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลประกอบ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินเก็บข้อมูลด้วยตัวเองในวันที่มีการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

3.ผู้วิจัยได้รับแบบสัมภาษณ์ กลับคืนมาจำนวน 37 ฉบับ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป โดยผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

(1) การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลให้เหลือ 37 ฉบับ

(2) การลงรหัสข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบข้อมูลแล้วมากำหนดใส่รหัส

(3) การวิเคราะห์ การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี โดยกำหนดเกณฑ์การใช้น้ำหนักแปลความหมายค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานีครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ ในการวิจัยซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบ จากนั้นผู้วิจัยนำคำตอบจากการสัมภาษณ์มาสังเคราะห์ในภาพรวมได้ดังนี้

1. ท่านคิดว่าปัจจุบันผู้สูงอายุในชุมชนมีโอกาสในการสร้างอาชีพหรือสร้างรายได้มากน้อยเพียงใด อย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าปัจจุบันผู้สูงอายุในชุมชนยังมีโอกาสในการสร้างอาชีพและรายได้อยู่บ้าง แต่ยังไม่มากนัก เนื่องจากข้อจำกัดด้านสุขภาพ อายุ และโอกาสในการเข้าถึงแหล่งความรู้หรือช่องทางตลาด อย่างไรก็ตาม หากมีการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นหรือมีการจัดอบรมอาชีพที่เหมาะสม ผู้สูงอายุจำนวนมากยังสามารถประกอบอาชีพเสริม เช่น การทำอาหาร ขนม งานฝีมือ หรือการเกษตรขนาดเล็ก เพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัวได้

2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือการฝึกอบรมอาชีพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่าการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือการฝึกอบรมอาชีพให้กับผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และสามารถนำความรู้ไปพัฒนาอาชีพหรือสร้างรายได้เสริมได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนได้มากขึ้น

3. รูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือการฝึกอบรมแบบใดที่ท่านคิดว่าเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะเหตุใด

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เสนอว่าการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรเป็นรูปแบบการฝึกปฏิบัติจริง (Workshop) มากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว เนื่องจากผู้สูงอายุจะสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้ง่ายจากการลงมือทำ นอกจากนี้ควรมีการสาธิตทีละขั้นตอน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และจัดกิจกรรมในกลุ่มขนาดเล็ก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถซักถามและฝึกปฏิบัติได้อย่างทั่วถึง

4. ท่านคิดว่าการนำ นวัตกรรมหรือความรู้ใหม่ ๆ มาใช้ในชุมชนสามารถช่วยพัฒนาอาชีพของผู้สูงอายุได้อย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการนำนวัตกรรมหรือความรู้ใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในชุมชนสามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการพัฒนาอาชีพของผู้สูงอายุได้ เช่น การใช้เทคโนโลยีในการแปรรูปสินค้า การพัฒนาบรรจุภัณฑ์ หรือการใช้สื่อออนไลน์ในการประชาสัมพันธ์และจำหน่ายสินค้า ซึ่งจะช่วยเพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์ของชุมชนและทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงตลาดได้มากขึ้น

5. ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถนำประสบการณ์หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นมา

ประยุกต์ใช้ร่วมกับความรู้ใหม่ใน การสร้างอาชีพได้หรือไม่ อย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีภูมิปัญญาท้องถิ่นและประสบการณ์ชีวิตจำนวนมาก เช่น การทำอาหารพื้นบ้าน งานหัตถกรรม หรือการเกษตรแบบดั้งเดิม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ร่วมกับความรู้ใหม่ ๆ ได้ เช่น การปรับรูปแบบผลิตภัณฑ์ให้ทันสมัย การพัฒนาบรรจุภัณฑ์ หรือการสร้างแบรนด์สินค้า เพื่อเพิ่มมูลค่าและความน่าสนใจให้กับผลิตภัณฑ์ของชุมชน

6. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือการพัฒนาอาชีพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนมีอะไรบ้าง

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าปัญหาและอุปสรรคที่พบได้แก่ ข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรม การขาดงบประมาณในการจัดอบรม รวมถึงการขาดวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนยังไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้เกิดความยากลำบากในการเรียนรู้

7. ท่านคิดว่าชุมชนหรือหน่วยงานท้องถิ่นมีบทบาทอย่างไรในการสนับสนุนการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ เช่น การจัดอบรมอาชีพ การสนับสนุนงบประมาณหรือวัสดุอุปกรณ์ การสร้างพื้นที่ในการจำหน่ายสินค้า และการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอาชีพของผู้สูงอายุในชุมชน

8. หลังจากได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือการฝึกอบรมแล้ว ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปใช้ในการประกอบอาชีพได้มากน้อยเพียงใด

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าหลังจากได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือการฝึกอบรมแล้ว ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปใช้ในการประกอบอาชีพได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่มีความสนใจและมีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางส่วนอาจยังต้องการการติดตามหรือการสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9. การถ่ายทอดองค์ความรู้และการพัฒนาอาชีพให้กับผู้สูงอายุส่งผลต่อ ความเข้มแข็งของชุมชน อย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการถ่ายทอดองค์ความรู้และการพัฒนาอาชีพให้กับผู้สูงอายุสามารถช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนได้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีบทบาทในการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับคนรุ่นใหม่ และยังสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจของชุมชน ซึ่งช่วยสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือภายในชุมชนมากขึ้น

10. ท่านมีข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการพัฒนาการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมอาชีพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าควรมีการจัดโครงการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง และพัฒนารูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเรียนรู้แบบกลุ่ม การสาธิตการปฏิบัติจริง และการนำเทคโนโลยีที่เข้าใจง่ายมาใช้ นอกจากนี้ควรมีการสนับสนุนด้านการตลาด การพัฒนาผลิตภัณฑ์ และการสร้างเครือข่ายระหว่างชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างอาชีพและรายได้อย่างยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนและท้องถิ่นเพื่อการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังมีโอกาสในการสร้างอาชีพและรายได้ในระดับหนึ่ง หากได้รับการสนับสนุนด้านองค์ความรู้และการฝึกอบรมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติจริงและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการเรียนรู้และการถ่ายทอดองค์ความรู้

สามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการประกอบอาชีพและการสร้างรายได้ในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีเทพ และคณะ[3] ที่ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการสร้างรายได้ในชุมชน พบว่าการพัฒนาศักยภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้และการใช้นวัตกรรมสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการประกอบอาชีพและมีบทบาทในการพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชนได้มากขึ้น นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า รูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรเป็นรูปแบบการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (Workshop) มีการสาธิตและการเรียนรู้แบบกลุ่มขนาดเล็ก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและนำความรู้ไปใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มนินทรวัฒน์ และเบญจพงษ์[4] ที่ศึกษาการพัฒนาชุดความรู้เพื่อพัฒนาทักษะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับพื้นฐานและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติจริง จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้ง่ายและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในประเด็นของ การนำนวัตกรรมและความรู้ใหม่มาประยุกต์ใช้ร่วมกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลการวิจัยพบว่าสามารถช่วยเพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์ชุมชนและสร้างโอกาสทางอาชีพให้กับผู้สูงอายุได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Poophayang และ Rampuiphad[5] ที่ศึกษากระบวนการสร้างคุณค่าและนวัตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุผ่านกิจการชุมชนด้านการทอผ้า พบว่าการนำความรู้เดิมของผู้สูงอายุมาพัฒนาร่วมกับแนวคิดใหม่และนวัตกรรมสามารถช่วยสร้างผลิตภัณฑ์ที่มีมูลค่าเพิ่มและส่งเสริมการสร้างรายได้ของผู้สูงอายุในชุมชนได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาอาชีพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการจัดอบรม การสนับสนุนทรัพยากร หรือการสร้างเครือข่ายการตลาด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kaewkongpan และคณะ[6] ที่ศึกษานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าการสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานในท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาทักษะและดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงเทคโนโลยี และข้อจำกัดด้านงบประมาณในการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ระบุว่าการพัฒนาทักษะและการเข้าถึงแหล่งความรู้ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน โดยสรุป การถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมสู่ชุมชนสามารถช่วยส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุในการสร้างอาชีพและรายได้ อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาชุมชนให้สามารถรองรับสังคมผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่ชุมชนอื่น ๆ หรือจังหวัดอื่นเพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมและแนวทางการสร้างอาชีพให้กับผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้ได้แนวทางที่หลากหลายและเหมาะสมกับแต่ละพื้นที่มากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยพัฒนารูปแบบหรือหลักสูตรการถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และติดตามผลการนำความรู้ไปใช้ในการสร้างอาชีพอย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำองค์ความรู้ไปใช้ประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางการส่งเสริมอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาการนำเทคโนโลยีดิจิทัลหรือแพลตฟอร์มออนไลน์มาใช้ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และการตลาดของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มช่องทางการจำหน่ายสินค้าและขยายโอกาสทางเศรษฐกิจให้กับผู้สูงอายุ

5. ควรมีการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา ในการถ่ายทอดองค์ความรู้และส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนในระยะยาว.

เอกสารอ้างอิง

1. Chambers, R. (1997). Responsible well-being A personal agenda for development. World development, 25(11), 1743-1754.
2. Giddens, A., & Griffiths, S. (2006). Sociology. Polity.
3. Srithep, N., Chantarat, P., & Wongsa, K. (2023). Capacity development of elderly people for community-based income generation. Burapha Asian Academic Journal of Humanities and Social Sciences, 3(2), 1–14.
4. Maninwattana, K., & Benjapong, S. (2023). Development of knowledge packages for enhancing skills among elderly people in communities. Journal of Social Communication Innovation, 11(2), 120–134.
5. Poophayang, P., & Rampuiphad, T. (2023). Value creation and innovation process of elderly groups through community textile enterprises. Journal of Modern National Development, 9(3), 78–92.
6. Kaewkongpan, S., Phongphit, S., & Chansawang, P. (2025). Innovation for promoting lifelong learning among the elderly in community development. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 5(1), 45–60.

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

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส

DEVELOPMENT OF A FOOD LITERACY PROMOTION MODEL AMONG ELDERLY MUSLIMS IN NARATHIWAT PROVINCE

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

รูซือมัน อาแวเง๊าะ[1]
Ruzuman Awangoh[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ศึกษาสถานการณ์ บริบท และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม 389 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและดูแลรับผิดชอบชมรม 20 คน พร้อมนำข้อมูลมาร่างรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ทดลองพัฒนาในกลุ่มขนาดเล็ก 2 ครั้งรวม 10 คนได้ผลตามจุดมุ่งหมาย ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1. การสื่อสารวัฒนธรรมใหม่ใส่ใจสุขภาพ 2. ปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพ และ 3. เส้นทางเครือข่ายสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในมิติของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลา โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังได้รับโปรแกรม ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อขยายผลไปยัง 13 อำเภอ พบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569 หลังดำเนินการ 8 เดือน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569 ก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 4 เดือน และหลังดำเนินการ 8 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ 8 เดือน มีค่าคะแนนมากที่สุดในทุกด้าน และผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 30.61 ในปีปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1,466 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.21 โดยลดลงจากกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 22.40

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอาหาร ผู้สูงอายุมุสลิม

ABSTRACT

This research and development study aimed to develop a model to promotion food literacy among elderly Muslims in Narathiwat Province. The study was conducted in three phases. Phase 1 synthesizing a food literacy promotion model by examining the situation, context, and dietary behaviors of 389 Muslim older adults and 20 relevant personnel responsible for elderly clubs, and using the findings to draft the prototype. Phase 2 developing the food literacy promotion model through two small-group trials involving a total of 10 participants, which achieved the research objectives. Phase 3 evaluated the effectiveness of the food literacy promotion model, consisting of three models: (1) Culture-Based Health Communication, (2) Modify Behavior, Improve Health, and (3) Health Network Pathways. The sample comprised an experimental group and a comparison group, with 30 participants in each group, over an 8-week period. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance.

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุไหงโก-ลกนราธิวาส

The results of the repeated measures analysis of variance indicated that the mean scores of food literacy and eating behaviors differed significantly across groups, over time, and in the interaction between group and time. The experimental group demonstrated a continuous increase in scores following the intervention, whereas no significant change was observed in the comparison group. Furthermore, when the study was expanded to 13 districts, it was found that the food literacy of elderly Muslims in Narathiwat Province, from February 2026 to June 2026, after 8 months of implementation, was at the highest level overall and in each aspect. A comparison of food literacy of elderly Muslims in Narathiwat Province, from February 2026 to June 2026, before implementation, after 4 months, and after 8 months, showed statistically significant differences at the .05 level. The scores after 8 months were the highest in all aspects. Regarding the impact on the health status of the elderly, it was found that the group at risk of chronic diseases accumulated an average of 30.61% per year. In the current year, there were 1,466 elderly people at risk of non-communicable diseases, representing 8.21%, a decrease from the group at risk of chronic diseases accumulated an average of 22.40% per year.

Keywords: food literacy, Muslim older adults

บทนำ

ในบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย ปัจจัยด้านภาษา วัฒนธรรม ศาสนา และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุบางส่วนใช้ภาษามลายูถิ่นเป็นหลัก ขณะที่ข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่นำเสนอในภาษาไทย นอกจากนี้ความเชื่อและวิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลามยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อยู่ในระดับไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (functional health literacy) แต่ยังมีข้อจำกัดในระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณญาณ (interactive และ critical health literacy) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพ[1] นอกจากนี้พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมยังอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านภาษา วัฒนธรรม และศาสนา ส่งผลให้การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่เป็นสำคัญ[2]

จังหวัดนราธิวาสเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ โดยมีประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิม คิดเป็นร้อยละ 82.5 ของประชากรทั้งหมด[3] ลักษณะดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการบริโภคอาหารได้รับอิทธิพลจากหลักศาสนาอิสลามและวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างชัดเจน ในด้านสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนราธิวาสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากระบบรายงานสุขภาพจังหวัด ปี 2566 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 38,742 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 ของประชากรในช่วงวัยดังกล่าว ขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 21,385 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 ซึ่งสะท้อนภาระโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การควบคุมปริมาณพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียม ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของตนเอง โดยเฉพาะในประเด็นด้านโภชนาการ ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของ

การออกแบบการสื่อสารสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทมุสลิม โดยเฉพาะในประเด็นการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัย เช่น การเลือกชนิดอาหาร การควบคุมปริมาณอาหาร และวิธีการประกอบอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือด

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านภาษาและระดับการศึกษายังเป็นข้อจำกัดสำคัญ เนื่องจากประชาชนส่วนหนึ่งใช้ภาษายาวีเป็นภาษาหลักในการสื่อสาร ส่งผลให้ข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ในภาษาไทยกลางหรือใช้ศัพท์วิชาการอาจไม่สามารถถ่ายทอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ[4] ที่ระบุถึงปัญหาภาวะ “ข้อมูลท่วมท้น” (information overload) ซึ่งแม้ว่าประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลจำนวนมาก แต่ยังขาดทักษะในการวิเคราะห์ ประเมิน และนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จึงจำเป็นต้องบูรณาการบริบททางศาสนา วัฒนธรรม ภาษา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่เหมาะสม เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และการยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน[6]

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส โดยประยุกต์ใช้แนวคิด V-shape ความรอบรู้สุขภาพ ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน ประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้จริงและขยายผลได้ในระดับชุมชน อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การลดภาระโรคเรื้อรัง และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมอย่างยั่งยืน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้ด้านอาหารผู้สูงอายุมุสลิม

สมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ต้องการศึกษาเพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส ตามแนวคิดการ ขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย V-shape ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบบจำลอง V-Shape มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ[6]

ด้านสถานที่ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ จังหวัดนราธิวาส

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส จำนวน 162 ชมรม สมาชิกทั้งหมด 21,239 คน[7]

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส (Phase of Synthesis a Draft Prototype)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย

1) สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 10 ชมรม จำนวน 383 คน

2) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและดูแลรับผิดชอบชมรม จำนวน 20 คน ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอ นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการกองสวัสดิ์การ ประธานชมรม ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส (Phase of Developing a Prototype)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอแว้ง 1 ชมรม กลุ่มละ 3–5 คนต่อการพัฒนา 1 รอบ(ไม่ซ้ำกับระยะที่ 1)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส (Phase of Testing a Prototype)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอแว้ง ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568-เมษายน พ.ศ. 2569 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การทบทวนวรรณกรรมรวบรวมเอกการและการสร้างเครื่องมือและดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568-ตุลาคม 2568

ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส เดือนพฤศจิกายน 2568

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส เดือนธันวาคม 2568

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส มกราคม 2569-กุมภาพันธ์ 2569

ประโยชน์ที่ได้รับ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ในครั้งนี้เพื่อ

ได้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ

เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาสเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา 2 ระยะ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน เมษายน ถึง - กรกฎาคม 2569 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส ทั้งหมด 89,301 คน[7]

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 162 ชมรม สมาชิกทั้งหมด 21,239 คน

กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส ช่วงเวลาดำเนินการ พฤศจิกายน 2568 จากการคำนวณจะได้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 348.1 คน ผู้วิจัยได้ป้องกันการสูญเสียของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จึงได้เพิ่มขนาดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ร้อยละ 10 เท่ากับ 34.8 คน ผู้วิจัยทำการปัดเป็น 35 คน รวมทั้งหมด 383 คน ให้สอดคล้องกับการจัดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างใน 6 ตำบล เพื่อเก็บรวบรวมแบบลงตัวโดยวิธีตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

2. **การขยายผลและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส** โดยคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

(1) อายุไม่เกิน 65 ปี

(2) อาศัยในอำเภอเมืองสตูลมาอย่างน้อย 6 เดือน

(3) นับถือศาสนามุสลิม

(4)สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

(5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

(1) มีโรคเรื้อรัง

(4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการแทรกแซงได้อย่างสม่ำเสมอ

(5) อยู่ในสถานสงเคราะห์หรือไม่มีที่อยู่อาศัยที่แน่นอน

และสามารถจำแนกผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก เป็นรายอำเภอ จำนวน 15,973 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส มีขั้นตอนหรือกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส เดือนพฤศจิกายน 2568

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส เดือนธันวาคม 2568

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส มกราคม 2569-กุมภาพันธ์ 2569

ระยะที่ 4 การขยายผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569

1.2 รูปแบบความรอบรู้ เป็นแนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถของบุคคล 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

1. ความรู้ความเข้าใจด้านอาหาร
2. การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหาร
3. การสื่อสารข้อมูลด้านอาหาร
4. การตัดสินใจด้านอาหาร
5. การจัดการตนเองด้านอาหาร
6. การรู้เท่าทันสื่อด้านอาหาร เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยใช้กิจกรรมเรียนรู้ 3 กิจกรรม[8,9] คือ

กิจกรรมที่ 1 การสื่อสารวัฒนธรรมใหม่ใส่ใจสุขภาพ หมายถึง แนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ การเข้าถึง และการสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์

กิจกรรมที่ 2 การปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพ หมายถึง แนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการจัดการตนเอง และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 เส้นทางเครือข่ายสุขภาพ หมายถึง แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารที่มุ่งเน้นการสร้าง ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนในประชากรเป้าหมาย[10]

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและการสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1) การศึกษาแนวคิดความรอบรู้สุขภาพด้านอาหารของ V - Shape

2) ผู้วิจัยโดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 6 อำเภอ และดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1) ศึกษาความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส 383 คน

2.2) สัมภาษณ์บริบทของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรับผิดชอบ 20 คน

3) การพัฒนาร่างรูปแบบความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส (Draft prototype) 3 รูปแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามวัดความรอบรู้ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอาหาร ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจด้านอาหาร จำนวน 7 ข้อ การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหาร จำนวน 8 ข้อ การสื่อสารข้อมูลด้านอาหาร จำนวน 6 ข้อ การจัดการตนเองด้านอาหาร จำนวน 5 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านอาหาร จำนวน 6 ข้อ การตัดสินใจด้านอาหาร จำนวน 10 ข้อ ใช้ มาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 4 ระดับ(Four-point Likert-type Scale)[11,12]

1 คะแนน หมายถึง ยากมาก

2 คะแนน หมายถึง ยาก

3 คะแนน หมายถึง ง่าย

4 คะแนน หมายถึง ง่ายมาก

การแปลความหมายคะแนน

< 2.00 หมายถึง ระดับไม่เพียงพอ (Likely Inadequate HL) มีทักษะน้อย

2.00–2.99 หมายถึง ระดับมีปัญหา (Likely Problematic HL) มีทักษะปานกลาง

3.00–4.00 หมายถึง ระดับเพียงพอ (Likely Sufficient HL) มีทักษะดี

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสถานการณ์เพื่อสร้างรูปแบบความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 4 ประเด็น ได้แก่

1. บริบทของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ

2. สำหรับงานระดับปฏิบัตินั้น โรงเรียนผู้สูงอายุได้นำนโยบายดังกล่าวไปสู่กิจกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารผู้สูงอายุ

3. ผู้นำชุมชน/อ.ส.ม. ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ

4. ท่านมีแนวคิดในการสร้างรูปแบบความรอบรู้สุขภาพด้านอาหารของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นหลังจากผ่านการตรวจสอบและความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว นำแบบสอบถามทำการประเมินความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหรือความสอดคล้องระหว่างข้อความที่เขียนขึ้นในแบบสอบถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2. ประเมินคุณภาพขั้นต้นของแบบทดสอบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณาตรวจความถูกต้องความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อและครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับที่จะวัด ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอาหาร และแนวคำถามสถานการณ์ มีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67– 1.00 ปรับปรุงแก้ไขเพื่อความชัดเจนของภาษาตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ

3. การตรวจความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุตำบลฆอเลาะ จำนวน 35 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตามความเหมาะสมของข้อคำถาม และนำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค มีค่า 0.765

การสร้างแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ จรรยาบรรณของนักวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการสัมภาษณ์ และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในระเบียบวิธีวิจัยอย่างถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น และทำการสร้างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ โดยการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นิยามตัวแปร และคำจำกัดความ รวมทั้งดำเนินการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์โดยลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและสามารถเสนอข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้ครอบคลุมกับขอบเขตและวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ร่างได้มาทำการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ให้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และดำเนินการแก้ไขตามข้อแนะนำ ซึ่งผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ นำมาสรุปความสอดคล้องกัน รายละเอียดการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน โดยถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ เมื่อเสร็จสิ้นการสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยขออนุมัติการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นครั้งคราว

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติประจำ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1–5 ตามลำดับ จำนวน 18 ข้อ[10] *แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุ)*

การแปลความหมายคะแนน

17–39 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในควรปรับปรุง

40–62 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

63–85 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 14 ข้อ สำหรับกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) วัดเป็น 5 ระดับ กำหนดการให้คะแนนและความหมายดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมากที่สุด

2 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมาก

3 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับปานกลาง

4 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับน้อย

5 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล ดำเนินการโดยนำค่าคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยมี เกณฑ์การแปลผล ดังนี้[13]

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ทำการประเมินความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหรือความสอดคล้องระหว่างข้อความที่เขียนขึ้นในแบบสอบถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

1. ประเมินคุณภาพขั้นต้นของแบบทดสอบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณาตรวจความถูกต้องความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อและครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับที่จะวัด ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

ความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ(Validity) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ระหว่าง 0.60 – 1.00

2. การตรวจความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุ จำนวน 35 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตามความเหมาะสมของข้อคำถาม และนำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เกณฑ์การแปลผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.00 - 1.00 เกณฑ์การแปลผลความ

เชื่อมั่น ผลการทดลองใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.841 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 02/2569 ให้การรับรองวันที่ 29 ตุลาคม 2568 หมดอายุ 28 กันยายน 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติเชิง พรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ย (Compare means) ภายในกลุ่มด้วยสถิติเชิงอนุมานคือ Paired Samples t-test ในการเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของ ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงาน และ F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVA ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ระหว่างอำเภอ กำหนด นัยสำคัญที่ระดับ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเตรียมสร้างรูปแบบจากข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารด้วยการตีความและเรียบเรียงตรวจสอบร่วมกัน และสังเคราะห์ การอธิบาย การวิพากษ์ การวิจารณ์ และการแสดงความคิดเห็น

2.2 การวิเคราะห์บอกเล่าจากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนา แล้ววิเคราะห์เรียบเรียงนำไปสู่กระบวนการตรวจสอบผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสำคัญ

2.3 การตีความข้อมูล เป็นการพยายามดึงความหมายออกจากข้อมูลที่มีอยู่เพื่อทำความเข้าใจข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย V-shape ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านอาหาร ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เมื่อขยายผลพบว่า ก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 4 เดือน และหลังดำเนินการ 8 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ 8 เดือน มีค่าคะแนนมากที่สุดในทุกด้าน

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมสามารถตอบโจทย์ปัญหาและอุปสรรคที่มีความซับซ้อนทั้งด้านการสื่อสาร การตัดสินใจ และการขยายผล โดยรูปแบบทั้ง 3 ที่พัฒนาขึ้นมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคม ส่งผลให้การส่งเสริมสุขภาพเกิดความเหมาะสมและยั่งยืน คือ

1. ความท้าทายด้านการสื่อสารสุขภาพในบริบทวัฒนธรรม สู่ ‘รูปแบบการสื่อสารวัฒนธรรมใหม่ใส่ใจสุขภาพ’ การออกแบบการสื่อสารสุขภาพที่คำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบทของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ เข้าถึง และการสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเรียนรู้และนำข้อมูลไปใช้

2. ความท้าทายด้านการตัดสินใจและการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค สู่ ‘รูปแบบปรับพฤติกรรม เปลี่ยนสุขภาพ’ เสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม เสริมบทบาทผู้สูงอายุให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และแบบอย่างด้านการบริโภคอาหาร นำไปสู่การสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

3. ความท้าทายด้านการขยายผลและความยั่งยืนของการเรียนรู้ สู่ ‘รูปแบบเส้นทางเครือข่ายสุขภาพ’ เสริมบทบาทผู้สูงอายุให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และแบบอย่างด้านการบริโภคอาหาร สร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในครอบครัวและชุมชน นำไปสู่ความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิม

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาสมีระดับความรอบรู้ด้านอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะความเข้าใจในประเด็นพื้นฐาน เช่น อาหารฮาลาล ประโยชน์ของผักผลไม้ และความเสี่ยงของอาหารที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งผู้สูงอายุตอบถูกในสัดส่วนค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดเชิงโภชนาการหลายประการ เช่น ความสามารถในการแยกแยะอาหารที่มีโซเดียมสูง การอ่านฉลากโภชนาการ และการรู้เท่าทันอาหารแปรรูป ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุด แสดงถึงช่องว่างสำคัญของความรอบรู้ด้านอาหาร[8] ที่มีผลโดยตรงต่อการเลือกอาหารและพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาด้านการเข้าถึงข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สื่อออนไลน์หรือเทคโนโลยีสารสนเทศในการแสวงหาความรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sørensen et al.[9] ที่ชี้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านทักษะการเข้าถึงและตีความข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาการสื่อสารจากแหล่งข้อมูลในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำศาสนา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ผลในระยะที่ 1 นี้ยืนยันว่า การออกแบบรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมต้องใช้สื่อรูปภาพ เนื้อหาที่สั้น กระชับ และกิจกรรมปฏิบัติจริงมากกว่าเอกสารที่ซับซ้อนหรือข้อมูลออนไลน์”

ผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 ถาม-ตอบเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 เปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มจากจานอาหาร และกิจกรรมที่ 3 เล่าให้ฟัง เล่าให้คิด และการสังสรรค์กลุ่ม 2 ครั้งที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นปัญหาหรือมีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับฉลากอาหาร รายการอาหารที่มีการเปลี่ยนแปลง และการรู้เท่าทันสื่อ ผลการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหาร กลุ่มทดลองมีความรอบรู้และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น ตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในมิติของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Group) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 339.281$, $p < .001$) ซึ่งสะท้อนถึงผลการพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาหารของโปรแกรม ทำให้โดยภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านอาหารแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจนตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา

เมื่อพิจารณาในส่วนของผลภายในกลุ่มตามเวลา (Time) พบว่าระยะเวลามีผลต่อความรอบรู้

ด้านอาหาร คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละช่วงเวลา ($F = 572.264$, $p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาในทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาหาร ตั้งแต่ก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยเฉพาะคะแนนหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย และไม่พบการเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาการติดตาม แสดงให้เห็นว่าคะแนนความรอบรู้ด้านอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะภายหลังการได้รับโปรแกรม

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (Group × Time) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 607.477$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีแนวโน้มคะแนนความรอบรู้ด้านอาหารเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาของการทดลอง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้กลุ่มทดลองมี รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหารที่ก้าวหน้าขึ้นตามระยะเวลาแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารรายคู่ตามเวลา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธี Bonferroni (Post-Hoc Tests) พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{}$ = 35.767, $p < .001$) และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยิ่งขึ้น ($\bar{}$ = 71.900, $p < .001$) อีกทั้งคะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 8 ยังสูงกว่าสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{}$ = 36.133, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหารอย่างต่อเนื่องภายหลังการได้รับโปรแกรม ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และไม่พบความแตกต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($p > .05$) สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรอบรู้ด้านอาหารในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปในระดับต่ำและไม่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ผลการวิจัยกลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านอาหารหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่คำนึงถึงระดับศักยภาพของผู้สูงอายุ เน้นการสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับบริบทศาสนาและวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และผู้นำศาสนาในกระบวนการเรียนรู้ซึ่งช่วยเสริมแรงการเรียนรู้และเอื้อต่อการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลด้านอาหาร ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินความเหมาะสมของข้อมูล และนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับรูปแบบการส่งเสริมดังกล่าวยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านอาหาร ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ชี้ว่าการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพโดยเฉพาะในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์

สุขภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้จริง[14]

2. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในมิติของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Group) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 43.03$, $p < .001$) ซึ่งสะท้อนถึงผลการพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาหารของโปรแกรมที่นำมาใช้ในการวิจัยช่วยกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทำให้โดยภาพรวม กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา

เมื่อพิจารณาในส่วนของผลภายในกลุ่มตามเวลา (Time) พบว่าระยะเวลามีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละช่วงเวลา ($F = 32.67$, $p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้นหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และการคงอยู่ตามระยะเวลาในสัปดาห์ที่ 8 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพียงเล็กน้อยตลอดระยะเวลาการติดตาม

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (Group × Time) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 20.68$, $p < .001$) ซึ่งบ่งชี้ว่า รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในช่วงเวลาดังกล่าวแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลา ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่น้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ก้าวหน้าขึ้นตามระยะเวลา แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายคู่ตามเวลา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธี Bonferroni (Post-Hoc Tests) พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{} = 13.13$, $p < .001$) และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยิ่งขึ้น ($\bar{} = 19.80$, $p < .001$) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 8 ยังสูงกว่าสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{} = 6.67$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในทิศทางที่เหมาะสมและมีความต่อเนื่องตามระยะเวลา ในขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และไม่พบความแตกต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($p > .05$) สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัดตลอดระยะเวลาการติดตาม

ผลการวิจัยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหารไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อระดับความรู้และความเข้าใจเท่านั้น หากแต่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้จริง โดยเฉพาะเมื่อกระบวนการเรียนรู้ถูกออกแบบให้เชื่อมโยงกับบริบทชีวิตประจำวัน ความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรมการบริโภคของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น กระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นช่วยเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านอาหาร และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเลือกอาหาร สามารถปรับเมนูอาหารให้สอดคล้องกับหลักศาสนา ความคุ้นเคย และข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรังหรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ จึงเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และผู้นำศาสนา ยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมแรงเชิงสังคม (social reinforcement) ช่วยสร้างบรรทัดฐานทางสังคมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และลดอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อสภาพแวดล้อมทางสังคมเอื้อต่อการปฏิบัติ ผู้สูงอายุจึงสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารอย่างเป็นระบบยังคงมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงข้อมูลด้านอาหารกับการปฏิบัติจริง ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Institute of Medicine[14] ที่มองว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้และสั่งสมทักษะ (Skill Acquisition) โดยในช่วงแรกกลุ่มตัวอย่างอาจเพียงแค่รับรู้ข้อมูล (Knowledge) แต่เมื่อเวลาผ่านไปจากการวัดครั้งที่ 1 ไปถึงครั้งที่ 3 การทำซ้ำและประสบการณ์ในชีวิตประจำวันช่วยเปลี่ยนความรู้ให้กลายเป็นทักษะ (Functional Literacy) ทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาพรวมนี้แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาเป็นปัจจัยสำคัญในการบ่มเพาะพฤติกรรมใหม่

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม ที่คำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพของบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ความเหมาะสมเชิงแนวคิดและศักยภาพกลไกสำคัญในการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสื่อสารวัฒนธรรมใหม่ใส่ใจสุขภาพ กระบวนการสื่อสารด้านอาหารและโภชนาการที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามและบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น เน้นการปรับเนื้อหา การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาและความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการเนื้อหาโภชนาการและสุขภาพเข้ากับกิจกรรมทางศาสนาและวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำความเข้าใจข้อมูลอาหารโภชนาการ และผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีความหมาย เช่น การสอดแทรกสาระด้านอาหารในกิจกรรมมัสยิดหรือกิจกรรมชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึง การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

การปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพ มุ่งเน้นการนำความรู้ด้านอาหารไปสู่การปฏิบัติจริง ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ การสะท้อนประสบการณ์ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ และเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ

เส้นทางเครือข่ายสุขภาพ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

สาธารณสุข องค์กรชุมชน ครอบครัว และผู้นำศาสนา กลไกสำคัญในการการถ่ายทอดความรู้ การจัดกิจกรรม และการติดตามผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง เครือข่ายดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ สร้างความต่อเนื่องของการเรียนรู้ และเสริมความยั่งยืนของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารในระดับชุมชน เช่น การให้ความรู้ผ่านผู้นำศาสนา โต๊ะอิหม่าม หรือกิจกรรมในมัสยิด เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้การสังสรรค์กลุ่ม 2 ครั้งในระหว่างการติดตาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Interactive Health Literacy) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะเชิงปฏิสัมพันธ์ สร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านอาหาร สร้างการเรียนรู้ร่วมกันและการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในระดับชุมชน

นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อขยายผลไปยัง 13 อำเภอ พบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569 หลังดำเนินการ 8 เดือน พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569 ก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 4 เดือน และหลังดำเนินการ 8 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ 8 เดือน มีค่าคะแนนมากที่สุดในทุกด้าน และผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 30.61 ในปีปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1,466 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.21 โดยลดลงจากกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 22.40

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการสื่อสารสุขภาพที่คำนึงถึงวัฒนธรรมและบริบทของชุมชนมุสลิม โดยสนับสนุนการพัฒนาสื่อสุขภาพที่ใช้ภาษา รูปแบบ และเนื้อหาที่สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ความเข้าใจ และความไว้วางใจต่อข้อมูลสุขภาพ

2) บูรณาการนโยบายส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุเข้ากับ การสร้างทักษะการตัดสินใจและการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเน้นกระบวนการเสริมพลัง (empowerment) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำศาสนา และชุมชน เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

3) ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนา เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน โดยให้บทบาทผู้สูงอายุเป็นแกนกลางในการถ่ายทอดความรู้และเป็นแบบอย่างด้านการบริโภคอาหาร นำไปสู่ความยั่งยืนของการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิม

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1) บุคลากรด้านสุขภาพควรออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่ใช้กระบวนการสื่อสารเชิงวัฒนธรรม เช่น การเล่าเรื่องจากประสบการณ์จริง การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการเรียนรู้และการนำความรู้ไปใช้

2) จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการตัดสินใจและการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง การสนับสนุนจากเพื่อนผู้สูงอายุ และการสะท้อนผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน

3) ส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุในฐานะ แกนนำสุขภาพหรือผู้ถ่ายทอดความรู้ เพื่อขยายผลการเรียนรู้สู่ครอบครัวและชุมชน ผ่านกิจกรรม

เครือข่ายสุขภาพ การเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน และการเชื่อมโยงกิจกรรมสุขภาพกับกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเชิงวัฒนธรรมกับรูปแบบการสื่อสารทั่วไป เพื่อประเมินผลต่อความรอบรู้สุขภาพ การมีส่วนร่วม และความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ของผู้สูงอายุ

2) ศึกษากลไกและปัจจัยที่ส่งผลต่อการขยายผลและความยั่งยืนของเครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น บทบาทผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา และครอบครัว รวมถึงการถอดบทเรียนเพื่อนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบหรือโมเดลที่สามารถประยุกต์ใช้กับชุมชนวัฒนธรรมอื่นได้

3) ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเพื่อติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และระยะเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้อุปสรรค และประโยชน์ของการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของในแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Song, K., Panuthai, S., & Nanasilp, P. (2022). Health literacy and health promoting behaviors among Muslim older adults. *Nursing Journal CMU*, *49*(3), 83–94.
2. Binbai, S., & Chiangkhong, A. (2024). Health information seeking behaviors among Muslim elderly in Pattani Province. *Journal of Information and Learning*, *35*(3), 25–37.
3. กรมการปกครอง. (2566). *รายงานสถิติประชากรตามศาสนา.* กระทรวงมหาดไทย.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *รายงานสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
5. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.
6. วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. กรมอนามัย.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2567). *รายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส.* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส.
8. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, *67*(12), 2072–2078.
9. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. (2015). Measuring health literacy. *International Journal of Public Health*, *60*, 777–787.
10. กรมอนามัย. (2564). *โภชนาการผู้สูงอายุ: แนวทางการดูแลด้านอาหารเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน*. กรมอนามัย.
11. Boone, H. N., & Boone, D. A. (2012). Analyzing Likert data. *Journal of Extension, 50*(2). https://www.joe.org/joe/2012april/tt2.php
12. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology, 22*(140), 1–55.
13. Best, J. W., & Kahn, J. V. (1986). *Research in education* (5th ed.). Prentice-Hall.
14. Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies Press.

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส

Developing a health literacy model to enhance health behavior according to the 3อ principles of the elderly, Narathiwat Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

รูซือมัน อาแวเง๊าะ[1]
Ruzuman Awangoh[1]

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) และใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยและพัฒนาที่ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสานและใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การสังเคราะห์รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ มีการดำเนินงาน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 389 คน ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 29 คน ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส 78 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired samples t-test ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ .820 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบ เท่ากับ .856

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่ถูกพัฒนาใช้แนวคิดแบบจำลอง V-Shape ประกอบด้วย 18 กิจกรรม ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.61, S.D.= .574) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก อ3 มีประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก

การขยายผลและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 13 อำเภอ วันที่ 1 มิถุนายน 2569-31 กรกฎาคม 2569 โดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากละมากที่สุด โดยภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ทั้งโดยรวมและรายด้าน ความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู ในระดับมากที่สุด และ ผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 33.04 ในปีปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1,832 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.26 โดยลดลงจากกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 22.78

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบตามหลัก 3อ, เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ตามหลัก 3 อ

Abstract

This research and development study, utilizing a mixed-methods approach and participatory action research (PAR), aimed to create and develop a health literacy model to enhance healthy behaviors based on the 3A principles (Awareness, Action, and Appropriateness). The objectives were to construct and develop a model and test its effectiveness in promoting healthy behaviors among the elderly. The research was divided into three phases: Phase 1 involved synthesizing the health literacy model, employing both

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุไหงโก-ลกนราธิวาส

qualitative and quantitative research methods with a sample of 389 individuals. Phase 2 focused on creating and developing the model with 29 stakeholders. Phase 3 involved testing the model's effectiveness with a sample of 78 elderly members of the Suai Ko-lok Municipality Senior Citizen Club in Narathiwat Province. Data were collected using a health literacy questionnaire and a satisfaction survey regarding the model. Data were analyzed using descriptive statistics (mean). The standard deviation and paired samples t-test showed that the reliability of the health literacy scale was .820, and the reliability of the satisfaction questionnaire was .856.

The study found that the developed model, using the V-Shape model concept, consisted of 18 activities. The effectiveness test of the model was as follows: 1) The average health literacy score of the elderly increased significantly at the 0.05 statistical significance level. 2) Satisfaction with the model was at the highest level ($\overline{x}$= 4.61, S.D.= .574). The study results show that the health literacy model to promote healthy behaviors based on the 3 principles (A3) is highly effective.

The expansion and evaluation of the effectiveness of the model for promoting food literacy among Muslim elderly in Narathiwat Province, covering 13 districts from June 1, 2026 to July 31, 2026, showed an overall and individual improvement at the high to very high levels. After the experiment, the average health literacy score of the elderly based on the 3 principles (A3) was significantly higher than before the experiment ($p<0.05$), both overall and in each aspect. The overall satisfaction with the health literacy model for promoting healthy behaviors based on the 3A principles (Awareness, Action, and Awareness) among the elderly was at the highest level. Regarding its impact on the health status of the elderly, the study found that the cumulative number of elderly individuals at risk of chronic diseases was 33.04% per year. In the current year, there are 1,832 elderly individuals at risk of non-communicable chronic diseases, representing 10.26%, a decrease from the cumulative average annual percentage of those at risk of chronic diseases (22.78%).

Keywords: Development of a model based on the 3A principles, promoting healthy behaviors, health literacy, based on the 3A principles

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 – 2564) ได้กำหนดแนวทางการ พัฒนาศักยภาพคนให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและการสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดย พัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพและรองรับการเป็น สังคมผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ การติดอาวุธทางปัญญาให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นหนทางหนึ่งที่ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ซึ่งหากได้รับการส่งเสริมจะมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ส่งผลให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวคิดเกี่ยวกับความ รอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ ด้านสุขศึกษา ในปี พ.ศ. 2517[1] ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลกได้ รณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถาบันทางการแพทย์ของอเมริกา Institute of Medicine: IOM ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า “เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการได้รับการจัดการการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น สำหรับการตัดสินใจที่เหมาะสม” โดยอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับทักษะของบุคคลในการ เผชิญกับสถานการณ์สุขภาพ รวมทั้งยังขึ้นกับปัจจัยด้านระบบดูแลสุขภาพ ระบบการศึกษา ปัจจัยทาง สังคมและวัฒนธรรม ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนอีกด้วย ดังนั้น

หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น สอดรับกับข้อมูลในเอกสารประกอบการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ[2] ดังนี้ 1) ประชาชนไทยป่วย เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น 2) ประชาชนไทยประมาณร้อยละ 50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ 3 อ 2 ส ไม่เพียงพอ 3) ประชาชนที่มีโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย 4) ช่องทางการสื่อสารกันเองเป็นวงกว้างมีมากขึ้น ทำให้มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพท่วมท้นล้นทะลักในสังคมไทย (Infobesity) จาก หลากหลายช่องทาง ขาดระบบการคัดกรองและการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และ 5) ประเทศไทยมี ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง ประมาณร้อยละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์ มวลรวม (392,368 ล้านบาท) ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและมีบางส่วนเป็นการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น[3]

ปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการบรรจุอยู่ในแผนการปฏิรูปประเทศ เป็นหนึ่งในสิบประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษาวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2561 เป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการปฏิรูปความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ 1) เพื่อให้ประชาชนไทย ทุกคนมีทักษะการเข้าถึง และประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของ ตนเอง 2) เพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้สุขภาพ และ 3) เพื่อให้ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ ประเมิน และ ปรับใช้ข้อมูลและบริการต่าง ๆ ในสังคม เพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการปฏิรูปที่สำคัญประกอบด้วย การพัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพ การพัฒนาองค์กร ของระบบในสังคมที่สำคัญ 3 ระบบ คือ ระบบองค์กรด้านสาธารณสุข ระบบองค์กรด้านการศึกษา และระบบองค์กรด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อของคนในชุมชน หมู่บ้าน เป้าหมายการพัฒนา คือ การเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการในการจัดบริการของแต่ละองค์กร ด้วย V shape ประกอบกับแนวคิด องค์กรรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Organization) ซึ่งการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม แนวคิด V shape มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถหรือทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบ ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ มีความสำคัญยิ่งต่อผู้สูงอายุ ด้วย 1) อ: อาหาร ซึ่งมี ความจำเป็นมากต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ หากร่างกายขาดอาหารหรือได้รับอาหารมากเกินความจำเป็น ของร่างกายจะเกิดโรค จากการศึกษาของ สุนิศา แสงจันทร์ และคณะ[4] เกี่ยวกับแบบแผนการ บริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อนชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพดีพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่ง ในสามมีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน คือ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสัดส่วนเอวกับสะโพกเกินเกณฑ์ ปริมาณไขมันในเลือดอยู่ในระดับสูง 2) อ: ออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่จะต้องออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ และออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและโรคประจำตัว เพื่อช่วยเสริมความแข็งแรงของร่างกายและป้องกันโรคได้ การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม แม้จะไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุโดยตรง แต่จะช่วยลดภาระในการดูแล และให้บริการสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุได้อย่างมาก และ 3) อ: อารมณ์ คือการจัดการกับอารมณ์ตนเอง โดย สภาพสังคมที่มีการ เปลี่ยนแปลงทางโครงการจากเดิมเป็นครอบครัวขยายปัจจุบันพบว่าเป็น

ครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุอยู่โดย ลำพังมากขึ้น จากการสำรวจสถานการณ์ ผู้สูงอายุไทยในปีพ.ศ.2554 พบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นกลุ่มที่มีความ เปราะบางทางจิตใจอันเนื่องมาจากการสูญเสียสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวปรับใจไม่ทันจะนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุไทยจะมีปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ เครียด วิตกกังวล โรคจิตสมองเสื่อม ซึมเศร้า และการติดสารเสพติด การให้การดูแลทางสังคมจิตใจด้วยการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจถึง ปัจจัยต่างๆ ทางด้านสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับมือกับสภาวะอารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไปได้[5] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมสุขภาพกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ตามแนวคิด V shape ประยุกต์เข้ากับเทคนิคการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วน ร่วม เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบล ประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามาศึกษาปัญหาร่วมกับผู้วิจัย ผ่าน กระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย อนึ่ง เทคนิคการ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ นับเป็นการเริ่มต้นของบุคคลที่อยู่กับปัญหา (Problems people) ซึ่งจะเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีอำนาจร่วมกันในการวิจัย สะท้อนผลการปฏิบัติเป็นวงจรแบบขดลวด โดยเริ่มต้นที่การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกทากาด[6] ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาให้ดี ยิ่งขึ้น อันเป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างขยายผลการจัดกิจกรรมสร้างเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ซึ่งหากทำ สำเร็จจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งต่อประเทศชาติ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของ ผู้สูงอายุ
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ

สมมุติฐานของงานวิจัย

ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ เพิ่มสูงขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการ

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา 2 ระยะ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน เมษายน ถึง - กรกฎาคม 2569 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส ทั้งหมด 89,301 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. การสังเคราะห์รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และปริมาณมีการดำเนินงาน โดย ระยะเวลาที่ศึกษา 1 เมษายน 2569 – 15 เมษายน 2569

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (Purposive sampling) เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ ส่วน

เสีย (Stakeholders) ของชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย นายกองค์เทศมนตรี จำนวน 3 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 3 คน ปลัดเทศบาล จำนวน 3 คน ปลัด อบต. จำนวน 3 คน นักพัฒนาชุมชน จำนวน 3 คน ประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จำนวน 3 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จำนวน 3 คน ผู้รับผิดชอบผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 3 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 29 คน โดยใช้การสนทนา กลุ่ม (focus group discussion) และได้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ คำนวณสูตรของแดเนียล โดยใช้ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จำนวน 389 คน

2. **การขยายผลและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส** โดยคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

(1) อายุไม่เกิน 65 ปี

(2) อาศัยในอำเภอเมืองสตูลมาอย่างน้อย 6 เดือน

(3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

(4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

(1) มีโรคเรื้อรัง

(4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการแทรกแซงได้อย่างสม่ำเสมอ

(5) อยู่ในสถานสงเคราะห์หรือไม่มีที่อยู่อาศัยที่แน่นอนและสามารถจำแนกผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกเป็นรายอำเภอ จำนวน 17,860 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2569-15 เมษายน 2569

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส 15 เมษายน 2569-30 เมษายน 2569

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส 1 พฤษภาคม 2569-31 พฤษภาคม 2569

ระยะที่ 4 ขยายผลและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส 1 มิถุนายน 2569-31 กรกฎาคม 2569

1.2 รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ได้แก่ กิจกรรมในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ซึ่งประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด V-shape ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

1.2.1 การเข้าถึงข้อมูล หมายถึง บอกที่มาของข้อมูล ฝึกทักษะการใช้สื่อออนไลน์ วิเคราะห์แหล่งข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ฝึกคิดและเรียนรู้ด้วยตนเองตามหลัก 3 อ

1.2.2 การเข้าใจข้อมูล หมายถึง นำเสนอปัญหาสุขภาพที่มาจากหลัก 3อ ฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสืบค้นข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ฝึกคิดและเรียนรู้ด้วยตน

1.2.3 การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง ฝึกโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูลเรื่อง หลัก 3อ โดยสืบค้นจากสื่อออนไลน์

1.2.4 การตัดสินใจ หมายถึง เปรียบเทียบผลดีและผลเสียก่อนตัดสินใจเลือกและฝึกกำหนดทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะตามหลัก 3 อ

1.2.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง หมายถึง ตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและฝึกปฏิบัติตามหลัก 3 อ ของผู้สูงอายุ

1.2.6 บอกต่อ หมายถึง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชักชวน ตักเตือน ฝึกทักษะการพูดจูงใจ พูดโน้มน้าว พูดเสริมแรงให้ผู้อื่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้จาก ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์ และคณะ (2563)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด ถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การพักอาศัย จำนวน สมาชิกในบ้าน การประกอบอาชีพในอดีตและปัจจุบัน แหล่งรายได้ปัจจุบัน ความพอเพียงของรายได้ โรค ประจำตัว การใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศ การมีส่วนร่วมในการทำงานด้านสุขภาพ และการสร้างเสริม สุขภาพของตนเองและชุมชนพร้อมกับใส่ใจในการรักษาสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย V-shape ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งแบบจำลอง V-Shape มี 6 องค์ประกอบ จำนวน 39 ข้อ ได้แก่ ความสามารถหรือทักษะการเข้าถึง จำนวน 9 ข้อ การเข้าใจ จำนวน 6 ข้อ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน จำนวน 6 ข้อ การตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ การเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ และการบอกต่อ จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งกำหนดให้ตอบตาม ระดับความเป็นจริงที่ตรงกับของตัวผู้ตอบแบบวัด โดยกำหนดการให้คะแนนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ

มากที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5

มาก ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4

ปานกลาง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3

น้อย ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2

น้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การแปลผล

ดำเนินการโดยนำค่าคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยมี เกณฑ์การแปลผล ดังนี้[8]

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความสามารถหรือทักษะ ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความสามารถหรือทักษะ ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความสามารถหรือทักษะ ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความสามารถหรือทักษะ ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความสามารถหรือทักษะ ในระดับน้อยที่สุด

2.2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) วัดเป็น 5 ระดับ กำหนดการให้คะแนนและความหมายดังนี้

ระดับความพึงพอใจมากที่สุด
ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5
ระดับความพึงพอใจมาก
ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4
ระดับความพึงพอใจปานกลาง
ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3
ระดับความพึงพอใจน้อย
ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2
ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด
ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1

เกณฑ์การแปลผล ดำเนินการโดยนำค่าคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยมี เกณฑ์การแปลผล ดังนี้[8]

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การวัดตัวแปร ดำเนินการโดยนำค่าคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยมีเกณฑ์ การแปลผล ดังนี้[8]

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้ศึกษานำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ในส่วนของแบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ แบบประเมินความพึง พอใจของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน พิจารณา ความถูกต้องของเนื้อหาและประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Item Objective Congruence Index) โดยผู้วิจัยพิจารณาแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะแก้ไข

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ในส่วนของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อ เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มี ต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ได้ทำการทดสอบคุณภาพ เครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ แบบสอบถามความพึงพอใจของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี จำนวน 35 คน เพื่อ ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการทดสอบความ เชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิแอลฟ่า

(Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อ เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ คือ .820 และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้าง พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ คือ .856

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้ดำเนินการขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณา โครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เลขที่อนุมัติโครงการวิจัย 11/2569 ทั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในกระบวนการวิจัยได้ลงนามแสดงความสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการ วิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการตัดสินใจและสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติเชิง พรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ย (Compare means) ภายในกลุ่มด้วยสถิติเชิงอนุมานคือ Paired Samples t-test ในการเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของ ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงาน และ F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVA ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของ ผู้สูงอายุและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ระหว่างอำเภอ กำหนด นัยสำคัญที่ระดับ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเตรียมสร้างรูปแบบจากข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารด้วยการตีความและเรียบเรียงตรวจสอบร่วมกัน และสังเคราะห์ การอธิบาย การวิพากษ์ การวิจารณ์ และการแสดงความคิดเห็น

2.2 การวิเคราะห์บอกเล่าจากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนา แล้ววิเคราะห์เรียบเรียง นำไปสู่กระบวนการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลสำคัญ

2.3 การตีความข้อมูล เป็นการพยายามดึงความหมายออกจากข้อมูลที่มีอยู่เพื่อทำความเข้าใจข้อมูล

ผลการศึกษา

จากผลการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการ์และสภาพปัญหาผู้สูงอายุและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ ในองค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูลเรื่องอาหาร ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.66, S.D =1.277) การเข้าถึงข้อมูลเรื่องออกกำลังกายระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.75, S.D=1.325) และการเข้าถึงข้อมูลเรื่องการอารมณ์ ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =2.69, S.D=1.328) การเข้าถึงข้อมูลเรื่อง 3อ ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติด้านอาหาร ระดับมาก ($\bar{x}$ =3.85, S.D =.928) ด้านการออกกำลังกายระดับมาก ($\bar{x}$ =3.97, S.D=.719) และด้านอารมณ์ ระดับมาก ($\bar{x}$ =3.88, S.D=.843) การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง 3อ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านอาหาร ระดับมาก ($\bar{x}$ =3.80, S.D =1.296) ด้านการออกกำลังกายระดับมาก ($\bar{x}$ =3.47, S.D=1.315) และด้านอารมณ์ ระดับมาก ($\bar{x}$ =3.62, S.D=1.233) การตัดสินใจเรื่อง 3อ ด้านอาหาร ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.24, S.D =1.282) ด้านการออกกำลังกายระดับ

ปานกลาง ($\bar{X}$ =3.17, S.D=1.075) และด้านอารมณ์ ระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.30, S.D=1.123) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง เรื่อง 3อ ด้านอาหาร ระดับมาก ($\bar{X}$ =3.95, S.D =.941) ด้านการออกกำลังกายระดับมาก ($\bar{X}$ =3.94, S.D=.944) และด้านอารมณ์ ระดับมาก ($\bar{X}$ =3.95, S.D=.940) บอกต่อเรื่อง 3อ ด้านอาหาร ระดับมาก ($\bar{X}$ =4.02, S.D =.842) ด้านการออกกำลังกายระดับมาก ($\bar{X}$ =3.85, S.D=.934) และด้านอารมณ์ ระดับมาก ($\bar{X}$ =3.90, S.D=.923)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ได้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ได้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ฯ ประกอบไปด้วย 18 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1-3 ความสามารถหรือทักษะการเข้าถึงข้อมูล กิจกรรมที่ 4-6 ความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูล กิจกรรมที่ 7-9 ความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมที่ 10-12 ความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจ กิจกรรมที่ 13-15 ความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ 16-18 ความสามารถหรือทักษะการบอกต่อ

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ ตามองค์ประกอบ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ 3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการเข้าถึงข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีความสามารถหรือทักษะการเข้าถึงข้อมูลตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.18 (S.D.=10.027) และภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความสามารถหรือทักษะการเข้าถึงข้อมูลตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.34 (S.D.=3.705) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลักการทดลอง พบว่าคะแนนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูลตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.47 (S.D.= 4.105) และภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูลตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.02 (S.D.= 2.004) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลักการทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.08 (S.D.= 4.725) และภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.25 (S.D.= 2.082) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลักการทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ

องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจก่อนและหลังการทดลองก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.08 (S.D.= 2.604) และภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.75 (S.D.= 1.824) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลักการทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 3.5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.56 (S.D.= 4.881) และภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.84 (S.D.= 2.251) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลักการทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 3.6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการบอกต่อ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.66 (S.D.= 4.681) และภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.45 (S.D.= 2.351) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลักการทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 3.7 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 136.05 (S.D.= 14.398) และภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ มีค่าคะแนนเฉลี้ยเท่ากับ 173.95 (S.D.= 7.315) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลักการทดลองพบว่าคะแนนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 3.8 ความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.61, S.D.= .574)

ระยะที่ 4 ขยายผลและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 13 อำเภอ วันที่ 1 มิถุนายน 2569-31 กรกฎาคม 2569

4.1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการเข้าถึง ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

การเข้าถึงข้อมูลเรื่องอาหาร ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.07, S.D =.55) หลังการทดลองมีระดับมาก ($\bar{x}$ =4.54, S.D=.53) การเข้าถึงข้อมูลเรื่องออกกำลังกาย ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.14, S.D=.74) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.62, S.D=.48) และการเข้าถึงข้อมูลเรื่องการอารมณ์ ก่อนทดลองระดับน้อย ($\bar{x}$ =2.69, S.D=060) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.61, S.D=.50)

ความเข้าใจข้อมูลเรื่องอาหาร ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.17, S.D=.79) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.66, S.D=.50) ความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูล เรื่องออกกำลังกาย ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.92, S.D=.72) หลังการทดลองมีระดับมาก ($\bar{X}$ =4.55, S.D=.65) และความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูลเรื่องอารมณ์ ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.05, S.D=.83) หลังการทดลองมีระดับมาก ($\bar{X}$ =4.57, S.D=.60)

การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอาหาร ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.00, S.D=.78) หลังการทดลองมีระดับมาก ($\bar{X}$ =4.52, S.D=.64) ความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบ ซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องออกกำลังกาย ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.01, S.D=.80) หลังการทดลองมีระดับมาก ($\bar{X}$ =4.57, S.D=.62) และความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอารมณ์ ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.14, S.D=.81) หลังการทดลองมีระดับมาก ($\bar{X}$ =4.57, S.D=.57)

การตัดสินใจเรื่องอาหาร ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.93, S.D=.98) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.63, S.D=.92) ความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจเรื่องออกกำลังกาย ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.16, S.D=.78) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.65, S.D=.51) และความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจเรื่องอารมณ์ ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.96, S.D=.68) หลังการทดลองมีระดับมาก ($\bar{X}$ =4.58, S.D=.61)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเรื่องอาหาร ก่อนทดลองระดับปานกลางก ($\bar{X}$ =3.07, S.D=.96) หลังการทดลองมีระดับมาก ($\bar{X}$ =4.52, S.D=.83) ความสามารถ หรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเรื่องออกกำลังกาย ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.95, S.D=.86) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.45, S.D=.87) และความสามารถ หรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเรื่องอารมณ์ ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.96, S.D=.90) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.49, S.D=.87)

การบอกต่อเรื่องอาหาร ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.01, S.D = 0.83) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.43, S.D=.89) ความสามารถหรือทักษะการบอกต่อเรื่องออกกำลังกาย ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.87, S.D=.91) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.43, S.D=.91) และองค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการบอกต่อเรื ่องอารมณ์ ก่อนทดลองระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =3.10, S.D=.80) หลังการทดลองมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.42, S.D=.77)

4.2 ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ ตามองค์ประกอบระหว่างอำเภอ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ ตามองค์ประกอบ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ทั้งโดยรวมและรายด้าน

4.4 ความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.53, S.D.= .36) เมื่อแยกรายประเด็น พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด คือ เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ การใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของ

ผู้สูงอายุคุ้มค่ากับเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน ($\bar{X}$= 4.72, S.D.= .62) และการกำหนดขั้นตอนการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชัดเจน รองลงมาการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการเข้าร่วมกิจกรรมและมีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้ ($\bar{X}$= 4.65, S.D.=.0.90)

4.5 ผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 33.04 ในปีปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1,832 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.26 โดยลดลงจากกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 22.78

สรุปและอภิปรายผล

จากการสร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก อ ของผู้สูงอายุผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การสร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุที่ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ของเทศบาลเมืองสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ตามแนวคิดของแบบจำลอง V-shape สอดคล้องกับเอกสารประกอบการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องการปฏิรูปด้านสาธารณสุข : ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข[2] ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบจำลอง V-Shape 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ตามแบบจำลอง V-Shape ทั้ง 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 18 กิจกรรม มีลักษณะเด่นดังต่อไปนี้

1.1 องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการเข้าถึงข้อมูล ผู้สูงอายุต้องการเรียนรู้เรื่องการเข้าถึงข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ ดังนั้นกิจกรรมจึงสามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถหรือทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพิ่มขึ้น

1.2 องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูล เนื่องจากการวิเคราะห์กรณีตัวอย่างที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีการกระตุ้นให้ฝึกคิด วิเคราะห์ จึงทำให้มีความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูลเพิ่มขึ้น

1.3 องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เนื่องกิจกรรมให้การพูดคุย แลกเปลี่ยน และการตั้งคำถามเชิงบวก ซึ่งเป็นทักษะที่ทำให้ผู้สูงอายุทุกคนมีส่วนร่วมและสามารถโต้ตอบซักถามกันเองภายในกลุ่มได้ดียิ่งขึ้น และกระตุ้นให้คิดและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จึงทำให้มีความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบซักถามเพิ่มขึ้น

1.4 องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เน้นฝึกปฏิบัติการตัดสินใจ และวิเคราะห์ข้อมูล โดยการเปรียบเทียบผลดีและผลเสียจากกรณีตัวอย่างของผู้สูงอายุเอง ส่งเสริมให้เกิดความสนใจในการแสดงความคิด จนนำไปสู่ความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจ

1.5 องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการเข้าถึงข้อมูล องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะความเข้าใจข้อมูล องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และองค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจก่อให้เกิดการตัดสินใจเลือกกิจกรรม โดยมีการวางแผนการปรับพฤติกรรมตามหลัก 3อ และนำมาฝึกปฏิบัติ เรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย

เพื่อสุขภาพ และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

1.6 องค์ประกอบความสามารถหรือทักษะการบอกต่อ จากกิจกรรมการฝึกทักษะการพูดจูงใจ / โน้มน้าวและตักเตือน รวมทั้งการเสริมแรงบวกเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถหรือทักษะการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หลัก 3อ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ มีประสิทธิผลอยู ในระดับดีมาก รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุจึงสามารถนำไปใช้ปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้

2. การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาประกอบด้วย 18 กิจกรรม ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ดังนี้

1) ผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 (p value <0.05) ตามแบบจำลอง V-Shape 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวที่ถูกพัฒนาขึ้นจาก กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเข้าใจและเข้าถึงบริบทปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งยังเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุนั้นเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความตื่นตัวและพร้อมรับการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของทัดตา สุภากูลย์[9] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กนักเรียน โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าในกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ประทุมโทน พนารัตน์ เจนจบ สมตระกูล ราศิริ และนันทวรรณ ธีรพงศ์[10] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ผลการประเมินพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตสูงขณะคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ ความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบมีลักษณะที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

2) ผู้สูงอายุมีความความพึงพอใจต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.612, S.D.= .574) สอดคล้องกับงานวิจัยของสมรทิพย์ วิภาวนิช และนรินทร์ สังข์รักษา[11] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสุขภาวะชุมชน พบว่ามีความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสุขภาวะชุมชนในภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

และยังส่งผลให้การขยายผลและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 13 อำเภอ วันที่ 1 มิถุนายน 2569-31 กรกฎาคม 2569 โดยรวมและรายด้านเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับมากละมากที่สุด โดยภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ทั้งโดยรวมและรายด้าน ความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และ ผล

ต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 33.04 ในปีปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 1,832 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.26 โดยลดลงจากกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 22.78

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการสร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ในส่วนของการเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจึงควรศึกษาในเชิงคุณภาพในด้านการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก 3อ เพื่อจะได้นำข้อมูลปรับปรุงรูปแบบจนสามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางสุขภาพ 3อ และสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดนราธิวาส ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษากับผู้สูงอายุที่พักอาศัยในจังหวัดอื่นๆ เนื่องจากมีบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Ivancevich, J.M. and others.(1989). Management : Principle and Functions. 4th ed. Boston : Richard D. Irwin, Inc.
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. (ม.ป.ท.). เอกสารประกอบการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้าน สาธารณสุข ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องและประเด็นการปฏิรูปด้านสาธารณสุข : ประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. 2563. สถิติ สาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.
4. สุนิศา แสงจันทร์ ศิริพร จันทร์ฉาย พัชนา ใจดี และวนัสรา เชาวน์นิยม. (2558). รายงานวิจัยเรื่อง แบบแผนการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และปัจจัยขับเคลื่อน ชุมชนผู้สูงอายุสุขภาพ ดี. สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2566 จาก http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/1671?show=full.
5. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนบริการวิชาการ 2. (2558). โครงการจัดการศึกษาการจัดสวัสดิการที่ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและสนับสนุน
6. Kemmis, S; and Mc Taggart, R. (1988). The Action Research planner.
7. วชิระ เพ็งจันทร์. (2562). เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคคลเพื่อ สนับสนุนงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร
8. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
9. ทัดตา สุภากูลย์. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กนักเรียน โรงเรียน ตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่ทุรกันดาร อำเภอสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก.
10. วรรณภา ประทุมโทน พนารัตน์ เจนจบ สมตระกูล ราศิริ และนันทวรรณ ธีรพงศ์ (2562). การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะ สุขภาพของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 28 ฉบับ พิเศษ : 96-108.
11. สมรทิพย์ วิภาวนิช และนรินทร์ สังข์รักษา. (2559). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพตาม ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อสุขภาวะชุมชน. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ ปีที่ 9 ฉบับที่ 2: 12071223.

ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้องต่อทักษะการให้นมทารก การขับถ่าย น้ำหนักตัว และระดับบิลิรูบินของทารกแรกเกิดในมารดาที่มีบุตรคนแรก

The effects of a hands-off technique breastfeeding skills training program on breastfeeding skills, excretion, body weight, and neonatal bilirubin levels among first-time mothers.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

มินตรา ภักดีศรี[1] สมสกูล นีละสมิต[2]
Mintra Phakdeesri[1] Somsakhool Neelasamith[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้องต่อทักษะการให้นมทารก การขับถ่าย น้ำหนักตัว และระดับบิลิรูบินของทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด 42 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯร่วมกับการดูแลตามมาตรฐาน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว เครื่องมือทดลองคือโปรแกรมฯที่พัฒนาขึ้น มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC=0.87) รวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินทักษะการให้นมทารก แบบบันทึกการขับถ่าย น้ำหนักตัว และระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารกมีค่าความตรงและความเชื่อมั่นที่ 0.706 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ Chi-square test, Mann–Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีทักษะการให้นมทารกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) ทารกกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระในวันที่ 3 หลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) ในขณะที่จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะ เปอร์เซ็นต์น้ำหนักตัวที่ลดลง และระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารกไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, เทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง, ทักษะการให้นมทารก, มารดาที่มีบุตรคนแรก , ทารกแรกเกิด, ระดับบิลิรูบิน

Abstract

This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design to examine the effects of a breastfeeding skills training program using a hands-off technique on breastfeeding skills, elimination, weight loss, and bilirubin levels in newborns. The sample consisted of 42 postpartum mother–newborn dyads, with 21 dyads assigned to the experimental group and 21 to the control group. The experimental group received the breastfeeding skills training program in addition to standard care, whereas the control group received standard care alone.

The intervention was a researcher-developed breastfeeding skills training program with a content validity index (IOC) of 0.87. Data were collected using a breastfeeding skills assessment form, an infant elimination record, and measures of infant body weight and transcutaneous bilirubin levels. The data collection instruments demonstrated a validity and reliability coefficient of 0.706. Data were analyzed using descriptive

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์
[2] อาจารย์สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

statistics, and differences between groups were examined using the chi-square test, Mann–Whitney U test, and Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that mothers in the experimental group had significantly higher breastfeeding skills scores after receiving the program compared with their pre-intervention scores and with those of the control group ($p < .001$). Newborns in the experimental group had a significantly higher frequency of stool elimination on day 3 postpartum than those in the control group ($p = .008$). However, no significant differences were found between the groups in the frequency of urination, percentage of body weight loss, or transcutaneous bilirubin levels.

Keywords: Breastfeeding skills training program, hands-off technique, breastfeeding skills, primiparous mothers, newborns, elimination, body weight, bilirubin levels.

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั้งในทารกคลอดครบกำหนดและทารกคลอดก่อนกำหนด[1] หากไม่ได้รับการประเมินและดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารกโดยเฉพาะผลกระทบต่อระบบประสาทและพัฒนาการในระยะยาวได้[2] อุบัติการณ์ของ ภาวะตัวเหลืองมีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติและบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยการศึกษาอย่างเป็นระบบพบว่า ทวีปแอฟริกาเป็นภูมิภาคที่พบภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดสูงที่สุด รองลงมาคือภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3] สำหรับประเทศไทย ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยมีรายงานอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 23.9 ของทารกแรกเกิดมีชีพ[4] เช่นเดียวกับข้อมูลของหอผู้ป่วยหลังคลอด 2ข โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าอุบัติการณ์ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.8 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 31.2 ในปี พ.ศ. 2566[5]

ภาวะตัวเหลืองสามารถพบได้โดยทั่วไปในทารกแรกเกิด ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมีสาเหตุหลักมาจากหลายประการ โดยเฉพาะการทำงานของเอนไซม์ตับที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ความสามารถในเปลี่ยนสารบิลิรูบิน(สารเหลือง)จากชนิดที่ไม่ละลายน้ำให้สามารถละลายน้ำและขับออกจากร่างกายในรูปแบบปัสสาวะอุจจาระได้น้อย ประกอบกับเม็ดเลือดแดงของทารกที่มีอายุสั้นกว่าผู้ใหญ่ทำให้แตกสลายง่าย และระบบทางเดินอาหารยังทำงานได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้สารบิลิรูบินสะสมในร่างการจนมีระดับสูง[6] ซึ่งส่งผลให้ตรวจพบภาวะตัวเหลืองได้จากอาการแสดงทางผิวหนังทารกเกิดเป็นภาวะตัวเหลือง ทางสรีวิทยาซึ่งมักจะตรวจพบอาการเมื่อทารกมีอายุมากกว่า 24 ชั่วโมงหลังคลอดไปแล้ว แต่หากตรวจพบภาวะตัวเหลืองภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มักจะเกิดจากพยาธิสภาพหรือการเจ็บป่วยของทารกซึ่งมาจากการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ ความผิดปกติของหมู่เลือด ภาวะพร่องเอนไซม์ G-6-PD หรือความผิดปกติของการทำงานของตับและทางเดินน้ำดี[7]

นอกจากสาเหตุหลักแล้วยังพบว่าภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย โดยเฉพาะการได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ (breastfeeding jaundice) ซึ่งมักพบในช่วงวันที่ 3–4 หลังคลอด การได้รับน้ำนมไม่เพียงพอส่วนหนึ่งเกิดจากมารดาขาดทักษะการให้นม โดยเฉพาะการจัดท่าอุ้มและการนำทารกเข้าเต้าที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ทารกดูดนมได้ไม่มีประสิทธิภาพและได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ[8] เมื่อทารกได้รับน้ำนมน้อย การเคลื่อนไหวของลำไส้และการขับถ่ายลดลง ส่งผลให้การขับบิลิรูบินออกจากร่างกายลดลงและเพิ่มการดูดกลับของบิลิรูบิน

จากลำไส้เข้าสู่กระแสเลือด (enterohepatic circulation) ทำให้ระดับบิลิรูบินเพิ่มขึ้นและเกิดภาวะตัวเหลืองได้[2] ดังนั้น การส่งเสริมให้ทารกได้รับน้ำนมแม่อย่างเพียงพอจึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะตัวเหลืองที่สามารถดำเนินการได้ตั้งแต่ระยะหลังคลอด[9,10]

การส่งเสริมทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรประกอบด้วยการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติโดยเน้นการจัดท่าอุ้ม การนำทารกเข้าเต้า และการดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้มารดามีความมั่นใจในการปฏิบัติด้วยตนเอง[11] การฝึกทักษะด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง (hands-off technique) เป็นแนวทางที่ให้มารดาเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเอง โดยพยาบาลทำหน้าที่สาธิต ให้คำแนะนำ และสังเกตการปฏิบัติแทนการใช้มือช่วยจัดท่าหรือจับทารกโดยตรง วิธีดังกล่าวช่วยส่งเสริมการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและเพิ่มความมั่นใจของมารดาในการให้นมบุตร นอกจากนี้ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura's Self-Efficacy Theory) สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการส่งเสริมความเชื่อมั่นของมารดา โดยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การใช้ตัวแบบ และการให้กำลังใจ ซึ่งมีส่วนช่วยให้มารดาสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสม[12]

หอผู้ป่วยหลังคลอด 2ข โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ให้การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดตามมาตรฐานการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบันได 10 ขั้น อย่างไรก็ตาม ยังพบแนวโน้มของทารกที่มีภาวะตัวเหลืองร่วมกับการได้รับน้ำนมไม่เพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2565 โดยส่วนใหญ่พบในมารดาที่มีบุตรคนแรก มารดาที่น้ำนมมาช้า และมารดาที่มีพฤติกรรมการให้นมไม่ถูกต้อง จากการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลพบว่า การสอนทักษะการให้นมยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาล และส่วนใหญ่ใช้วิธีช่วยจัดท่าและจับทารกเข้าเต้าโดยตรง ซึ่งแม้ช่วยให้ทารกเข้าเต้าได้ในระยะแรก แต่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถและความมั่นใจของมารดาในการปฏิบัติด้วยตนเอง[13] นอกจากนี้ ผลการประเมินทักษะการให้นมของมารดาที่มีทารกภาวะตัวเหลือง พบว่ามารดายังมีข้อจำกัดในการจัดท่าอุ้มและการนำทารกเข้าเต้าอย่างถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้ทารกดูดนมได้ไม่เต็มประสิทธิภาพและได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ[14] จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ทารกได้รับน้ำนมแม่อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการให้นมของมารดาที่มีบุตรคนแรกเป็นแนวทางสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลือง ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง (hands-off technique) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม มุ่งเน้นการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติจริง และการสร้างความมั่นใจให้มารดาสามารถปฏิบัติทักษะการให้นมได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายที่เหมาะสม และลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่มีบุตรคนแรกให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้องต่อทักษะการให้นมทารก จำนวนการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ เปอร์เซ็นต์ลดของน้ำหนักตัว

และระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารกแรกเกิดในมารดา หลังคลอดที่มีบุตรคนแรก ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด 2ข โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนทักษะการให้นมทารกมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนทักษะการให้นมทารกสูงกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ทารกที่มารดาได้รับโปรแกรมฯ มีจำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระมากกว่าทารกที่มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ทารกที่มารดาหลังคลอดได้รับโปรแกรมฯ มีเปอร์เซ็นต์น้ำหนักลดน้อยกว่าทารกที่มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ทารกที่มารดาหลังคลอดได้รับโปรแกรมฯ ทารกมีระดับบิลิรูบินทางผิวหนังน้อยกว่าทารกที่มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two – group pre-posttest research design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรก และทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์ครบกำหนด ซึ่งเข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด 2ข โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่มีการคลอดปกติทางช่องคลอดครั้งแรกและทารกแรกเกิดอายุครรภ์ครบกำหนด (≥ 37 สัปดาห์) ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอด 2ข โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอิสระ 2 กลุ่ม [t tests: Means-Difference between two independent means (two groups)] โดยกำหนดการทดสอบแบบสองทาง (two-tailed test) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power; 1–β) เท่ากับ .80 ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ตามแนวคิดของ Cohen[15] โดยพิจารณาจากการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษา ครั้งนี้ ของวิมลรัตน์ แสงจันทร์[11] ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชมารดาต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับน้ำนมไม่เพียงพอและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 42 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย และกลุ่มควบคุม 21 ราย โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย ได้แก่มารดามีอายุ 18–34 ปี มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอดทารกครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด และไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีหัวนมและลานนมปกติ สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการ

วิจัย ส่วนทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป ไม่มีความพิการแต่กำเนิดหรือภาวะผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการดูดนม ไม่มีการบาดเจ็บจากการคลอด และไม่มีโรคเลือด โรคตับ หรือโรคระบบทางเดินอาหาร ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ มารดาและทารกไม่สามารถอยู่ร่วมกันหลังคลอด มารดามีหมู่เลือด O ทารกได้รับนมผสม สำหรับเกณฑ์การถอดถอนออกจากการศึกษา ได้แก่ มารดาหรือทารกเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ทารกมีภาวะหายใจผิดปกติ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะตัวเหลืองภายใน 24 ชั่วโมง หลังคลอดหรือจำเป็นต้องได้รับการส่องไฟ มารดาและทารกต้องแยกจากกัน มารดาขอถอนตัว หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[16] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ 2) การสร้างประสบการณ์จากต้นแบบ โดยใช้สื่อวิดีโอและการสาธิตทักษะการจัดท่าให้นม การนำทารกเข้าเต้า และการนวดกระตุ้นเต้านมด้วยเทคนิคมาร์เมต 3) การสร้างประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยให้มารดาฝึกปฏิบัติทักษะด้วยตนเองร่วมกับทารก และ 4) การเสริมพลังบวกเพื่อสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก 2) แบบสังเกตการปฏิบัติทักษะการให้นมทารก จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมทักษะการจัดท่าให้นม การนำทารกเข้าเต้า กำหนดการให้คะแนนแบบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน รวมคะแนน 0–10 คะแนน และแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom[17] เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง 3) แบบบันทึกการติดตามการให้นมและการช่วยเหลือ 4) แบบบันทึกน้ำหนักทารก 5) แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และ 6) แบบบันทึกระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารก โดยประเมินด้วยเครื่อง Dräger Jaundice Meter JM-105[18] เมื่ออายุ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา Bandura[16] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ สื่อวิดีโอเรื่องภาวะตัวเหลืองกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแผนการสอนรายบุคคลเรื่องทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งครอบคลุมทักษะการจัดท่าให้นมทารก การนำทารกเข้าเต้า และการนวดกระตุ้นเต้านมด้วยเทคนิคมาร์เมต โดยใช้เทคนิคไม่ใช้มือจับต้องในการฝึกปฏิบัติ เครื่องมือทั้ง 2 ส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์สาขากุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการผดุงครรภ์ 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษด้านมารดาและทารก 1 ท่าน โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่า เครื่องมือมีค่า IOC โดยรวมเท่ากับ 0.87 ซึ่งแสดงถึงความตรงด้านเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในระดับที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก แบบสังเกตการปฏิบัติทักษะการให้นมทารก แบบบันทึกการติดตามการให้นมทารกและการช่วยเหลือ แบบบันทึกน้ำหนักทารก แบบบันทึกการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของทารก และแบบบันทึกระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารก เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่าเครื่องมือทั้ง 6 ส่วนมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ 0.80 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีมากและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้[19]

แบบสังเกตการปฏิบัติทักษะการให้นมทารก ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยการตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยใช้สถิติแคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa: **K**) ตามแนวคิดของ Cohen[20] ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสังเกตดังกล่าวไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดจำนวน 10 ราย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (IRR) เท่ากับ 0.706 ซึ่งแสดงถึงความสอดคล้องกันในระดับดีมากระหว่างผู้ประเมิน ตามเกณฑ์การแปลผลของ Landis และ Koch[21] จึงถือว่าแบบสังเกตการปฏิบัติทักษะการให้นมทารกมีความเที่ยงเพียงพอสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมทั้งได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงาน แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะ 12 ชั่วโมงหลังคลอด เก็บข้อมูลทั่วไปและประเมินทักษะการให้นมก่อนการทดลอง (Pre-test) จากนั้นได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมาตรฐานของหน่วยงาน ระยะ 12–24 ชั่วโมง ได้รับคำแนะนำการให้นมด้วยเทคนิคมือจับต้องการประเมิน LATCH Score และติดตามการขับถ่าย น้ำหนัก และระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง ระยะ 25–48 ชั่วโมง ยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐาน พร้อมเก็บข้อมูลน้ำหนัก การขับถ่าย และระดับบิลิรูบินเมื่อทารกอายุครบ 48 ชั่วโมง และ ระยะ 49–72 ชั่วโมง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเช่นเดิม และเมื่อทารกอายุครบ 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยประเมินน้ำหนัก การขับถ่าย ระดับบิลิรูบิน และทักษะการให้นมหลังการทดลอง (Post-test) จากนั้นมอบคิวอาร์โค้ดสื่อการเรียนรู้และสิ้นสุดการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลอง ได้รับการดำเนินการศึกษาเป็น 4 ระยะ ดังรายละเอียดดังนี้

2.1 ระยะ 12 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและประเมินทักษะการให้นมก่อนการทดลอง (Pre-test) จากนั้นได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยงาน

2.2 ระยะ 12–24 ชั่วโมงหลังคลอด มารดาและทารกได้รับการดูแลตามมาตรฐาน พร้อมติดตามการให้นม การขับถ่าย น้ำหนัก และ

ระดับบิลิรูบินทางผิวหนังเมื่อทารกอายุครบ 24 ชั่วโมง

2.3 ระยะ 25–48 ชั่วโมงหลังคลอด มารดาได้รับ โปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ การเรียนรู้จากต้นแบบผ่านวิดีโอและการสาธิต การฝึกปฏิบัติด้วยตนเองกับทารกจริงโดยได้รับคำแนะนำแบบไม่ใช้มือจับต้อง และการเสริมพลังบวก ใช้เวลาประมาณ 50–60 นาที หลังจากนั้นติดตามและให้คำแนะนำการจัดท่าและการนำทารกเข้าเต้าทุก 2–3 ชั่วโมง พร้อมเก็บข้อมูลน้ำหนัก การขับถ่าย และระดับบิลิรูบินเมื่อทารกอายุครบ 48 ชั่วโมง

2.4 ระยะ 49–72 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยติดตามการปฏิบัติทักษะการให้นมทุก 2–3 ชั่วโมงด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง และเมื่อทารกอายุครบ 72 ชั่วโมง ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ได้แก่ น้ำหนัก การขับถ่าย ระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง และประเมินทักษะการให้นมทารก โดยให้มารดาปฏิบัติการจัดท่าและนำทารกเข้าเต้า ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นถือเป็นการสิ้นสุดการศึกษาในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลทั่วไป ด้านเศรษฐกิจและสังคม และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐานและอันดับควอไทล์ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบคะแนนทักษะการให้นมทารกก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test และเปรียบเทียบคะแนนทักษะการให้นม จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ น้ำหนักตัว และระดับบิลิรูบินทางผิวหนังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Mann–Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE681277 เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2568 และได้รับการต่ออายุการรับรองเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มารดากลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.33 ปี (SD = 4.82) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี ร้อยละ 38.10 เท่ากัน ขณะที่มารดากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 26.29 ปี (SD = 5.46) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับ ปวส. ร้อยละ 38.10 ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.00 มีปริมาณน้ำนมแรกรับระดับคะแนน 0 และมีระดับความปวด 1–3 คะแนนในสัดส่วนใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ทารกแรกเกิดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คลอดที่อายุครรภ์ 37–38 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิด 2,801–3,300 กรัม โดยทารกทุกรายมี Apgar score นาทีที่ 1, 5 และ 10 อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม ร้อยละ 100.00 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทารกระหว่างสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทักษะการให้นมทารก ก่อนการวิจัย มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการให้นมเฉลี่ย 1.24 คะแนน (S.D. = 0.54) มัธยฐานที่ 1 (IQR=0) คะแนน ภายหลังการศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 8.90 คะแนน (S.D. = 0.63) มัธยฐาน

ที่ 9 (IQR=1) คะแนนทักษะการให้นมทารกในกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ย 1.29 (S.D.=0.56) มัธยฐานที่ 1 (IQR=0) คะแนน และหลังการวิจัยมีคะแนนทักษะเฉลี่ย 5.67 (S.D.=0.97) คะแนน มัธยฐานที่ 6 (IQR=1) คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการให้นมทารกก่อนและหลังการวิจัยด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดท่า การนำทารกเข้าเต้า และคะแนนรวมทักษะการให้นมทารกหลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการให้นมทารกของมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองก่อนและหลังการวิจัย (Wilcoxon Signed-Rank Test)

คะแนนทักษะการให้นมทารก	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา	Z	p-value
	Median (IQR)	Median (IQR)		
การจัดท่าให้นมทารก	1.00 (0)	4.00 (1)	-4.148	<.001*
การนำทารกเข้าเต้า	0.00 (0)	5.00 (1)	-4.097	<.001*
คะแนนรวม	1.00 (0)	9.00 (1)	-4.091	<.001*

หมายเหตุ : กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ p< 0.05

เปรียบเทียบคะแนนทักษะการให้นมทารกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann–Whitney U test พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนการจัดท่าให้นมทารก คะแนนการนำทารกเข้าเต้า และคะแนนรวมทักษะการให้นมทารกของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Z = -0.409, 0.000 และ -0.352 ตามลำดับ ($p = .682$, 1.000 และ .725 ตามลำดับ) ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดท่า ให้นมทารก คะแนนการนำทารกเข้าเต้า และคะแนนรวมทักษะการให้นมทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Z = -4.879, -5.555 และ -5.673 ตามลำดับ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนทักษะการให้นมทารกของมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Mann–Whitney U test)

ระยะเวลา	ค่าคะแนนทักษะการให้นมทารก	กลุ่มควบคุม (n=21)	กลุ่มทดลอง (n=21)	Z	P-Value
		Median (IQR)	Median (IQR)		
ก่อนทดลอง	การจัดท่าให้นมทารก	1.00 (0)	1.00 (0)	-0.409	.682
	การนำทารกเข้าเต้า	0.00 (0)	0.00 (0)	0.000	1.000
	รวม	1.00 (1)	1.00 (0)	-0.352	.725
หลังทดลอง	การจัดท่าให้นมทารก	2.00 (1)	4.00 (1)	-4.879	<.001*
	การนำทารกเข้าเต้า	3.00 (1)	5.00 (1)	-5.555	<.001*
	รวม	6.00 (1)	9.00 (1)	-5.673	<.001*

หมายเหตุ : กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ p< 0.05

จำนวนครั้งการขับถ่าย น้ำหนักตัวทารก และระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารก วิเคราะห์จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะของทารก พบว่า ทารกกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะในวันที่ 1 หลังคลอด เฉลี่ย 2.52 (S.D. = 0.93) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (IQR = 1) วันที่ 2 หลังคลอด เฉลี่ย 2.86 (S.D. = 0.66) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ครั้ง (IQR = 1) และวันที่ 3 หลังคลอด เฉลี่ย 2.95 (S.D. = 1.20) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ครั้ง (IQR = 2) ในขณะที่ทารกกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะในวันที่ 1 หลังคลอด เฉลี่ย 2.48 (S.D. = 0.98) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (IQR = 1) วันที่ 2 หลังคลอด เฉลี่ย 2.71 (S.D. = 0.85) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ครั้ง (IQR = 1) และวันที่ 3 หลังคลอด เฉลี่ย 3.52 (S.D. = 0.93) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ครั้ง (IQR = 1)

สำหรับจำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระของทารก พบว่า ทารกกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระในวันที่ 1 หลังคลอด เฉลี่ย 1.76 (S.D. = 1.04) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (IQR = 1) วันที่ 2 หลังคลอด เฉลี่ย 2.86 (S.D. = 0.96) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ครั้ง (IQR = 1) และวันที่ 3 หลังคลอด เฉลี่ย 2.81 (S.D. = 0.98) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ครั้ง (IQR = 2) ขณะที่ทารกกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระในวันที่ 1 หลังคลอด เฉลี่ย 2.10 (S.D. = 1.00) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ครั้ง (IQR = 2) วันที่ 2 หลังคลอด เฉลี่ย 2.95 (S.D. = 1.02) ครั้ง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ครั้ง (IQR = 2) และวันที่ 3 หลังคลอด เฉลี่ย 3.95 (S.D. = 1.50) ครั้ง มีค่า มัธยฐานเท่ากับ 4 ครั้ง (IQR = 3)

เปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักตัวทารก พบว่า ทารกกลุ่มควบคุมมีค่าเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักตัวในวันที่ 1 หลังคลอด เฉลี่ยร้อยละ 3.05 (S.D. = 1.28) มีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 3.00 (IQR = 2) วันที่ 2 หลังคลอด เฉลี่ยร้อยละ 5.43 (S.D. = 1.57) มีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 5.00 (IQR = 3) และวันที่ 3 หลังคลอด เฉลี่ยร้อยละ 8.24 (S.D. = 1.22) มีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 8.00 (IQR = 2) ในขณะที่ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักตัวในวันที่ 1 หลังคลอด เฉลี่ยร้อยละ 3.33 (S.D. = 1.11) มีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 3.00 (IQR = 1) วันที่ 2 หลังคลอด เฉลี่ยร้อยละ 5.67 (S.D. = 1.16) มีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 6.00 (IQR = 2) และวันที่ 3 หลังคลอด เฉลี่ยร้อยละ 8.05 (S.D. = 0.97) มีค่ามัธยฐานเท่ากับร้อยละ 8.00 (IQR = 2)

ระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารก พบว่า ทารกกลุ่มควบคุมมีระดับบิลิรูบินทางผิวหนังในวันที่ 1 หลังคลอด เฉลี่ย 4.65 (S.D. = 1.45) mg/dL มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.90 mg/dL (IQR = 2.60) วันที่ 2 หลังคลอด เฉลี่ย 11.72 (S.D. = 2.53) mg/dL มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 12.50 mg/dL (IQR = 4.70) และวันที่ 3 หลังคลอด เฉลี่ย 16.10 (S.D. = 1.54) mg/dL มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 16.00 mg/dL (IQR = 2.90) ขณะที่ทารกกลุ่มทดลองมีระดับบิลิรูบินทางผิวหนังในวันที่ 1 หลังคลอด เฉลี่ย 4.52 (S.D. = 1.23) mg/dL มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.50 mg/dL (IQR = 2.10) วันที่ 2 หลังคลอด เฉลี่ย 12.19 (S.D. = 1.65) mg/dL มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 12.40 mg/dL (IQR = 2.60) และวันที่ 3 หลังคลอด เฉลี่ย 15.31 (S.D. = 2.19) mg/dL มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 15.00 mg/dL (IQR = 4.00)

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งการขับถ่าย เปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักตัวทารก และระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann–Whitney U test พบว่า จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะใน

วันที่ 1–3 หลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) โดยวันที่ 1, 2 และ 3 หลังคลอด มีค่า Z เท่ากับ -0.160, -0.949 และ -1.934 ตามลำดับ และมีค่า p เท่ากับ .873, .342 และ .053 ตามลำดับ สำหรับจำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระพบว่า ในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอดระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) ขณะที่วันที่ 3 หลังคลอด ทารกกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -2.639, p = .008) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระโดยรวมทั้ง 3 วัน พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -1.801, p = .072) ส่วนเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักตัวทารกในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Z เท่ากับ -0.934, -0.682 และ -0.708 และมีค่า p เท่ากับ .350, .495 และ .479 ตามลำดับ และระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารก พบว่า ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Z เท่ากับ -0.353, -0.492 และ -1.135 และมีค่า p เท่ากับ .724, .623 และ .256 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ เปอร์เซ็นต์การลดของน้ำหนักตัว และระดับ บิลิรูบินทางผิวหนังระหว่างทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Mann–Whitney U test)

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มควบคุม (n=21)	กลุ่มทดลอง (n=21)	Z	p -value
		Median (IQR)	Median (IQR)		
จำนวนปัสสาวะ	วันที่ 1	2.00 (1)	2.00 (1)	-0.160	.873
	วันที่ 2	3.00 (1)	3.00 (1)	-0.949	.342
	วันที่ 3	3.00 (2)	3 .00 (1)	-1.934	.053
	รวม	8.00 (3)	8 .00 (4)	-0.739	.460
จำนวนอุจจาระ	วันที่ 1	2.00 (1)	2 .00 (2)	-1.007	.314
	วันที่ 2	3 .00 (1)	3 .00 (2)	-0.451	.652
	วันที่ 3	3 .00 (2)	4 .00 (3)	-2.639	.008*
	รวม	7.00 (2)	9.00 (4)	-1.801	.072
เปอร์เซ็นต์ลดลงของน้ำหนักตัวทารก	วันที่ 1	3.00 (2)	3.00 (1)	-0.934	.350
	วันที่ 2	5.00 (3)	6.00 (2)	-0.682	.495
	วันที่ 3	8.00 (2)	8.00 (2)	-0.708	.479
ระดับบิลิรูบินทางผิวหนังของทารก	วันที่ 1	4.90 (2.60)	4.50 (2.10)	-0.353	.724
	วันที่ 2	12.50 (4.70)	12.40 (2.60)	-0.492	.623
	วันที่ 3	16.00 (2.90)	15.00 (4.00)	-1.135	.256

หมายเหตุ : กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ p< 0.05

สรุปและอภิปรายผล

มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง (hands-off technique) มีคะแนนทักษะการให้นมทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมพัฒนาบนพื้นฐานทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) โดยเปิดโอกาสให้มารดาเป็นผู้

ปฏิบัติด้วยตนเองตั้งแต่เริ่มฝึก ทั้งการจัดท่าอุ้มทารก การจัดตำแหน่งทารก การประคองเต้านมและการนำทารกเข้าเต้า ขณะที่พยาบาลทำหน้าที่อธิบาย สาธิต สังเกต และให้คำแนะนำด้วยวาจา ทำให้มารดาได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริงและแก้ไขข้อผิดพลาดผ่านการฝึกซ้ำ ซึ่งเป็นประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติ (mastery experience) ที่ช่วยเสริมความมั่นใจและพัฒนาทักษะการให้นมทารก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์อภิมานของ Brockway และคณะ[22] และการศึกษาของ Chipojola และคณะ[23] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยเพิ่ม breastfeeding self-efficacy นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช เจริญสุระสถล และคณะ[24] ที่พบว่าเทคนิค hands-off ช่วยส่งเสริมความมั่นใจของมารดาในการให้นมบุตร ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มารดากลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือในการให้นมจากพยาบาลในวันที่ 3 หลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 39.000$, $p < .001$) สะท้อนถึงความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะด้วยตนเองที่เพิ่มขึ้น

สำหรับจำนวนครั้งการขับถ่ายของทารก พบว่า จำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระในวันที่ 3 หลังคลอดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) อาจเนื่องมาจากมารดากลุ่มทดลองมีทักษะการจัดท่าและนำทารกเข้าเต้าที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบกับการได้รับการนวดกระตุ้นเต้านมด้วยเทคนิคมาร์เมต จึงอาจส่งเสริมการได้รับน้ำนมของทารกในช่วงที่เริ่มเข้าสู่ระยะ lactogenesis II และส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหารและการขับถ่ายอุจจาระที่เพิ่มขึ้น[25] ขณะที่จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม อาจเนื่องจากการขับถ่ายปัสสาวะในช่วง 2–3 วันแรกหลังคลอดได้รับอิทธิพลจากการทำงานของไตที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ การได้รับสารน้ำระหว่างการคลอด และปริมาณน้ำนมเหลืองที่ได้รับ[11] รวมทั้งมารดาทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก ซึ่งส่งเสริมการเริ่มให้นมแม่โดยเร็ว การอยู่ร่วมกันตลอด 24 ชั่วโมง และการให้นมตามสัญญาณความหิวของทารก[26] จึงอาจทำให้ทารกทั้งสองกลุ่มได้รับโอกาสในการดูดนมและได้รับน้ำนมในระยะเริ่มต้นใกล้เคียงกัน

ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักตัวทารกระหว่างกลุ่ม อาจเนื่องจากการลดลงของน้ำหนักในช่วงแรกหลังคลอดเป็นกระบวนการปรับตัวทางสรีรวิทยา โดยเกี่ยวข้องกับการขับน้ำส่วนเกินและการขับถ่าย ขี้เทา จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำนมที่ได้รับเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การประเมินน้ำหนักภายใน 72 ชั่วโมงแรกอาจยังไม่เพียงพอที่จะสะท้อนผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวอย่างชัดเจน โดยควรพิจารณาร่วมกับประสิทธิภาพการดูดนม ความถี่ของการให้นม การขับถ่าย และอาการทางคลินิกของทารก[9] ดังนั้น แม้โปรแกรมจะช่วยพัฒนาทักษะการให้นมของมารดา แต่ผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวอาจต้องใช้ระยะเวลาติดตามที่นานขึ้น

สำหรับระดับบิลิรูบินทางผิวหนัง ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด อาจเนื่องจากระดับบิลิรูบินได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งการสร้าง การเปลี่ยนแปลงที่ตับ การกำจัดออกจากร่างกาย และการหมุนเวียนกลับผ่านระบบทางเดินอาหาร ดังนั้น แม้การส่งเสริมทักษะการให้นมอาจเพิ่มประสิทธิภาพการได้รับน้ำนม แต่ผลต่อระดับบิลิรูบินอาจไม่เกิดขึ้นโดยตรงหรือทันทีภายใน

ระยะเวลา 72 ชั่วโมง[27] ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของหนูนิด เวชกามา และลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย[28] ที่พบว่าระดับบิลิรูบินของทารกที่ 48 ชั่วโมงหลังคลอดไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มารดาได้รับโปรแกรมฝึกทักษะการให้นมแม่กับทารกที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ แม้การศึกษาครั้งนี้จะพบว่าทารกกลุ่มทดลองมีการขับถ่ายอุจจาระมากกว่าในวันที่ 3 หลังคลอด แต่การขับถ่ายเป็นเพียงหนึ่งในกลไกของการกำจัดบิลิรูบิน และอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ระดับบิลิรูบินแตกต่างกันภายในช่วงเวลาที่ศึกษา

โดยสรุป โปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้องสามารถส่งเสริมทักษะการให้นมทารกของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกได้อย่างมีประสิทธิผล โดยมารดากลุ่มทดลองมีทักษะการให้นมสูงกว่าและต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ ทารกกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระในวันที่ 3 หลังคลอดมากกว่า ขณะที่จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะ เปอร์เซ็นต์การลดลงของน้ำหนักตัว และระดับบิลิรูบินทางผิวหนังไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขยายระยะเวลาติดตาม และประเมินปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับ รวมถึงผลลัพธ์ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้อง (hands-off technique) ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรก โดยพยาบาลทำหน้าที่สอน สาธิต สังเกต และให้คำแนะนำ ขณะที่เปิดโอกาสให้มารดาเป็นผู้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมความมั่นใจและทักษะการให้นมทารก ทั้งนี้ หน่วยงานควรจัดอบรมบุคลากรและจัดทำคู่มือหรือสื่อการสอนเพื่อให้สามารถนำเทคนิคดังกล่าวไปใช้ได้อย่างเป็นมาตรฐาน รวมถึงควรประเมินทักษะการให้นมร่วมกับผลลัพธ์ของทารก เช่น การขับถ่าย น้ำหนักตัว และระดับบิลิรูบิน เพื่อเฝ้าระวังการได้รับน้ำนมไม่เพียงพออย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและขยายระยะเวลาติดตามผล เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเทคนิคไม่ใช้มือจับต้องต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งควรศึกษาปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับและผลลัพธ์ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับบ้าน เพื่อให้เห็นผลของโปรแกรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีลักษณะแตกต่างกันหรือหลายสถานพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. Belay G, Gerbi A, Gebremariam T, Tilahun T, Chimdi E, Etefa T. Jaundice and its associated factors among neonates admitted to selected referral hospitals in southwest Oromia, Ethiopia: multi-center cross-sectional study. Heliyon. 2023;9(5):e16019. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e16019.
2. กรรณิการ์ บูรณวนิช, นันท์ธรา จักรธรานนท์. อุบัติการณ์และปัจจัยของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2565;66(4): 237-244.

3. Diala UM, Usman F, Appiah D, Hassan L, Ogundele T, Abdullahi F, Satrom KM, Bakker CJ, Lee BW, Slusher TM. Global prevalence of severe neonatal jaundice among hospital admissions: a systematic review and meta-analysis. J Clin Med. 2023;12(11):3738. doi:10.3390/jcm12113738.
4. Kiatchoosakun P, Jirapradittha J, Paopongsawan P, Thepsuthammarat K, Manopunya S, Sutra S. Neonatal mortality rate and burden of disease in Thai neonates: a nationwide data analysis [preprint]. Research Square. 2024. doi:10.21203/rs.3.rs-4798791/v1.
5. งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงาน ภาวะตัวเหลืองหอผู้ป่วย 2ข.: สรุปรายงานอุบัติการณ์ฝ่ายการพยาบาล พ.ศ. 2561–2567 [เอกสารภายใน]. 2567.
6. จันทรมาศ เสาวรส. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2562; 9(1):99-109.
7. จารุวรรณ อาภรณ์แก้ว. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
8. กฤษณา ปิงวงศ์, กรรณิการ์ กันธะรักษา. การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและหลั่งน้ำนม. พยาบาลสาร. 2560;44(4):169- 176.
9. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF, Downs SM, et al. Clinical practice guideline revision: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2022;150(3):e2022058859. doi:10.1542/peds.2022-058859.
10. Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2022;150(1):e2022057988. doi:10.1542/peds.2022-057988.
11. วิมลรัตน์ แสงจันทร์. ผลของโปรแกรมการโค้ชมารดาต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับน้ำนมไม่เพียงพอและระดับบิลิรูบินในเลือดของทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2566.
12. พัชรา ประเสริฐวิทย์. ประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองที่ได้รับการส่องไฟรักษา หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี. 2561;25(3):273-282.
13. อัจฉราพร นาคฤทธิ์, บุษกร จันทร์จรมานิตย์, เรณู ดวงศรี, เขมิกา สิริโรจน์พร. ผลการเปรียบเทียบความสำเร็จในการสอนมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครรภ์แรกที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวโดยใช้เทคนิคไม่ใช้มือจับต้องและใช้มือจับต้อง. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2563;11(2):42-63.
14. บุษกร จันทร์จรมานิตย์, กรรณิการ์ กันธะรักษา, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. ผลของการสอนโดยใช้เทคนิคไม่ใช้มือจับต้องต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวของมารดาที่มีบุตรคนแรก. พยาบาลสาร. 2558;42(3):24-36.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. 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.
17. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
18. Dräger. Dräger Jaundice Meter JM-105 [Internet]. Lübeck: Dräger; 2024 [cited 2024 Dec 20]. Available from: https://www.draeger.com/th_th/Products/Jaundice-Meter-JM-105
19. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.

20. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas. 1960;20(1):37-46. doi:10.1177/001316446002000104.
21. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159-174.
22. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to increase breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. J Hum Lact. 2017;33(3):486-499. doi:10.1177/0890334417707957.
23. Chipojola R, Chiu HY, Huda MH, Turner K. Effectiveness of theory-based educational interventions on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding outcomes among postpartum women: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020;111:103770. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103770.
24. นงนุช เจริญสุระสถล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุภาพันธ์ เหมือนวัดไทร, พฤหัส จันทร์ประภาพ. ผลของการสอนการจัดท่าให้นมลูกโดยการสาธิตต่อประสิทธิภาพการให้นมแม่ ความมั่นใจของแม่ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาหลังคลอด. Nursing Science Journal of Thailand. 2562;37(3):79-90.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding challenges: ACOG Committee Opinion No. 820. Obstet Gynecol. 2021;137(2):e42-e53. doi:10.1097/AOG.0000000000004253.
26. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
27. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C. ABM clinical protocol #3: supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. Breastfeed Med. 2017;12(3):188-198. doi:10.1089/bfm.2017.29038.ajk.
28. หนูนิด เวชกามา, ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย. ผลการจัดท่าอุ้มให้นมลูกและการงับอมหัวนมต่อประสิทธิภาพการดูดนมแม่ และภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลยโสธร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(2):677-688.

ประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

The Effect Nursing Care Guidelines for Palliative Care Cancer Patients in the Community, Nong Muang Khai District, Phrae Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ปาราลี ประสงค์[1] กรรณิการ์ ชัยนันท์[2]
Paralee Prasong[1] Kannika Chainan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ต่อสมรรถนะและความมั่นใจทางคลินิกของพยาบาล อาการรบกวน ความสุขสบาย และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง 24 คน ดำเนินการศึกษาช่วง มกราคม–สิงหาคม 2569 เครื่องมือทดลองคือแนวทางการพยาบาล (NCPG) ที่ครอบคลุมระบบปรึกษาทางคลินิก การเข้าถึงยาแก้ปวดโอปิออยด์ และการประเมินมิติจิตวิญญาณ เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดสมรรถนะ แบบวัดความมั่นใจทางคลินิก แบบประเมิน PPS, ESAS, แบบสอบถามความสุขสบาย และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test, Wilcoxon Signed Ranks Test และสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้แนวทางฯ พยาบาลมีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้น ($p < 0.001$) และความมั่นใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นมาก ($p = 0.003$) สำหรับผู้ป่วย พบว่าอาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิตกกังวล และเบื่ออาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ระดับความสุขสบายเพิ่มขึ้นจากปานกลางเป็นมาก ($p < 0.001$) ขณะที่คะแนน PPS ลดลงตามธรรมชาติของโรคมะเร็งระยะลุกลาม ($p = 0.002$) และผู้ป่วยร้อยละ 81.82 ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยโรคมะเร็ง, แนวทางการพยาบาล, ชุมชน, ความสุขสบาย, การตัดสินใจทางคลินิก

Abstract

This quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design evaluated the effectiveness of community-based palliative nursing care guidelines in Nong Muang Khai District, Phrae Province, on nurses' clinical competencies and decision-making confidence, as well as patients' symptom distress, holistic comfort, and hospital readmissions. The sample comprised 24 palliative cancer patients studied between January and August 2026. The intervention—Nursing Care Practice Guidelines (NCPG)—integrated clinical consultation, opioid access protocols, and spiritual assessment. Data were collected using competency and confidence tests, PPS, ESAS, the Hospice Comfort Questionnaire, and 28-day unplanned readmission records, and were analyzed using descriptive statistics, paired *t*-tests, and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

Following guideline implementation, nurses exhibited significant improvements in competency ($p < 0.001$) and clinical confidence ($p = 0.003$). Among patients, distress scores for pain, fatigue, nausea, anxiety, and appetite loss decreased significantly ($p < 0.05$), while holistic comfort scores improved from moderate to high levels ($p < 0.001$). Palliative Performance Scale (PPS) scores declined in line with natural advanced disease progression ($p = 0.002$), and 81.82% of patients had no unplanned readmissions within 28 days.

Keywords: Palliative Care, Cancer Patients, Nursing Care Practice Guidelines, Community, Comfort, Clinical Decision Making

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่
[2] หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

บทนำ

สถานการณ์โรคมะเร็งในปัจจุบันถือเป็นวิกฤตการณ์ทางสาธารณสุขระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ระบุว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประชากรโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 21.6 ล้านคนทั่วโลก[1] สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา[2] ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านร่างกายที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตสังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างรุนแรง[3] การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจึงต้องอาศัยการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[4] สอดคล้องกับเจตนารมณ์ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่รับรองสิทธิบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มีความต้องการใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายและเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน (Good Death) ท่ามกลางครอบครัวในชุมชนที่คุ้นเคย[5]

สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[6] โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2565 ถึง 2567 พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 35 ราย เป็น 102 ราย แต่อัตราการส่งปรึกษาทีมประคับประคองกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากร้อยละ 85.71 ในปี พ.ศ. 2565 เหลือเพียงร้อยละ 34.31 ในปี พ.ศ. 2567[7] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหลายด้าน ทั้งด้านนโยบายและโครงสร้างที่ยังขาดรูปแบบการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาสมรรถนะของทีมพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และความไม่ชัดเจนในการสื่อสารเพื่อสร้างการยอมรับสภาพโรคร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนขาดการประเมินมิติจิตวิญญาณอย่างเป็นรูปธรรม[7]

นอกจากนี้ อุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน คือ ข้อจำกัดในการจัดการอาการที่ซับซ้อน เช่น ความปวดที่รุนแรง (Refractory Pain) และภาวะหายใจลำบาก โดยเฉพาะความล่าช้าในการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ในระดับชุมชน ซึ่งเป็นยาควบคุมที่ต้องมีการบริหารจัดการและติดตามอย่างใกล้ชิด[7,8] ประกอบกับข้อจำกัดของระบบสนับสนุนทางคลินิกที่ยังขาดระบบการให้คำปรึกษา (Consultation System) ที่รวดเร็วระหว่างพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. กับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ส่งผลให้พยาบาลในระดับปฐมภูมิขาดความมั่นใจและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อจัดการอาการในชุมชน[9] หากจัดการอาการได้ไม่ดีจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนและไม่จำเป็น (Unplanned Readmission)[7,9]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงได้จัดทำและพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ขึ้น โดยบูรณาการรูปแบบการดูแลประคับประคองที่ได้มาตรฐานและแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) เพื่อเป็นแนวทางมาตรฐานในการพัฒนาสมรรถนะและความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพยกระดับระบบการให้คำปรึกษาและการเข้าถึงยาโอปิออยด์ ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน ลดอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มระดับความสุขสบายองค์รวม

ของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[1]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะและความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง (ระดับสมรรถภาพทางกาย PPS, ความรุนแรงของอาการรบกวน ESAS, ระดับความสุขสบาย และอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2569 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 เมษายน ถึงวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ด้วยวิธีเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Matched pairs, one-sided) กำหนด Effect size = 0.56 (อ้างอิงจาก สลักจิต วรรณโกษิตย์ และจิตติมา การินทร์, 2566) กำหนด Power ($1-\beta$) = 0.80 และ α = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 22 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 24 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและแพทย์ระบุว่าอยู่ในระยะประคับประคอง อายุ 20 ปีขึ้นไป

2. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

3. มีคะแนนสมรรถภาพทางกาย (Palliative Performance Scale: PPS) อยู่ในระดับที่ดูแลที่บ้านได้ (PPS $\leq$ 70%)

4. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักรับทราบแนวทางการรักษาและยินยอมให้พยาบาลเข้าเยี่ยมบ้านตามแนวปฏิบัติใหม่

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลันที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ และต้องส่งต่อโรงพยาบาลแพร่ หรือผู้ป่วยย้ายภูมิลำเนาออกจากพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง: แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ (NCPG) พัฒนาขึ้นโดยสังเคราะห์จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของกรมการแพทย์[3] และแนวทางการดูแลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[2] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1. แนวทางการให้ยาและระบบการเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids Protocol) ในชุมชน

2. แนวทางการประเมินและการดูแลมิติจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment & Care) ร่วมกับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP)

3. ระบบการให้คำปรึกษาทางคลินิก (Consultation System) ระหว่างพยาบาลปฐมภูมิและทีมสหวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ ประสบการณ์)

2. แบบวัดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เป็นข้อสอบปรนัยเลือกตอบ 20 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน รวม 20 คะแนน)

3. แบบประเมินความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก มีข้อคำถาม 5 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด)

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและโรคประจำตัวร่วม

2. แบบประเมินระดับสมรรถภาพร่างกายฉบับสวนดอก (Suandok PPS): ประเมินการทำหน้าที่ 5 ด้าน แบ่งเป็น 11 ระดับ (0% ถึง 100%)

3. แบบประเมินอาการรบกวน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-Thai): ประเมิน 9 อาการสำคัญ (ปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกาย/ใจ เหนื่อยหอบ) ระดับคะแนน 0–10

4. แบบสอบถามความสุขสบาย (Hospice Comfort Questionnaire ฉบับแปลไทยโดย ยุพิน ถนัดวนิชย์) มีข้อคำถาม 49 ข้อ มาตรประมาณค่า 6 ระดับ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–6.00)

5. แบบบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Readmission) ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ด้วยสาเหตุจากอาการรบกวนที่จัดการได้ที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผู้เชี่ยวชาญการดูแลประคับประคอง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลประคับประคอง 2 ท่าน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 และความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ 11 คน พบว่า แบบวัดสมรรถนะพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นสูตร KR-20 = 0.72 และค่าความยากง่ายรายข้อ 0.27–0.64 แบบวัดความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) = 0.95 แบบวัดความสุขสบาย มีค่าความเชื่อมั่นจากงานเดิม = 0.89 และแบบประเมิน PPS และ ESAS เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. เข้าพบผู้บริหาร ชี้แจงโครงการ และขอความร่วมมือกับทีมพยาบาลเครือข่ายปฐมภูมิ พร้อมขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดแนวทางการพยาบาล (NCPG) ให้แก่พยาบาลเครือข่ายปฐมภูมิ พร้อมประเมินสมรรถนะและความมั่นใจทางคลินิกก่อน-หลังการอบรม

4. คัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามเกณฑ์ ชี้แจงข้อมูล และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

5. ประเมินข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย (PPS, ESAS, ความสุขสบาย) ในระยะก่อนได้รับแนวทาง (Pre-test) เมื่อแรกรับเข้าสู่ระบบ

6. ทีมพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง NCPG ในขณะเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง

7. ประเมินผลลัพธ์หลังการดูแลตามแนวทาง ฯ (Post-test) ที่ระยะเวลา 2 เดือน หรือก่อนเสียชีวิต พร้อมบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ PPH No.025/2569 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2569 โดยยึดหลักความสมัครใจ การลงนามยินยอม สิทธิในการถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 11 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 10 คน (ร้อยละ 90.91) โดยมีอายุเฉลี่ย 45.09

± 10.94 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 36 ปีขึ้นไป จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) ด้านการศึกษาพบว่าเกือบทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) และมีสถานภาพสมรส/อยู่ร่วมกับคู่ชีวิต 6 คน (ร้อยละ 54.55) ในด้านสถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ/รพ.สต. จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคองเฉลี่ย 4.09 ± 5.28 ปี โดยพยาบาลส่วนใหญ่มีระยะเวลาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ระหว่าง 1–5 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 81.82)

จากการศึกษาข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 24 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 16 คน (ร้อยละ 66.67) โดยมีอายุเฉลี่ย 66.29 ± 9.28 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน (ร้อยละ 79.17) ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน (ร้อยละ 58.33) และมีสถานภาพสมรส/อยู่ร่วมกับคู่ชีวิต 12 คน (ร้อยละ 50.00) ในด้านอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นผู้เกษียณอายุราชการ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 45.83) รองลงมาคือประกอบอาชีพทำนา ทำสวน หรือทำไร่ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 25.00)

เมื่อพิจารณาข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่นร่วมของผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน จำนวน 24 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย จำนวน 16 คน (ร้อยละ 66.67) ในขณะที่ไม่มีโรคประจำตัวร่วม 8 คน (ร้อยละ 33.33) และเมื่อจำแนกตามประเภทของโรคประจำตัวในกลุ่มที่มีโรคร่วม พบว่าโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ กลุ่มละ 10 คน (ร้อยละ 58.82 ของผู้มีโรคร่วม) รองลงมาได้แก่ โรคไขมันในเส้นเลือดสูง 5 คน (ร้อยละ 29.41) โรคอื่นๆ เช่น โรคเก๊าท์ 3 คน (ร้อยละ 17.65) โรคตับ 2 คน (ร้อยละ 11.76) และโรคอัมพฤกษ์/อัมพาต 1 คน (ร้อยละ 5.88) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 11 คน ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test พบว่า ก่อนการใช้แนวทางฯ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ย 17.00 ± 1.34 คะแนน แต่ภายหลังการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้ พบว่าคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 20.00 ± 0.00 คะแนนเต็ม ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 7.416$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นช่วยเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะของพยาบาลได้อย่างชัดเจน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ ก่อนใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ และหลังใช้แนวทางฯ โดยใช้สถิติ paired t-test (n=11)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ	N	Mean	S.D.	df	t	*P-value*
ก่อนการใช้แนวทางฯ	11	17.00	1.34	10	7.416	0.000*
หลังการใช้แนวทางฯ	11	20.00	0.00			

หมายเหตุ * = $p < 0.05$

จากการประเมินระดับความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ จำนวน 11 คน จำแนกรายข้อ พบว่า ก่อนการใช้แนวทางฯ

พยาบาลมีความมั่นใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.33 ± 0.80) โดยข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ความมั่นใจในการประเมินและบริหารยา Morphine เพื่อลดปวด/เหนื่อยที่บ้าน (Mean = 2.82 ± 0.87, ระดับปานกลาง) แต่ภายหลังการใช้แนวทางฯ พบว่าระดับความมั่นใจโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (Mean = 4.36 ± 0.44) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความมั่นใจในการดูแลมิติจิตวิญญาณและความเชื่อของผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.55 ± 0.53) และความมั่นใจในทุกข้อคำถามมีการยกระดับขึ้นอย่างเด่นชัด

ผลการทดสอบเปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคน (Negative ranks = 11 คน) มีคะแนนความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกภายหลังการใช้แนวทางฯ สูงกว่าก่อนการใช้แนวทางฯ โดยไม่พบพยาบาลที่มีคะแนนลดลงหรือเท่าเดิม ซึ่งผลการวิเคราะห์ทางสถิติยืนยันว่าพยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Z = -2.946, p = 0.003) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอหนองม่วงไข่ก่อนใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=11)

ความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิก	**n**	**Mean rank**	**Sum of ranks**	**Z**	***P-value***
Negative ranks	11	6.00	66.00	-2.946	0.003*
Positive ranks	0	0.00	0.00		
Ties	0				

หมายเหตุ: Negative ranks: ก่อนการทดลอง น้อยกว่า หลังการทดลอง (post < pre)
Positive ranks: ก่อนการทดลอง มากกว่า หลังการทดลอง (post > pre)
Ties: ก่อนการทดลอง เท่ากับ หลังการทดลอง (post = pre), * = p < 0.05

จากการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตามแบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน จำนวน 24 คน พบว่า ในระยะก่อนการใช้แนวทางฯ ผู้ป่วยมีคะแนน PPS เฉลี่ย 64.17 ± 9.29% โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 70.00% (IQR = 10, Min-Max = 40–70) ขณะที่ในระยะหลังการใช้แนวทางฯ (ที่ระยะ 2 เดือนหรือก่อนเสียชีวิต) ผู้ป่วยมีคะแนน PPS เฉลี่ยลดลงเป็น 57.50 ± 14.82% โดยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 65.00% (IQR = 30, Min-Max = 30–70) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ (n=24)

PPS	n	Mean	S.D.	Median	IQR	Min	Max
ก่อนการใช้แนวทางฯ	24	64.17	9.29	70.00	10	40	70
หลังการใช้แนวทางฯ	24	57.50	14.82	65.00	30	30	70

เมื่อนำคะแนนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (PPS) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพยาบาลฯ มาเปรียบเทียบด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า ผู้ป่วยส่วน

หนึ่งมีคะแนน PPS ลดลงภายหลังการติดตามดูแล จำนวน 11 คน (Negative ranks) และมีคะแนนคงที่เท่าเดิม จำนวน 13 คน (Ties) โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้คะแนน PPS โดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($Z = -3.025$, $p = 0.002$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงวิถีการดำเนินโรคตามธรรมชาติของโรคมะเร็งระยะท้ายที่มีการถดถอยของการทำหน้าที่ของร่างกาย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (PPS) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=24)

PPS	n	Mean rank	Sum of ranks	Z	*P-value*
Negative ranks	11	6.00	66.00	-3.025	0.002*
Positive ranks	0	0.00	0.00		
Ties	13				

หมายเหตุ: Negative ranks: หลังการทดลอง น้อยกว่า ก่อนการทดลอง (post < pre)
Positive ranks: หลังการทดลอง มากกว่า ก่อนการทดลอง (post > pre)
Ties: หลังการทดลอง เท่ากับ ก่อนการทดลอง (post = pre), * = $p < 0.05$

ผลการประเมินระดับความรุนแรงของอาการรบกวน 9 อาการสำคัญตามแบบประเมิน ESAS ในผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง จำนวน 24 คน พบว่า ภายหลังการใช้แนวทางฯ อาการรบกวนส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวทางฯ ได้แก่ อาการปวด (ลดลงจาก 2.92 ± 1.77, Med = 2.50 เหลือ 1.50 ± 1.02, Med = 1.00) อาการเบื่ออาหาร (ลดลงจาก 2.29 ± 1.88 เหลือ 1.21 ± 1.18) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย (ลดลงจาก 1.92 ± 2.08 เหลือ 1.13 ± 1.33) อาการวิตกกังวล (ลดลงจาก 1.54 ± 1.64 เหลือ 0.50 ± 0.78) และความไม่สบายกาย/ใจ (ลดลงจาก 2.58 ± 1.86 เหลือ 1.88 ± 1.23) ในขณะที่อาการซึมเศร้าและอาการง่วงซึมมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำมากอยู่แล้วตั้งแต่ก่อนเริ่มการศึกษา

ผลการเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีอาการรบกวนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถึง 5 อาการ ได้แก่ อาการปวด ($Z = -3.671$, $p < 0.001$) อาการวิตกกังวล ($Z = -3.082$, $p = 0.002$) อาการเบื่ออาหาร ($Z = -2.773$, $p = 0.006$) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย ($Z = -2.127$, $p = 0.033$) และอาการคลื่นไส้ ($Z = -1.976$, $p = 0.048$) ในขณะที่อาการซึมเศร้า ($p = 0.317$) อาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ ($p = 0.465$) ความไม่สบายกาย/ใจ ($p = 0.073$) และอาการเหนื่อยหอบ ($p = 0.056$) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการรบกวนโดยใช้แบบประเมิน ESAS ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชนโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=24)

ระดับความสุขสบายโดยใช้แบบประเมินอาการ ESAS	n	Mean rank	Sum of ranks	Z	*P-value*
อาการปวด					
Negative ranks	17	9.00	153.00	-3.671	0.000*
Positive ranks	0	.00	.00		
Ties	7				
อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย					
Negative ranks	10	8.60	86.00	-2.127	0.033*
Positive ranks	4	4.75	19.00		
Ties	10				
อาการคลื่นไส้					
Negative ranks	9	7.00	63.00	-1.976	0.048*
Positive ranks	3	5.00	15.00		
Ties	12				
อาการซึมเศร้า					
Negative ranks	1	1.00	1.00	-1.000	0.317
Positive ranks	0	.00	.00		
Ties	23				
อาการวิตกกังวล					
Negative ranks	13	7.73	100.50	-3.082	0.002*
Positive ranks	1	4.50	4.50		
Ties	10				
อาการง่วงซึม/สะลึมสะลือ					
Negative ranks	2	3.50	7.00	-0.730	0.465
Positive ranks	2	1.50	3.00		
Ties	20				
อาการเบื่ออาหาร					
Negative ranks	13	7.38	96.00	-2.773	0.006*
Positive ranks	1	9.00	9.00		
Ties	10				

หมายเหตุ: Negative ranks: หลังการทดลอง น้อยกว่า ก่อนการทดลอง (post < pre)
Positive ranks: หลังการทดลอง มากกว่า ก่อนการทดลอง (post > pre)
Ties: หลังการทดลอง เท่ากับ ก่อนการทดลอง (post = pre), * = $p < 0.05$

จากการเปรียบเทียบระดับความสุขสบายของผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน จำนวน 24 คน ก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test พบว่า ก่อนการใช้แนวทางฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสุขสบายเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.39 ± 0.37) แต่ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น พบว่าคะแนนความสุขสบายเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 5.18 ± 0.19 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -10.810$, $p < 0.001$) ชี้ให้เห็นว่าแนวทางการพยาบาลสามารถยกระดับความสุขสบายองค์รวมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผลเปรียบเทียบความสุขสบาย ก่อนและหลังใช้แนวทางฯ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน (n=24) โดยใช้สถิติ paired t-test (n=24)

ความสุขสบาย	N	Mean	S.D.	ระดับ	df	t	*P-value*
ก่อนการใช้แนวทางฯ	24	4.39	0.37	ปานกลาง	23	-10.81	0.000*
หลังการใช้แนวทางฯ	24	5.18	0.19	มาก			

จากการติดตามผลลัพธ์ด้านการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลหนองม่วงไข่โดยไม่ได้วางแผน (Unplanned Readmission) ภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายครั้งล่าสุด ด้วยสาเหตุจากอาการรบกวนที่สามารถจัดการได้ที่บ้าน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคอง จำนวน 24 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 และพบผู้ป่วยที่มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 เท่านั้น (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งประคับประคองในชุมชน (n=24)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
กลับมารักษาซ้ำ	6	18.18
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	18	81.82

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ จำนวน 11 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง จำนวน 24 คน ระหว่างเดือนมกราคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2569 ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้แนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (NCPG) พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 17.00 เป็น 20.00 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) ในส่วนของผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการรบกวนตามแบบประเมิน ESAS ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิตกกังวล และเบื่ออาหาร ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ระดับความสุขสบายองค์รวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับคะแนนระดับสมรรถภาพทางกาย (PPS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ซึ่งสอดคล้องกับวิถีธรรมชาติของโรค นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 81.82 ไม่มีอัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนภายใน 28 วัน

ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบประคับประคองในชุมชน อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ สามารถนำมาอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. สมรรถนะและความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิมีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <$

0.05) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา สุนทรวิภาต และคณะ (10) ที่พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองสำหรับพยาบาลวิชาชีพ พบว่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการอบรม ($t = 9.59$, $p < 0.01$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการอบรมที่มีทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติช่วยยกระดับสมรรถนะได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับบทความของราตรี ฉิมฉลอง[11] ที่ระบุว่าสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้านการดูแลมิติจิตวิญญาณและการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา จำรัสบุญและคณะ[12] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้พยาบาลมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม ความมั่นใจด้านการประเมินและบริหารยา Morphine ยังมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ซึ่งสะท้อนว่าประเด็นที่มีความซับซ้อนสูงต้องอาศัยระยะเวลาการฝึกฝนและประสบการณ์ทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

2. ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยตามแบบประเมิน PPS ผลการศึกษาพบว่าคะแนน PPS ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการใช้แนวทางฯ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของโรคมะเร็งระยะท้ายที่ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงตามลำดับ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Prompantakorn และคณะ[13] ที่ยืนยันว่า PPS สะท้อนการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ตามวิถีธรรมชาติของโรคที่ลุกลาม และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤติกา วานิชกุล[14] ที่พบว่าคะแนน PPS ของผู้ป่วยประคับประคองลดลงต่อเนื่องตามวิถีธรรมชาติของโรคที่ไม่อาจย้อนกลับได้ ดังนั้น การลดลงของ PPS จึงควรตีความควบคู่กับผลลัพธ์ด้านอาการและความสุขสบายที่ดีขึ้น ซึ่งบ่งชี้ว่าแนวทางฯ สามารถประคับประคองคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้แม้ในภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอย

3. การควบคุมความรุนแรงของอาการรบกวน (ESAS) ผลการศึกษาพบว่าอาการปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิตกกังวล และเบื่ออาหาร ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยการลดลงของอาการปวดสอดคล้องกับการศึกษาของเมธา สิงจานุสงค์[15] ที่พบว่าคะแนนอาการปวดตามแบบประเมิน ESAS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการพัฒนาระบบบริการ ($p = 0.001$) ด้านอาการอ่อนเพลียและความวิตกกังวลสอดคล้องกับการศึกษาของ Abdel-Aziz และคณะ[16] ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนช่วยลดคะแนนความอ่อนเพลียและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ด้านอาการเบื่ออาหารสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rafaqat และคณะ[17] ($p = 0.004$) และอาการคลื่นไส้สอดคล้องกับ Frank และคณะ[18] ที่พบว่าคะแนนคลื่นไส้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.036$) สำหรับอาการซึมเศร้า ง่วงซึม ความไม่สบายกาย/ใจ และเหนื่อยหอบ ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นเพราะคะแนนก่อนการทดลองมีค่าต่ำมากอยู่แล้ว จึงเกิดปรากฏการณ์ Floor effect ทำให้มีช่องว่างสำหรับการลดลงทางสถิติน้อย

4. ระดับความสุขสบายองค์รวมของผู้ป่วย คะแนนความสุขสบายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิยา แก้ววงษา[19] ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มคะแนนความสุขสบายของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับหลักการของ Kolcaba[20] ที่ระบุว่าความสุขสบายเป็นผลลัพธ์แบบองค์รวมที่เกิดจากการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมไปพร้อมกัน

5. อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ร้อยละ 81.82 ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของแนวทางการพยาบาลในเชิงระบบบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ อินกลอง และนันตพร บุญธรรม[21] ที่ระบุว่าการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่มีการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาต่อเนื่อง ช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการจัดการอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง จึงไม่จำเป็นต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Shepperd และคณะ[22] ที่พบว่าการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านช่วยให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำแนวทางฯ ไปใช้เป็นต้นแบบพัฒนาสมรรถนะและความมั่นใจของพยาบาลปฐมภูมิ โดยปรับให้เข้ากับบริบทพื้นที่
2. บูรณาการแนวทางฯ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและวางแผนล่วงหน้า (ACP) เพื่อเสริมพลังครอบครัวจัดการอาการที่บ้าน และลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขนาดตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้หลากหลายเพื่อเพิ่มการอ้างอิงผล
2. ติดตามผลระยะยาวด้านอัตราการกลับมารักษาซ้ำและความยั่งยืนของความมั่นใจพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care: Key facts [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Aug 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2566.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2566.
4. อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, และคณะ, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรภาพ; 2565.
5. ประคอง อินทรสมบัติ. การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย: มิติการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ. ใน: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยและสาเหตุการเสียชีวิต จังหวัดแพร่ ปี 2566. แพร่: งานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่; 2566.
7. โรงพยาบาลหนองม่วงไข่. รายงานสรุปผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ประจำปีงบประมาณ 2565-2567. แพร่: กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหนองม่วงไข่; 2567.
8. ศุภชัย แพงคำไหล, พีร์ วัชรวงษ์ไพบูลย์. แนวทางส่งเสริมการเข้าถึงยากลุ่มโอปิออยด์ (opioids) แบบสหวิชาชีพที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;30(1):s76-86.
9. พัชราภรณ์ ตันติวุฒิ, สุรศักดิ์ ทิพย์รัตน์, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารสภาการพยาบาล. 2564;36(1):85-101.
10. มัลลิกา สุนทรวิภาต, ปราโมทย์ ปราโมทย์, ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล. ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการอาการไม่สุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองต่อความรู้และความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2568;8(1):e273626.
11. ราตรี ฉิมฉลอง. สมรรถนะและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2564;74(3):233-9.

12. พนิดา จำรัสบุญ, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, จรูญรัตน์ ศรีเศษพิมพ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลประคับประคองของหอผู้ป่วย. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;31(2):92-110.
13. Prompantakorn P, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K, Chutarattanakul L, Aramrat C, Pateekhum C, et al. Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer and non-cancer diagnoses needing a palliative care consultation: A retrospective cohort study. BMC Palliat Care. 2021;20(1):74.
14. กฤติกา วานิชกุล. ประสิทธิภาพของการใช้บริการทางการแพทย์ทางไกลในกลุ่มการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลวารินชำราบ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2568;22(2):70-86.
15. เมธา สิงจานุสงค์. ผลลัพธ์และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลศีขรภูมิ: การวิจัยแบบผสมผสาน. วารสารวิชาการการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2569;23(1):68-76.
16. Abdel-Aziz HR, Zaghamir DEF, Ibrahim AM. Enhancing nursing's role in community-based palliative care: Closing gaps to improve patient outcomes. BMC Nurs. 2025;24(1):326.
17. Rafaqat W, Syed AR, Ahmed IM, Hashmi S, Jabeen I, Rajwani S, et al. Impact of an outpatient palliative care consultation and symptom clusters in terminal patients at a tertiary care center in Pakistan. BMC Palliat Care. 2023;22(1):75.
18. Frank N, Busa C, Sághy E, Pozsgai É, Csikós Á. Symptom improvement and interrelated ESAS domains following outpatient palliative care in Hungarian cancer patients. J Clin Med. 2026;15(9):3532.
19. นันทิยา แก้ววงษา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลประคับประคองแบบฮิวแมนนิจูดต่อความสุขสบายของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
20. Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company; 2003.
21. วัชรินทร์ อินกลอง, นันตพร บุญธรรม. ผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในชุมชนโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2569;29(1):18-29.
22. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: Home-based end-of-life care. Cochrane Database Syst Rev. 2021;2021(3):CD009231.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

Factors related to self-management behaviors among diabetes mellitus patients with chronic kidney disease in kantang hospital, trang province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

เจนจิรา ตั้นเล่ง[1]
Jenjira Tanleng[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง เป็นการวิจัยแบบสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน CKD clinic โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 90 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง โดยภาพรวมมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง จากผลทดสอบสมมติฐานพบว่า ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้ร้อยละ 33 ส่วนตัวแปรการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้ร้อยละ 41

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ภาวะโรคไตเรื้อรัง

Abstract

The purposes of this research were to study individual characteristics and experience factors, behavior-specific cognition and affect factors and self-management behaviors among diabetes mellitus patients with chronic kidney disease, and to investigate the factors influencing self-management behaviors among diabetic mellitus patients with chronic kidney disease at Kantang Hospital, Trang Province. This study employed a survey research design. The sample consists of 90 diabetes mellitus patients with chronic kidney disease receiving treatment at the CKD clinic, Kantang Hospital, Trang Province using a simple random sampling method. The research instruments consisted of questionnaires on perceived health status, prior related behavior, perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived self - efficacy, activity-related affect, interpersonal

[1] โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

influences, situational influences and self-management behaviors among diabetes mellitus patients with chronic kidney disease. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics: frequency, percentage, mean, standard deviations, chi-square tests, Pearson's correlation coefficients, and multiple regression analysis.

The research findings revealed that individual characteristics and experiences related to perceived health status and prior-related behaviors generally had average scores at a good level. The behavior specific cognition and affect factors related to perceived benefits of action, perceived self-efficacy, activity-related affect, interpersonal influences, and situational influences, had overall average scores at a good level. Overall, self-management behaviors among diabetes mellitus patients with chronic kidney disease were practiced frequently. Hypothesis testing revealed that the variables perceived health status, prior related behavior, perceived barriers to action, and situational influences significantly affected self-management behavior among diabetic patients with chronic kidney disease at Kantang Hospital, Trang Province, at the .01 level statistical significance. Perceived health status and prior related behavior together jointly explained 33% of the variance in self-management behavior, while perceived barriers to action and situational influences together jointly explained 41% of the variance in self-management behavior.

Keywords: Self-management behaviors, Diabetes mellitus patients, Chronic kidney disease

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากผลของพฤติกรรมการดำเนินชีวิต หรือวิถีชีวิต (Life style) ความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหารจานด่วนที่มีคาร์โบไฮเดรตและมีไขมันสูง แต่มีใยอาหารน้อย รวมทั้งในสภาวะเร่งรีบทำให้เกิดความเครียด และขาดการออกกำลังกาย จึงทำจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานของคนไทยในเขตสุขภาพที่ 1-12 เท่ากับ 3,578,522 คน หรือ 1 ใน 11 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปกำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 9.8 และเป็นเพศชายร้อยละ 7.8 ในจำนวนนี้กว่า 40% ที่ไม่รู้ว่าตัวเองป่วย ขณะที่ผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเข้ารับดูแลรักษามีเพียง 54.1% หรือเพียง 2.8 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน[1] สาเหตุการส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากหรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมากในผู้ป่วยเบาหวาน การติดเชื้อในร่างกาย และเกิดจากภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทำให้อวัยวะต่างเกิดภาวะเสื่อม เช่น ภาวะเสื่อมของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นอัมพาต โรคไตเรื้อรัง เลนส์ตาและจอประสาทตาเสื่อมที่ทำให้ตาบอดได้ ประสาทส่วนปลายเสื่อม ส่งผลให้เกิดแผลได้ง่ายโดยไม่รู้สึกตัว ภาวะวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด จากกระดูกหูเสื่อม ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายผิดปกติ สมรรถภาพทางเพศลดลง[2]

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานส่งผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ที่สำคัญคือ ด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาล เพราะเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งภาครัฐและครอบครัวผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังหรือการคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและเข้ารับการรักษาให้ทันท่วงทีเพื่อลดความรุนแรง อีกทั้งสิ่งที่สำคัญคือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะช่วยลดภาระของระบบบริการ ค่าใช้จ่าย รวมทั้งการสูญเสียด้านทรัพยากรมนุษย์[2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนชนิด

เรื้อรัง ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ไม่สามารถรักษาให้หายขาด จำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อโรคดำเนินมาในระยะสุดท้าย จากข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดจากโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ของผู้ที่มารับบริการทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโอกาสเกิดภาวะโรคไตเรื้อรัง ถึงร้อยละ 20.00 – 40.00[3] การเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติจึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจและการรักษาช้า ทำให้การดำเนินการของโรคมากขึ้น นำไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถรักษาด้วยยาที่ทำให้ไตฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญกับการบำบัดและการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น มีชีวิตที่ไม่สมบูรณ์ มีความทุกข์ทั้งกาย และใจ[4] ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองจะช่วยยับยั้งหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นแนวคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการตั้งเป้าหมายแล้วจึงลงมือปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมร่วมกับเฝ้าระวังผลการปฏิบัติ จนนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่ช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ แล้วลงมือปฏิบัติร่วมกับเฝ้าระวัง (สังเกตและบันทึก) ผลที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติและการตัดสินใจจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย เห็นได้ว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง หากทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองจะเกิดประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและทำให้พฤติกรรมดังกล่าวคงอยู่หรือเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของผู้ป่วยได้[5] โดยทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) [6] เป็นแนวคิดหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่ได้ผล ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Modification) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังสามารถทำได้โดยการปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health Practice) อย่างถูกต้องจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การปฏิบัติด้านสุขภาพนั้นกระทำได้ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การใช้ยา และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการปฏิบัติด้านสุขภาพดังกล่าวเป็นเรื่องจำเป็นและต้องกระทำอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการปฏิบัติหน้าที่ใน DM clinic ของโรงพยาบาลกันตัง ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ไม่อาจกระทำได้อย่างต่อเนื่อง โดยพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ถูกละเลยมากที่สุด การควบคุมอาหารนั้นเป็นปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมของท้องถิ่น และแบบแผนการบริโภคของแต่ละครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในด้านการทำงาน การเข้าสังคม และการอยู่ร่วมกันของครอบครัว รองลงมา คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยนั้นจะไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติกันน้อย เพราะผู้ป่วยรับรู้และคิดว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว พฤติกรรมด้านการจัดการกับ

ความเครียดพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีความทุกข์ วิตก พยายามปรับตัวทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และสุดท้าย คือ พฤติกรรมด้านการใช้ยา แม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการใช้ยาเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจลึกซึ้งถึงผลของยา ทั้งยังมีความเชื่อว่าการใช้ยาในระยะเวลานาน ๆ สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ ทำให้ไม่กล้ารับประทานยาตามแผนการรักษาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่วนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบว่าเบาหวานก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา แต่มีเพียงผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอันตรายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเท่านั้นที่จะพยายามหาวิธีปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อนเหล่านั้น

การที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องย่อมมีปัจจัยต่าง ๆ มาเกี่ยวข้อง โดยเป็นปัจจัยทั้งที่เกิดจากตัวของผู้ป่วยโดยตรง คือ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ เพราะการที่บุคคลจะรับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยของตนนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความคิด ความเข้าใจประสบการณ์ที่ตนเองมีอยู่ และปัจจัยด้านสติปัญญา - การรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เกิดจากกระบวนการทางสติปัญญา และการแปลความของสิ่งที่เกิดขึ้นจากการรับรู้สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก โดยใช้กระบวนการคิดในการพิจารณาตัดสินและมีการตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ และการรับรู้จะเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจและสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วย ในบางเรื่อง ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกและกำหนดเอง แต่บางครั้งการปฏิบัติด้านสุขภาพจะถูกกำหนดจากบุคคลอื่น รวมถึงสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมและประเพณี ที่อาจมาเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้[6] และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ตัวแปรอายุ เพศ การศึกษา ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต การรับรู้ประโยชน์/ อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ มีผลโดยตรงเพื่อสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง โดยผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางวางแผนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้และตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและเป็นส่วนหนึ่งในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1 เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) แบบการสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน CKD clinic โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 116 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน CKD clinic โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง ที่ได้มาจากการสุ่มจากประชากรโดยใช้สูตรของ Yamane (1973)[7] ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จำแนกเป็น 3 ส่วน มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.30 – 0.65 และค่าความเชื่อมั่น คือ 0.76

2.แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสติปัญญา– การรับรู้ จำแนกเป็น 6 ส่วน มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.27 – 0.91 และค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง 0.70 – 0.86

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.27 – 0.80 และค่าความเชื่อมั่น คือ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: *SD*)

สถิติอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ โดยใช้ Chi-square Test และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง โดยใช้ Multiple Regression Analysis (MRA) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (รหัสโครงการ P012/2569)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 64.40 มีอายุระหว่าง 65-74 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีอายุเฉลี่ย 69.31 ปี มีค่า BMI สูงกว่าเกณฑ์ (มากกว่า 23 kg/m^2) จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 76.70 โดยเฉลี่ย 26.73 kg/m^2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 85.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 31 คิดเป็นร้อยละ 34.40 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (โดยประมาณ) น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 78.90

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานมาแล้วระยะเวลา 5 - 10 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 37.80 มีปริมาณน้ำตาลในเลือด (FBG) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 55.60 (เฉลี่ย 141.17 mg/dL) มีภาวะแทรกซ้อน ที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 98.90 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 96.70

การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี มากที่สุด จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60 โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเข้ากับบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่รอบข้างได้ดี ($\bar{X}$ = 2.87, *SD* = 0.40) รองลงมา คือ ความรู้สึกหงุดหงิดบ่อยครั้งเมื่อคิดว่าเป็นเบาหวาน ($\bar{X}$ = 2.71, *SD* = 0.52)

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี มากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 52.20 โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ

เคยได้รับคำแนะนำเรื่องอาหาร ยา และการออกกำลังกายสำหรับคนที่เป็นเบาหวานจากแพทย์ หรือพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเคยเข้ากลุ่มสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่จัดโดยสถานพยาบาล ($\bar{X}$ = 2.66, *SD* = 0.50) รองลงมา คือ เคยคิดว่าการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย เป็นเรื่องที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากมากขึ้น ($\bar{X}$ = 2.64, *SD* = 0.53)

ปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี มากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ($\bar{X}$ = 2.81, *SD* = 0.24) รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\bar{X}$ = 2.58, *SD* = 0.03) อิทธิพลระหว่างบุคคล ($\bar{X}$ = 2.50, *SD* = 0.28) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม ($\bar{X}$ = 2.45, *SD* = 0.32) อิทธิพลด้านสถานการณ์ ($\bar{X}$ = 1.76, *SD* = 0.18) และการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ ($\bar{X}$ = 1.43, *SD* = 0.35)

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาตรวจตามแพทย์นัด ($\bar{X}$ = 4.94, *SD* = 0.23) ค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด อยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นประจำ รองลงมา คือ การตรวจระดับไขมันในเลือดทุก 6 เดือน ($\bar{X}$ = 4.92, *SD* = 0.27) อยู่ในระดับการปฏิบัติเป็นประจำ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การรับประทานเนื้อสัตว์ทุกประเภท ($\bar{X}$ = 2.01, *SD* = 1.08) อยู่ในระดับการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ และการศึกษา โดยใช้สถิติ Chi-square Test และตัวแปรอายุ ดัชนีมวล การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า มีตัวแปรต้นจำนวน 10 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน โดยไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน 0.85 (ค่า $|r| < 0.85$)

การตรวจสอบเงื่อนไขของ Multiple linear regression พบว่า ผ่านเกณฑ์ทุกค่า โดยค่า Durbin-Watson = 1.86 Residuals Statistics $\bar{X}$ = 0, SD =0.98 มีค่าคงที่ Homoscedasticity ไม่มี multi-collinearity โดย VIF มีค่าระหว่าง 1.0 - 1.83 และ Tolerance มีค่าระหว่าง 0.55 – 0.93

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ด้วยเทคนิค Enter มีดังนี้

1) ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย และนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ จำแนกตามรายด้าน

ตัวแปร	*B*	*SE*	β	*t*	Sig
ค่าคงที่ (Constant)	2.30	0.45		5.09**	<0.01
อายุ (X_2)	0.01	0.00	0.16	1.65	0.10
ดัชนีมวลกาย (X_3)	0.01	0.01	0.08	0.93	0.37
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X_5)	0.31	0.09	0.31	3.36**	<0.01
พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (X_6)	0.37	0.10	0.34	3.56**	<0.01
r = 0.58	$Adj\ R^2$ = 0.30		R^2 = 0.33		
F = 10.47	SE = 0.29		$Sig.$ = <0.001		

*** p < .01*

จากตารางที่ 1 พบว่า ตัวแปร การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง ได้ร้อยละ 33 (R^2 = 0.33) โดยแสดงสมการความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

$\hat{Y}$ = 2.30 + (0.01)X_2 + (0.01)X_3 + (0.31)X_5**+ (0.37)X_6**

2) ปัจจัยด้านสติปัญญา – การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างงบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย และนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยด้านสติปัญญา –การรับรู้ จำแนกตามรายด้าน

ตัวแปร	*B*	*SE*	β	*t*	Sig
ค่าคงที่ (Constant)	1.61	0.51		3.17**	<0.01
การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (X_7)	0.27	0.15	0.19	1.79	0.08
การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (X_8)	0.22	0.10	0.23	2.34*	0.02
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (X_9)	0.23	0.14	0.19	1.66	0.10
ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (X_{10})	0.14	0.12	0.13	1.19	0.24
อิทธิพลระหว่างบุคคล (X_{11})	0.20	0.11	0.16	1.79	0.08
อิทธิพลด้านสถานการณ์ (X_{12})	0.52	0.20	0.27	2.60*	0.01
r = 0.64	$Adj\ R^2$ = 0.37		R^2 = 0.41		
F = 9.58	SE = 0.28		$Sig.$ = <0.001		

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

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และอิทธิพลด้านสถานการณ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง ได้ร้อยละ 41 (R^2 = 0.41) โดยแสดงสมการความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

$\hat{Y} = 1.61 + (0.27)X_7 + (0.22)X_8^* + (0.23)X_9 + (0.14)X_{10} + (0.20)X_{11} + (0.52)X_{12}^*$

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 65–74 ปี มี BMI สูงกว่าเกณฑ์ และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 33 ($R^2 = 0.33$, $p < 0.01$) ปัจจัยด้านสติปัญญา–การรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ อิทธิพลด้านสถานการณ์และการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ โดยร่วมกันทำนายพฤติกรรม ได้ร้อยละ 41 ($R^2 = 0.41$, $p < 0.01$)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) และด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสุขภาพ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้รับข้อมูลและคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองและสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Lee and Kim (2020) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน ช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[8] และสอดคล้องกับ Smith, Brown, and Taylor ที่พบว่า การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การใช้ยา การออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคม ช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง[9]

2. ปัจจัยด้านสติปัญญา–การรับรู้ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (Activity-related affect) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) และอิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) โดยรวมอยู่ในระดับดี ขณะที่การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) อยู่ในระดับต่ำ สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์และมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันมองว่าอุปสรรคต่าง ๆ ไม่ได้เป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการดูแลอย่างต่อเนื่องของบุคลากรสุขภาพ การให้คำแนะนำที่ชัดเจน การติดตามตามนัด การสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิด ตลอดจนการมีแหล่งอาหารที่สามารถเข้าถึงและเลือกประกอบอาหารได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดี สอดคล้องกับ Wang, Lee, and Lim ที่พบว่าการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและครอบครัวช่วยสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง[10] และสอดคล้องกับ Lee, Kim, and Park ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและสภาพแวดล้อมมีส่วนสำคัญต่อการปรับพฤติกรรม

ด้านอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน[11]

3. พฤติกรรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง โดยอาจเป็นผลจากการที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการติดตามสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด และการตรวจระดับไขมันในเลือดทุก 6 เดือน รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ Smith, Brown, and Johnson ที่พบว่าการให้คำแนะนำ การสนับสนุนด้านพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย[12] และ Johnson et al. ที่พบว่าการสร้างแรงจูงใจและการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยช่วยเพิ่มความรับผิดชอบและความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง[13]

4. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อาจเนื่องจากประสบการณ์เดิมจากการดูแลตนเองประกอบกับการได้รับคำแนะนำและความรู้จากบุคลากรสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ในการจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งการมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับ Smith, Johnson, and Davis ที่พบว่าประสบการณ์ในอดีตและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย[14]

5. ปัจจัยด้านสติปัญญา–การรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) และการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องจากบุคลากรสุขภาพให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงบริบทและอุปสรรคของผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย การสนับสนุนด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถจัดการกับอุปสรรคในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Li, Liu, and Zhang ที่พบว่าการให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมและการสนับสนุนด้านจิตใจช่วยลดความกลัวและอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง[15] และสอดคล้องกับ Nguyen, Tran, and Le ที่พบว่าการสนับสนุนเชิงรุกจากทีมสาธารณสุขและการให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. ควรสนับสนุนด้านการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความเข้าใจในปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง เพื่อเสริมสร้างทักษะในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนอย่างใกล้ชิดและเป็นมิตร รวมถึงเทคนิคการสร้างกิจกรรมกลุ่มและสื่อสารข้อมูลที่เข้าใจง่ายและเป็นรูปธรรม

2. ควรนำข้อมูลที่ได้จากศึกษาไปปรับใช้ในระบบบริการสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง

ในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ในจังหวัดตรัง โดยเน้นการสร้างความเข้าใจและความตระหนักในความสำคัญของการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจและแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. ควรให้ความสำคัญและพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้สามารถวางแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านพฤติกรรมและการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรังในกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มเศรษฐานะ กลุ่มสังคม เป็นต้น เพื่อเข้าใจความแตกต่างและปรับแนวทางการสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม

2. ควรดำเนินการวิจัยในระยะยาวเพื่อวัดผลของการปรับแนวทางการดูแลและสนับสนุนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเรื้อรัง รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล การลดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

3. ควรศึกษาวิธีการและแนวทางการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำที่มีประสิทธิภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อพัฒนาชุดเครื่องมือและแนวทางการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติโรคเบาหวานในประเทศไทย 2567 [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2567 [สืบค้นเมื่อ 27 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงจาก: https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/sahrab-bukhkhl-thawpi/health-information-and-articles/health-information-and-articles-2560/2018-02-05-09-40-67
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566.
3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2566.
4. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2559. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
5. ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด, และศตกมล ประสงค์วัฒนา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2560;18(1):11-23.
6. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. London: Pearson; 2014.
7. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
8. Lee, S., Kim, H. The role of healthcare professionals in improving self-care behaviors among patients with chronic illnesses: a review. Int J Nurs Stud. 2020;107.
9. Smith J, Brown L, Taylor R. Community-based support interventions for diabetes and chronic kidney disease management: a systematic review. J Public Health Dev. 2021;45(3):456-467.

10. Wang Y, Lee SH, Lim JS. Family and healthcare support in diabetes management in Singapore: a qualitative study. J Diabetes Res. 2021:1-10.
11. Lee JH, Kim SH, Park SY. Environmental factors and behavioral change in diabetes self-management in Korea. Int J Nurs Stud. 2022;125.
12. Smith J, Brown L, Johnson K. Strategies for improving self-management behaviors among diabetic patients with chronic kidney disease: a systematic review. J Diabetes Care. 2021;44(3):567-576.
13. Johnson, et al. Motivational strategies and goal setting in enhancing self-management among diabetic patients. Int J Health Promot. 2023;45(4):254-263.
14. Smith J, Johnson L, Davis R. Impact of past experience and perceived health status on self-management behaviors in diabetes patients: a longitudinal study. J Chronic Dis Manag. 2024;15(2):123-137.
15. Li H, Liu Y, Zhang Q. Impact of health education and supportive interventions on self-care behaviors in patients with diabetes and chronic kidney disease in China. J Chronic Dis Manag. 2022;33(2):145-158.
16. Nguyen TT, Tran TT, Le HT. The role of healthcare support in improving self-management among patients with chronic illnesses: a systematic review. J Health Promot Educ. 2022;60(2):123-135.

Journal of Environmental Education Medical and Health
VOL11 NO.3 July - September 2026

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง จังหวัดปราจีนบุรี

A Comparison of Occupational Health Literacy between Thai and Myanmar Migrant Workers in an Industrial Factory in Prachinburi Province

(Received: August 24, 2026; Revised: August 26, 2026 ; Accepted: August 30, 2026)

เพ็ญพรรณ นุชนารถ[1] อารยา ประเสริฐชัย[2] วรวิช นาคแป้น[2]
Phenphan Nutchanart[1] Araya Prasertchai[2] Worrawit Nakpan[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากการทำงาน และระดับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากการทำงาน และคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างกลุ่มแรงงาน และ (3) เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากการทำงานในกลุ่มแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง จังหวัดปราจีนบุรี การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ทำการศึกษาในประชากรคือ แรงงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง จังหวัดปราจีนบุรี อายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 594 คน กลุ่มตัวอย่าง 119 คน ประกอบด้วยแรงงานไทย 70 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิและการสุ่มอย่างง่าย และแรงงานข้ามชาติเมียนมา 49 คน ได้จากการเก็บข้อมูลจากประชากรแรงงานข้ามชาติเมียนมาทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากการทำงาน และความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย มีค่าความเชื่อมั่นของฉบับภาษาไทย 0.94 และฉบับภาษาเมียนมา 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคว์สแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติแมน-วิทนีย์ ยู และสถิติครัสคัล-วอลลิส

ผลการวิจัยพบว่า (1) แรงงานทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 26-35 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีอายุงาน 1-5 ปี มีการทำงานเข้ากะ เคยได้รับการฝึกอบรม และเคยได้รับสื่อความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ระดับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยในภาพรวมแรงงานทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นด้านการเข้าถึงข้อมูลแรงงานข้ามชาติเมียนมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ (2) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแรงงานพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน การดื่มสุรา โรคประจำตัว อายุงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ สิ่งคุกคามทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน การฝึกอบรม และการได้รับสื่อความรู้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยพบว่าคะแนนในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านการใช้และสื่อสารข้อมูลซึ่งแรงงานไทยมีค่ามัธยฐานคะแนนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (3) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มแรงงานพบว่าแรงงานไทยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาที่มีการทำงานเข้ากะและการรายงานสิ่งคุกคามทางสุขภาพด้านกายภาพต่างกัน มีคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย แรงงานข้ามชาติเมียนมา อาชีวอนามัยและความปลอดภัย

Abstract

This research aimed to study the following: 1) personal factors, work-related factors, and levels of occupational health literacy; 2) differences in personal factors, work-related factors, and occupational health literacy scores between the two groups of workers; and 3) comparisons of occupational health literacy scores based on personal and work-related factors within Thai workers and Myanmar migrant workers in an industrial factory in Prachinburi Province. This survey research by cross-sectional study was conducted among 594 operational-level workers aged 18-59 years at an industrial factory in Prachinburi Province. The

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

sample consisted of 119 participants, including 70 Thai workers selected via stratified and simple random sampling and 49 Myanmar migrant workers. Data were collected from all Myanmar migrant workers who met the inclusion criteria. The research instrument was a questionnaire covering personal factors, work-related factors, and occupational health literacy, with reliability coefficients of 0.94 for the Thai version and 0.77 for the Myanmar version. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, the Mann-Whitney U test, and the Kruskal-Wallis test.

The results revealed the following. 1) The majority of workers in both groups were male, aged 26-35 years, had completed upper secondary or vocational certificates, had 1-5 years of work tenure, worked in shift schedules, had received occupational health and safety training, and had information. Overall, occupational health literacy was at a "very good" level in both groups, except for the information access dimension among Myanmar migrant workers, which was at a "fair" level. 2) Comparisons between groups showed statistically significant differences at the 0.05 significance level in sex, age, educational level, monthly income, alcohol consumption, underlying health conditions, work tenure, weekly working hours, all five categories of occupational health hazard exposure, the receipt of occupational health and safety training, and information. Comparisons of occupational health literacy scores showed no statistically significant differences in overall scores, except for the information utilization and communication dimension, which differed significantly at the 0.05 significance level, with Thai workers having higher median scores than Myanmar migrant workers. and 3) Within-group comparisons revealed that Thai workers with different educational levels had statistically significant differences in occupational health literacy scores at the 0.05 significance level. Among Myanmar migrant workers, different shift work schedules and different self-reported physical health hazard exposure had statistically significant differences in occupational health literacy scores at the 0.05 significance level.

Keyword: Occupational Health literacy, Myanmar Migrant Workers, Occupational Health and Safety

บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันจำเป็นต้องพึ่งพาแรงงานข้ามชาติมากขึ้น โดยเฉพาะแรงงานจากกลุ่มประเทศอาเซียน อันเนื่องมาจากปัญหาการขาดแคลนแรงงานภายในประเทศ ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น การเลือกงานของแรงงานไทย การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ส่งผลให้จำนวนประชากรวัยแรงงานลดลง และการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่เพิ่มความต้องการแรงงาน[1] ข้อมูลสถิติแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานสะท้อนให้เห็นว่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการพึ่งพาแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะแรงงานเมียนมา ซึ่งเพิ่มจาก 1,045,272 คน ในปี 2558 เป็น 2,944,034 คน ในปี 2568 หรือเพิ่มขึ้นถึง 2.82 เท่า[2, 3]

การเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติส่งผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อประเทศไทย ด้านหนึ่งช่วยบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแรงงานและสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจให้ต่อเนื่อง[4] แต่อีกด้านหนึ่ง แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติเมียนมา กัมพูชา และลาว มักเป็นแรงงานไร้ทักษะที่ต้องปฏิบัติงานในลักษณะงาน 3D ได้แก่ งานหนัก (Difficult) งานสกปรก (Dirty) และงานอันตราย (Dangerous) ซึ่งเป็นงานที่แรงงานไทยไม่นิยมทำ[1] ส่งผลให้แรงงานกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการประสบอันตรายจากการทำงานสูงกว่าแรงงานไทย โดยข้อมูลในปี 2559 พบว่ามีแรงงานข้ามชาติเมียนมา กัมพูชา และลาว ประสบอันตรายจากการทำงานจำนวน 7,569 ราย ในจำนวนนี้เป็นแรงงานข้ามชาติเมียนมาสูงถึงร้อยละ 77.2[5] ประกอบกับข้อมูลในช่วงปี 2565–2567 ยังพบแนวโน้มการบาดเจ็บจากการทำงานในแรงงานข้ามชาติที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 5,256 ราย เป็น 6,034 ราย หรือเพิ่มขึ้น 1.15 เท่า ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าการประสบ

อันตรายจากการทำงานของกลุ่มแรงงานข้ามชาติยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย[6-8]

แม้ว่าประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ซึ่งครอบคลุมการคุ้มครองทั้งแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ โดยมุ่งเน้นการกำกับดูแลด้านความปลอดภัยในการทำงานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตแรงงาน[9] อย่างไรก็ตาม มาตรการส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นไปที่การบริหารจัดการฝั่งนายจ้างเป็นหลัก ขณะที่ในฝั่งแรงงานเองยังมีความจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการป้องกันตนเองจากอันตรายและโรคจากการทำงาน อันจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของแรงงานในระยะยาวด้วย[10]

ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยเป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อยอดจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นบริบทของการทำงาน กรมควบคุมโรคสรุปนิยามว่าเป็นความสามารถของผู้ประกอบอาชีพในการเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันตนเองและผู้อื่น รวมถึงการคงไว้ซึ่งสมรรถนะในการทำงาน (work ability)[10] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยในประเทศไทยยังคงมีจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งผลการศึกษาที่มีอยู่ชี้ให้เห็นว่าระดับความรอบรู้ยังอยู่ในระดับปานกลาง[11] ถึงระดับที่ควรปรับปรุง[12] ขณะที่ในแรงงานไทยแม้บางกลุ่มมีระดับความรอบรู้สูง แต่ก็ยังพบความไม่สม่ำเสมอในแต่ละบริบทการทำงาน สะท้อนถึงช่องว่างของการพัฒนาในประเด็นนี้[13, 14]

สำหรับจังหวัดปราจีนบุรีซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา พบว่ามีการขยายตัวของแรงงานข้ามชาติเมียนมาอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจาก 3,325 คน ในปี 2558 เป็น 11,476 คน ในปี 2568 เพิ่มขึ้นถึง 3.45 เท่า ซึ่งสูงกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นในระดับประเทศ[2, 3] การเพิ่มขึ้นดังกล่าวสอดคล้องกับโครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดที่พึ่งพาภาคอุตสาหกรรมเป็นหลัก และมีแนวโน้มการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง[15] ขณะเดียวกันสถิติการประสบอันตรายจากการทำงานในพื้นที่ก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2563-2567 ซึ่งบ่งชี้ถึงความสำคัญของปัญหาในระดับพื้นที่[16-20]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมาในบริบทโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดปราจีนบุรี การศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างของระดับความรอบรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มแรงงาน ที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างด้านการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และโอกาสในการได้รับการส่งเสริมด้านอาชีวอนามัย และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและออกแบบมาตรการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับบริบทของแรงงานแต่ละกลุ่ม เพื่อยกระดับการคุ้มครองแรงงานอย่างยั่งยืน และสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากการทำงาน และระดับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา ในโรงงานอุตสาหกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจากการทำงาน และคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างกลุ่มแรงงานไทยกับแรงงานข้ามชาติเมียนมา ในโรงงานอุตสาหกรรม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยจากการทำงานในกลุ่มแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา ในโรงงานอุตสาหกรรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ

เมียนมา ในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง จังหวัดปราจีนบุรี ระหว่างวันที่ 16-30 เมษายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือแรงงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมแห่งหนึ่ง จังหวัดปราจีนบุรี อายุ 18-59 ปี อายุงานไม่น้อยกว่า 4 เดือน จำนวน 594 คน แบ่งเป็นแรงงานไทย จำนวน 515 คน และแรงงานข้ามชาติเมียนมา จำนวน 79 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Cohen[21] กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 ค่า Statistical Power (1-β) = 0.8 และค่า Effect Size (d) = 0.5 จะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คนต่อกลุ่ม คำนวณเพิ่มร้อยละ10 ได้จำนวน 70 คนต่อกลุ่ม รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน แต่เนื่องจากจำนวนประชากรในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจริงลดลง จึงทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้ 49 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 119 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และโรคประจำตัว **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยจากการทำงาน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุงาน การเข้ากะ ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ สิ่งคุกคามทางสุขภาพในการทำงาน อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ประวัติการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการทำงาน และการรับสื่อความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย **ส่วนที่ 3** แบบประเมินความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย จำนวน 23 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านความเข้าใจข้อมูล ด้านการประเมินค่าข้อมูล และด้านการใช้และสื่อสารข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดของกัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะ[22] และชนิภา ยอยืนยง และคณะ[23] ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี พอใช้ได้ และดีมาก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นในแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมา กลุ่มละ 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 ในฉบับภาษาไทย และ 0.77 ในฉบับภาษาเมียนมา ซึ่งแบบสอบถามได้รับการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาเมียนมาและมีหนังสือรับรองคำแปลถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากการทำงานระหว่างแรงงานไทยและแรงงานเมียนมาโดยใช้สถิติ Chi-square test / Fisher's exact test และเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test / Kruskal-Wallis test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช ก่อนเริ่มทำการวิจัย (รหัสโครงการ STOUIRB 2569/017.2901) วันที่รับรอง 23 มีนาคม พ.ศ. 2569

ผลการศึกษา

1) ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งแรงงานไทย (ร้อยละ 64.3) และแรงงานข้ามชาติเมียนมา (ร้อยละ 91.8) เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 26-35 ปี แรงงานไทยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.3) ขณะที่เมียนมามีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 53.1) แรงงานไทยส่วน

ใหญ่มีการศึกษาไม่เกินระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 61.4) ขณะที่เมียนมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป (ร้อยละ 75.5) แรงงานไทยมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000-14,999 บาท (ร้อยละ 55.7) ขณะที่เมียนมามีรายได้ต่อเดือน 15,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 51.0) ทั้งแรงงานไทย (ร้อยละ 75.7) และเมียนมา (ร้อยละ 63.3) ไม่สูบบุหรี่ แรงงานไทยดื่มสุรา (ร้อยละ 67.1) ขณะที่เมียนมาไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 55.1) และทั้งแรงงานไทย (ร้อยละ 82.9) และเมียนมา (ร้อยละ 100) ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างแรงงานไทยและเมียนมาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน การดื่มสุรา และโรคประจำตัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.015$, $p=0.016$ และ $p=0.001$ ตามลำดับ)

2) ปัจจัยจากการทำงาน แรงงานไทยมีอายุงาน 11 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 35.7) ขณะที่เมียนมาอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 71.4) ทั้งสองกลุ่มมีการทำงานเข้ากะ แรงงานไทย (ร้อยละ 67.1) เมียนมา (ร้อยละ 71.4) แรงงานไทยมีชั่วโมงการทำงานไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 91.4) เมียนมา (ร้อยละ 65.3) สิ่งคุกคามทางสุขภาพในการทำงานด้านกายภาพ แรงงานไทยรายงานว่ามี (ร้อยละ 87.1) เมียนมารายงานว่าไม่มี (ร้อยละ 61.2) ด้านชีวภาพ แรงงานไทยรายงานว่าไม่มี (ร้อยละ 74.3) เมียนมารายงานว่าไม่มี (ร้อยละ 100) ด้านสารเคมี แรงงานไทยรายงานว่ามี (ร้อยละ 57.1) เมียนมารายงานว่าไม่มี (ร้อยละ 71.4) ด้านการยศาสตร์ แรงงานไทยรายงานว่ามี (ร้อยละ 70.0) เมียนมารายงานว่าไม่มี (ร้อยละ 57.3) ด้านจิตสังคม แรงงานไทยรายงานว่าไม่มี (ร้อยละ 61.4) เมียนมารายงานว่าไม่มี (ร้อยละ 83.7) ทั้งสองกลุ่มมีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล แรงงานไทย (ร้อยละ 98.6) เมียนมา (89.8) ประวัติการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย แรงงานไทยมี (ร้อยละ 68.6) เมียนมาไม่มี (ร้อยละ 61.2) ทั้งสองกลุ่มไม่มีประวัติการประสบอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการทำงาน แรงงานไทย (ร้อยละ 87.1) เมียนมา (ร้อยละ 91.8) และแรงงานไทยเคยได้รับข้อมูลสื่อความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (ร้อยละ 67.1) ขณะที่เมียนมาไม่เคยได้รับข้อมูล (ร้อยละ 61.2) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยจากการทำงานระหว่างแรงงานไทยและเมียนมาพบว่า อายุงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ สิ่งคุกคามทางสุขภาพด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ ด้านสารเคมี ด้านการยศาสตร์ และด้านจิตสังคม ประวัติการฝึกอบรมและการรับสื่อความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$, $p=0.009$, $p=0.001$ และ $p=0.002$ ตามลำดับ)

3) ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย ในภาพรวมทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีมาก แรงงานไทย (ร้อยละ 75.7) และเมียนมา (ร้อยละ 59.2) ในรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล แรงงานไทยอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 48.6) ขณะที่เมียนมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 46.9) สำหรับด้านความเข้าใจข้อมูล แรงงานไทย (ร้อยละ 61.4) และเมียนมา (ร้อยละ 53.1) การประเมินค่าข้อมูล แรงงานไทย (ร้อยละ 64.3) และเมียนมา (ร้อยละ 65.3) และด้านการใช้และสื่อสารข้อมูล แรงงานไทย (ร้อยละ 84.3) และเมียนมา (ร้อยละ 61.2) ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีมาก

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและเมียนมาพบว่า คะแนนในภาพรวมไม่แตกต่างกัน แต่ในรายด้านพบว่า ด้านการใช้และสื่อสารข้อมูลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าแรงงานไทยมีคะแนนสูงกว่าเมียนมา สำหรับด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยตามปัจจัยส่วนบุคคลในกลุ่มแรงงาน

ไทยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้น ขณะที่ในกลุ่มเมียนมาไม่พบปัจจัยที่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยตามปัจจัยจากการทำงานในกลุ่มแรงงานไทยไม่พบปัจจัยที่แตกต่างกัน ขณะที่ในกลุ่มเมียนมาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีการทำงานเข้ากะมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ากะ และกลุ่มที่รายงานว่าไม่มีสิ่งคุกคามทางสุขภาพด้านกายภาพ มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่รายงานว่ามี รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยระหว่างแรงงานไทยและเมียนมา

องค์ประกอบ	จำนวน (คน)	ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย			U	p-value
		Median	IQR	Mean rank		
การเข้าถึงข้อมูล					1558.00	0.390
ไทย	70	11.00	3	62.24		
เมียนมา	49	11.00	2	56.80		
ความเข้าใจข้อมูล					1569.00	0.414
ไทย	70	8.00	2	62.09		
เมียนมา	49	8.00	3	57.02		
การประเมินค่าข้อมูล					1477.50	0.187
ไทย	70	13.00	5	56.61		
เมียนมา	49	14.00	5	64.85		
การใช้และสื่อสารข้อมูล					1315.00	0.029*
ไทย	70	28.00	5	65.71		
เมียนมา	49	25.00	10	51.84		
ภาพรวม					1465.50	0.177
ไทย	70	60.00	8	63.56		
เมียนมา	49	56.00	16	54.91		

*p-value<0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยจากการทำงาน

กลุ่มแรงงาน/ปัจจัย	จำนวน (คน)	ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย			U	p-value
		Median	IQR	Mean rank		
แรงงานไทย (n=70)						
ระดับการศึกษา					417.50	0.049*
≤ มัธยมศึกษาตอนต้น	43	59.00	8	31.71		
≥ มัธยมศึกษาตอนปลาย	27	62.00	7	41.54		
แรงงานเมียนมา (n=49)						
การทำงานเข้ากะ					116.50	0.004*
ไม่เข้ากะ	14	49.50	10	15.82		
เข้ากะ	35	60.00	11	28.68		
สิ่งคุกคามทางสุขภาพด้านกายภาพ					133.50	0.002*
ไม่มี	30	62.50	15	30.05		
มี	19	55.00	12	17.03		

*p-value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.6 โดยแรงงานข้ามชาติเมียนมามีสัดส่วนเพศชายสูงถึงร้อยละ 91.8 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของโรงงานผลิตโลหะที่จัดเป็นอุตสาหกรรมหนักและต้องการแรงงานทางกายสูง จึงมีแนวโน้มจ้างแรงงานเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจังหวัดปราจีนบุรีที่พบว่าแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานตาม MOU เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 1.6 เท่า[3] และพบแรงงานข้ามชาติเมียนมามีอายุค่ามัธยฐานน้อยกว่าแรงงานไทย (28 ปีและ 38 ปี ตามลำดับ) สะท้อนรูปแบบการจ้างงานที่คัดเลือกแรงงานวัยแรงงานตอนต้นที่มีความพร้อมทางร่างกาย ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของวรรษนันท์ นามเทพ และคณะ[11] ที่พบแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยองมีอายุเฉลี่ย 27.1 ปี และนีรชญานุตม์ พลศักดิ์เดช และคณะ[12] ที่พบแรงงานเมียนมาในจังหวัดฉะเชิงเทราส่วนใหญ่มีอายุไม่เกิน 29 ปี ในขณะที่แรงงานไทยมีอายุมัธยฐานสูงกว่า อาจเป็นเพราะประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้สัดส่วนวัยแรงงานตอนต้นลดลง[1]

ด้านระดับการศึกษา แรงงานข้ามชาติเมียนมาร้อยละ 75.5 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ขณะที่แรงงานไทยส่วนใหญ่มีระดับไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 61.5 ซึ่งอาจสะท้อนกระบวนการคัดกรองแรงงานผ่านช่องทาง MOU อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาสูงกว่า แต่แรงงานข้ามชาติยังคงต้องทำงานในตำแหน่งที่ใช้แรงงานเป็นหลัก ซึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดด้านภาษา[24] และบริบทการจ้างงานในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวรรษนันท์ นามเทพ และคณะ[11] และนีรชญานุตม์ พลศักดิ์เดช และคณะ[12] ที่พบแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่เกินระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของประเภทอุตสาหกรรมและพื้นที่ศึกษา สำหรับแรงงานไทยที่มีการศึกษาต่ำกว่าสอดคล้องกับลักษณะของอุตสาหกรรมหนักเน้นการใช้แรงงานทางกายเป็นหลัก แรงงานจึงไม่จำเป็นต้องมีระดับการศึกษาสูง[25]

ด้านรายได้ต่อเดือน แรงงานข้ามชาติเมียนมามีรายได้ค่ามัธยฐานสูงกว่าแรงงานไทย (15,000 บาทและ 12,000 บาท ตามลำดับ) ซึ่งอาจสะท้อนการทำงานล่วงเวลาที่มากกว่า เนื่องจากพบว่าแรงงานกลุ่มนี้มีสัดส่วนชั่วโมงทำงานมากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์สูงกว่าแรงงานไทย (ร้อยละ 34.7 และ 8.6 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนีรชญานุตม์ พลศักดิ์เดช และคณะ[12] ที่พบแรงงานข้ามชาติเมียนมาส่วนใหญ่มีการทำงานล่วงเวลา ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 44.9 ขณะที่แรงงานไทยส่วนใหญ่ดื่มเป็นครั้งคราว ร้อยละ 67.1 ซึ่งอาจอธิบายได้จากระยะเวลาพำนักในประเทศไทยที่สั้นกว่าและอาจยังอยู่ในช่วงปรับตัว อาจสอดคล้องกับการศึกษาของ Aung et al.[24] ที่พบว่ายิ่งแรงงานข้ามชาติเมียนมาพำนักในไทยนานขึ้น โอกาสดื่มแอลกอฮอล์จะสูงขึ้นเนื่องจากการปรับตัวเข้ากับบริบทสังคมของประเทศไทย นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งอาจเกิดจากอายุที่น้อยกว่าและกระบวนการคัดกรองสุขภาพก่อนรับใบอนุญาตทำงานตามช่องทาง MOU[26] ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของกิตติยา ฝ้ายเจริญ และคณะ[27] และธนกร สิริธร[28] ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 95 ขึ้นไป ขณะที่แรงงานไทยบางส่วนมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับอายุที่มากกว่า

ด้านปัจจัยจากการทำงาน แรงงานข้ามชาติเมียนมามีอายุงานค่ามัธยฐานน้อยกว่าแรงงานไทย (1.25 ปีและ 5.75 ปี ตามลำดับ) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของวรรษนันท์ นามเทพ และคณะ[11] และนีรชญานุตม์ พลศักดิ์เดช และคณะ[12] ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีอายุงานไม่เกิน 2 ปี ปัจจัยที่อาจอธิบายได้คือการขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดปราจีนบุรีที่เปิดโอกาสให้แรงงานข้ามชาติย้ายงานได้มากขึ้น[15] ในขณะที่

แรงงานไทยมีอายุงานสูงกว่า อาจเนื่องจากอายุที่มากกว่า ความคุ้นเคยกับสถานประกอบการ และภาวะเศรษฐกิจชะลอตัวส่งผลให้ไม่กล้าลาออก ทำให้แรงงานกลุ่มอายุมากที่มีประสบการณ์สูงยังคงอยู่ในอุตสาหกรรมการผลิตได้[25] นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมามีสัดส่วนชั่วโมงการทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 49 ชั่วโมง ร้อยละ 34.7 ขณะที่กลุ่มแรงงานไทย ร้อยละ 8.6 ซึ่งพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 กำหนดเวลาทำงานปกติไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จึงอาจสะท้อนถึงจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานของแรงงานข้ามชาติเมียนมาที่ยาวนานกว่า[29] และรายได้ต่อเดือนที่สูงกว่าจากการทำงานล่วงเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของนีรชญานุตม์ พลศักดิ์เดช และคณะ[12] ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมา ส่วนใหญ่มีการทำงานล่วงเวลา ขณะที่กลุ่มแรงงานไทยส่วนใหญ่ทำงานไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 91.4 สะท้อนถึงการทำงานในชั่วโมงปกติตามที่กฎหมายกำหนด

การรับรู้สิ่งคุกคามทางสุขภาพในการทำงานทั้ง 5 ด้าน พบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมามีสัดส่วนรายงานว่าตนไม่มีสิ่งคุกคามสูงกว่าแรงงานไทยทุกด้าน ทั้งที่ทั้งสองกลุ่มปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมเดียวกัน ผลดังกล่าวอาจสะท้อนความแตกต่างด้านการรับรู้หรือความตระหนักมากกว่าการไม่มีความเสี่ยงจริง ซึ่งอาจอธิบายได้จากการศึกษาของสร้อยสุดา เกสรทอง และคณะ[30] ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน และอุปสรรคด้านภาษาอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และยังพบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมาได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยน้อยกว่าแรงงานไทย (ร้อยละ 38.8 เทียบกับ 68.6) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Öztürk[31] และนีรชญานุตม์ พลศักดิ์เดช และคณะ[12] แต่แตกต่างจากการศึกษาของอรพันธ์ อันติมานนท์ และคณะ[32] ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการและสมุทรสาครได้รับการอบรมถึงร้อยละ 96.2 ความแตกต่างนี้อาจเชื่อมโยงกับอายุงานที่สั้นกว่าทำให้ยังไม่เข้าสู่รอบการอบรม และข้อจำกัดด้านภาษาที่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกอบรม[24] นอกจากนี้ แรงงานข้ามชาติเมียนมาได้รับสื่อความรู้ด้านอาชีวอนามัยน้อยกว่าแรงงานไทย (ร้อยละ 38.8 เทียบกับ 67.1) แตกต่างจากการศึกษาของอรพันธ์ อันติมานนท์ และคณะ[32] พบว่าแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการและสมุทรสาครได้รับสื่อความรู้ถึงร้อยละ 96.2 ซึ่งอาจสะท้อนบริบทของจังหวัดปราจีนบุรีที่มีแรงงานข้ามชาติเมียนมาน้อยกว่าจังหวัดสมุทรสาครและสมุทรปราการ[3] ทำให้สถานประกอบการยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาสื่อที่เหมาะสม รวมถึงข้อจำกัดด้านภาษาที่ส่งผลต่อการเข้าถึง[33]

ด้านความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยในภาพรวมแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมาอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 75.7 และ 59.2 ตามลำดับ) ผลของแรงงานไทยสอดคล้องกับการศึกษาของแสนคม สีหะปัญหา และคณะ[14] และดวงเดือน ฤทธิเดช และคณะ[13] ที่พบว่าพนักงานในโรงงานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับสูง อย่างไรก็ตาม ผลของแรงงานข้ามชาติเมียนมาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรษนันท์ นามเทพ และคณะ[11] และนีรชญานุตม์ พลศักดิ์เดช และคณะ[12] ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติมีความรอบรู้ระดับปานกลางหรือควรปรับปรุง ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากระดับการศึกษาที่สูงกว่าในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงและประมวลผลข้อมูลด้านสุขภาพ[29]

เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมามีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงข้อมูล (ระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 46.9) ซึ่งอาจสะท้อนอุปสรรคด้านภาษา ช่องทางการสื่อสาร และรูปแบบสื่อ[33] ด้านความเข้าใจข้อมูลและการประเมินค่าข้อมูล ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 61.4 และ 53.1 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ด้านการใช้และสื่อสารข้อมูล พบว่าแรงงานไทยมีสัดส่วนระดับดีมากสูงกว่า (ร้อยละ 84.3 เทียบกับ

61.2) และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของคะแนนความรอบรู้ ซึ่งพบว่าแรงงานไทยมีแนวโน้มใช้และสื่อสารข้อมูลได้ดีกว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมา ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้แรงงานข้ามชาติเมียนมาจะสามารถเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูล รวมถึงประเมินค่าข้อมูลได้ในระดับหนึ่ง แต่การนำไปใช้ในทางปฏิบัติหรือการสื่อสารยังคงเป็นข้อจำกัดสำคัญของแรงงานกลุ่มนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen et al.[29] ซึ่งอธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ผลการศึกษานี้พบว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมายังคงมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านการใช้และสื่อสารข้อมูล ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องอาศัยบริบททางสังคม ภาษา และประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าความสามารถในการทำความเข้าใจและการประเมินค่าข้อมูล นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามแนวคิดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[34] ซึ่งแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Basic/Functional literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health literacy) และระดับวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าแรงงานข้ามชาติเมียนมามีความสามารถด้านความเข้าใจและการประเมินค่าข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอาจสะท้อนองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณญาณบางส่วน อย่างไรก็ตาม แรงงานกลุ่มนี้ยังคงมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงการใช้และสื่อสารข้อมูล ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการนำข้อมูลด้านอาชีวอนามัยไปประยุกต์ใช้และสื่อสารในสถานการณ์จริง

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัย พบว่าในกลุ่มแรงงานไทย ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้โดยผู้ที่มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปมีแนวโน้มคะแนนสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Qiaomei et al.[35] และวรรษนันท์ นามเทพ และคณะ[11] ที่พบว่าระดับความรอบรู้จะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์เดียวกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมา ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านภาษา การเข้าถึงสื่อความรู้ และโอกาสในการได้รับการฝึกอบรม ซึ่งอาจมีบทบาทมากกว่าระดับการศึกษา รวมถึงการที่แรงงานกลุ่มนี้กระจุกตัวอยู่ในระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปถึงร้อยละ 75.5 จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยจากการทำงาน พบว่าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมา ผู้ที่ทำงานเข้ากะมีแนวโน้มคะแนนความรอบรู้สูงกว่า ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Wang et al.[36] และวีรนุช เชาวกิจเจริญ และคณะ[37] ที่พบผลตรงข้าม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในบริบทโรงงานอุตสาหกรรม แรงงานที่ทำงานเข้ากะมักปฏิบัติงานในสายการผลิตซึ่งมีโอกาสเผชิญความเสี่ยงสูงกว่า[33] จึงอาจได้รับการกำกับดูแลและเรียนรู้จากประสบการณ์หน้างานมากกว่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มนี้เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติงานจริงเป็นสำคัญ นอกจากนี้ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมาที่รายงานว่าไม่มีสิ่งคุกคามทางสุขภาพด้านกายภาพมีแนวโน้มคะแนนความรอบรู้สูงกว่า ซึ่งอาจสะท้อนว่าแรงงานที่มีความรอบรู้สูงสามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงได้ดีกว่า จึงเอื้อให้รับรู้ว่าตนเองไม่ได้เผชิญกับสิ่งคุกคามทางสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Sørensen et al.[29] ที่ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้เพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ได้รับมอบหมาย โดยแรงงานที่ปฏิบัติในตำแหน่งงานที่มีความเสี่ยงต่ำอาจมีโอกาสในการเรียนรู้และสื่อสารข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้

มากกว่า ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในกลุ่มแรงงานไทย อาจเนื่องจากแรงงานไทยมีโอกาสเข้าถึงข้อมูล การฝึกอบรม และสื่อความรู้อย่างทั่วถึงกว่า ทำให้ความรอบรู้ไม่แตกต่างกันตามลักษณะการทำงานหรือการรับรู้สิ่งคุกคาม

สรุป

แรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติเมียนมาในโรงงานอุตสาหกรรมมีระดับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยโดยรวมอยู่ในระดับดีมากทั้งสองกลุ่ม แต่ยังคงมีความแตกต่างในองค์ประกอบรายด้าน โดยแรงงานข้ามชาติเมียนมายังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านการใช้และสื่อสารข้อมูล เมื่อเทียบกับแรงงานไทย นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยมีความแตกต่างกันระหว่างแรงงานทั้งสองกลุ่ม โดยในกลุ่มแรงงานไทย ระดับการศึกษามีบทบาทสำคัญ ขณะที่ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเมียนมา ปัจจัยจากบริบทการทำงาน มีบทบาทมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ สถานประกอบการควรพัฒนาสื่อด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแบบสองภาษา (ไทย-เมียนมา) หรือในรูปแบบที่เข้าใจได้ง่าย เช่น Infographic หรือคลิปวิดีโอ รวมถึงจัดการฝึกอบรมปฐมนิเทศสำหรับแรงงานข้ามชาติใหม่ก่อนเริ่มงานโดยใช้ภาษาเมียนมา และส่งเสริมบทบาทของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทุกระดับให้เข้าถึงแรงงานข้ามชาติมากขึ้นเพื่อเพิ่มความสามารถด้านการสื่อสารข้อมูล รวมถึงหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาสื่อความรู้สำหรับแรงงานข้ามชาติ และส่งเสริมให้สถานประกอบการที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติจัดทำแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยเฉพาะกลุ่มอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคในการเข้าถึงและการใช้และสื่อสารข้อมูลด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น รวมถึงการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัย และการศึกษาเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยที่เหมาะสมกับบริบทของแรงงานข้ามชาติ

ข้อจำกัดการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติเมียนมาในการศึกษานี้มีจำนวน 49 คน อันเนื่องมาจากอัตราการลาออกของแรงงานข้ามชาติเมียนมาที่สูง ทำให้มีจำนวนต่ำกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณไว้ที่ 63 คน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงของความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 2 (Type II error) ดังนั้นการตีความผลการวิเคราะห์ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง

เอกสารอ้างอิง

1. พิมณฑ์ทิพย์ อุบลจินดา, ภานุพงศ์ ธนินทรานนท์, ศิริรัตน์ สุริยประเสริฐ, เจตน์สฤษฏ์ สังขพันธ์, นิวัตน์ สวัสดิ์แก้ว. การขาดแคลนแรงงานและความจำเป็นการใช้แรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 14; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2566. p. 1163-76.
2. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวกลุ่มประเทศอาเซียนได้รับอนุญาตทำงาน ประจำเดือนกันยายน 2558. กรมการจัดหางาน; 2558. https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/2c1d8a3fa07c5ba9a3ff442441fb0d8b.pdf
3. สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. วารสารสถิติจำนวนคนต่างด้าวกลุ่มประเทศอาเซียนที่ได้รับอนุญาตทำงาน ก.ย.68. 2568. https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/bbcd366c421eec46e6af3eb5bb62f7f3.pdf

4. O-in S. Monitoring the Immigration Situation of Migrant Worker in Thailand during the Years 2013 and 2023. Journal of Arts and Thai Studies. 2025;47(1):1-11.
5. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของแรงงานต่างด้าว (พม่า กัมพูชา ลาว) ปี 2559. 2560. https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/af17b01a474174e851ffb132d2bd6450.pdf
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สถิติประชากรแรงงานต่างด้าวเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ (14 กลุ่มโรค) ปี 2565. 2566. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/f5664caea1ac7f5c5f0e0a14944ab779?subcatalogId=6e6b8a42012f37ae32459cd806d9aed7
7. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สถิติประชากรแรงงานต่างด้าวเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ (14 กลุ่มโรค) ปี 2566. 2567. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/f5664caea1ac7f5c5f0e0a14944ab779?subcatalogId=6e6b8a42012f37ae32459cd806d9aed7
8. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สถิติประชากรแรงงานต่างด้าวเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ (14 กลุ่มโรค) ปี 2567. 2567. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/f5664caea1ac7f5c5f0e0a14944ab779?subcatalogId=6e6b8a42012f37ae32459cd806d9aed7
9. กองความปลอดภัยแรงงาน. คำอธิบายสรุปสาระสำคัญพระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554. 2564. https://www.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/2/2021/09/สรุปคำอธิบายสรุปสาระสำคัญ-พรบ.ความปลอดภัย.pdf
10. กรมควบคุมโรค. แนวทางสร้างความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยในสถานประกอบการสำหรับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง. 2567. https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1652520241219032412.pdf
11. วรรษนันท์ นามเทพ, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ดุสิต สุจิรารัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้เรื่องสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานข้ามชาติที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดระยอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2561;32(3):115-32.
12. นีรชญานุตม์ พลศักดิ์เดช, มณฑา เก่งการพานิช, ปรารถนา สถิตวิภาวี, นพนันท์ นานคงแนบ, อริยะ บุญงามชัยรัตน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาที่ทำงานในกลุ่มวิสาหกิจขนาดย่อมและขนาดกลาง กรณีศึกษาโรงงานชุบชิ้นส่วนเหล็กด้วยกระแสไฟฟ้าแห่งหนึ่ง ในจังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2567;9(1):293-312.
13. ดวงเดือน ฤทธิเดช, ฌาน ปัทมะ พลยง, มริสสา กองสมบัติสุข. ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;15(2):13-24.
14. แสนคม สีหะปัญญา, กัญชมน สีหะปัญญา, วิชุดา หัสโน. ความรอบรู้สุขภาพด้านอาชีวอนามัยต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการธุรกิจรถยนต์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568;10(3):133-43.
15. สำนักงานแรงงานจังหวัดปราจีนบุรี. รายงานสถานการณ์แรงงานจังหวัดปราจีนบุรี ไตรมาส 2 ปี 2568 (เดือนเมษายน - มิถุนายน). 2568. https://prachinburi.mol.go.th/news/สำนักงานแรงงานจังหวัดปราจีนบุรี-รายงานสถานการณ์แรงงานและดัชนีชี้วัดภาวะแรงงานจังหวัดปราจีนบุรีไตรมาส-2-ปี-2568-เมษายน-มิถุนายน-2568
16. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. จำนวนและอัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 ราย จำแนกรายจังหวัด ปี 2563. 2564. https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน_sub_category_list-label_1_169_744
17. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. จำนวนและอัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 ราย จำแนกรายจังหวัด ปี 2564. 2565. https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน_sub_category_list-label_1_169_744

18. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. จำนวนและอัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 ราย จำแนกรายจังหวัด ปี 2565. 2566. https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน_sub_category_list-label_1_169_744
19. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. จำนวนและอัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 ราย จำแนกรายจังหวัด ปี 2566. 2567. https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน_sub_category_list-label_1_169_744
20. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. จำนวนและอัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 ราย จำแนกรายจังหวัด ปี 2567. 2568. https://www.sso.go.th/wpr/main/privilege/ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน_sub_category_list-label_1_169_744
21. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Newyork: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
22. กัลยาณี ตันตรานนท์, วันเพ็ญ ทรงคำ, วีระพร ศุทธากรณ์, วิจิตร ศรีสุพรรณ, โภคิน ศักรินทร์กุล, จักรภพ ธาตุสุวรรณ. การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในคนงานโรงงานอุตสาหกรรม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(3):247-55.
23. ชนิภา ยอยืนยง, นลิณี เชยกลิ่นพุฒ, อารยา เชียงของ. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของกลุ่มวัยทำงาน เขตกรุงเทพมหานคร: การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด. วารสารเกื้อการุณย์. 2562;26(2):7-21.
24. Aung TNN, Shirayama Y, Moolphate S, Lorga T, Yuasa M, Nyein Aung M. Acculturation and Its Effects on Health Risk Behaviors among Myanmar Migrant Workers: A Cross-Sectional Survey in Chiang Mai, Northern Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(14).
25. ชัชชลัยย์ ยลอารีย์. การศึกษาการทำงานต่ำกว่าวุฒิของภาคการผลิตในตลาดแรงงานไทย. วารสารศิลปศาสตร์และอุตสาหกรรมบริการ. 2564;4(1):121-35.
26. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พ.ศ. 2562. กระทรวงสาธารณสุข; 2562. https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/05/ประกาศกระทรวงสาธารณสุข-เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว2562.pdf
27. กิตติยา ฝ้ายเจริญ, สร้อยสุดา เกสรทอง, ทวีสุข พันธุ์เพ็ง. การศึกษาปัญหาสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติเมียนมาร์ กรณีศึกษาโรงงานผลิตภาชนะเคลือบแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี. วารสารควบคุมโรค. 2562;45(3):270-80.
28 ธนกร สิริธร. พฤติกรรมการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และบุคลิกภาพที่ส่งผลต่อความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานต่างด้าว: กรณีศึกษาแรงงานต่างด้าวสัญชาติเมียนมาในโรงงานย่านมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร: (การค้นคว้า อิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ); 2560.
29. 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(1):1-13.
30. สร้อยสุดา เกสรทอง, รณภูมิ สามัคคีคารมย์, รัชนีวรรณ คุณูปกร. ปัญหาสุขภาพจากการทำงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (แรงงานต่างด้าว) จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารควบคุมโรค. 2560;43(3):255-69.
31. Öztürk T. A Comparison of Occupational Safety Perceptions among Domestic and Migrant Workers in Turkey. Sustainability [Internet]. 2023; 15(21):1-17.
32. อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิทย์ บุญมีพงศ์, ธิติรัตน์ สายแปง, กมลชนก สุขอนันต์, อมราภรณ์ ลาภเหลือ, ธนาพร ทองสิม, et al. การจัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐานสำหรับลูกจ้างต่างด้าวของสถานประกอบการในจังหวัดสมุทรปราการและสมุทรสาคร. วารสารควบคุมโรค. 2564;47(2):1276-92.
33. Moyce SC, Schenker M. Migrant Workers and Their Occupational Health and Safety. Annual Review of Public Health. 2018;39:351-65.

34. Nutbeam D. Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-67.
35. Qiaomei X, Qiong H, Xunjia H, Jian X, Wansheng Z, Fang Q, et al. Occupational health literacy level and influencing factors of workers in ten key industries in Anhui Province. Occupational Health and Emergency Rescue. 2025;43(1):31-6.
36. Wang D, Wang J, Lu C, Wang W, Jin H. Study on occupational health literacy levels and influencing factors among workers in a ferroalloy enterprise. Occupational Health and Emergency Rescue. 2024;42(6):755-60.
37. วีรนุช เชาวกิจเจริญ, พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, สรันยา เฮงพระพรหม. ความรอบรู้ด้านอาชีวอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร. เชียงใหม่เวชสาร. 2564;60(4):599-613.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

Development of a community-based participatory care model for the elderly in Mueang Nakhon Pathom District.

(Received: September 21,2026 ; Revised: September 23,2026 ; Accepted: September 25,2026)

ยศสรัล พิมพา[1]
Yosaral Pimpa[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม และศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 (การวิจัย) การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ศึกษาในเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568 ระยะที่ 2 (การพัฒนา) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ศึกษาในเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือน มิถุนายน 2569 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ระหว่าง ปี 2566 – 2567 โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ปี 2566 จำนวน 23,090 คน และปี 2567 จำนวน 23,255 คน เก็บข้อมูลจากแบบประเมินและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVAและ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการดำเนินงาน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป จำนวน 22,361 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.37 คะแนน กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน จำนวน 595 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.56 และ กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน จำนวน 247 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.06 และการเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 96.06 หลังดำเนินการ ร้อยละ 96.37 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.31 กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 2.51 หลังดำเนินการ ร้อยละ 2.56 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.05 กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 1.13 หลังดำเนินการ ร้อยละ 1.06 ลดลง ร้อยละ 0.07 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยที่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแล ความสุข 5 มิติ

Abstract

This study aimed to investigate the characteristics and problems of elderly residents in Mueang Nakhon Pathom District and to study the development of a community-participatory elderly care model in the district. This research and development (R&D) project was conducted from March 2025 to September 2025, divided into two phases: Phase 1 (Research): Studying the community-participatory elderly care model in Mueang Nakhon Pathom District (March 2025 - September 2025); Phase 2 (Development): Developing the

[1] สาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม

community-participatory elderly care model in Mueang Nakhon Pathom District (October 2025 - June 2026). The sample consisted of elderly residents in Mueang Nakhon Pathom District, with voluntary participation in the project from 2023 to 2024 (23,090 individuals in 2023 and 23,255 individuals in 2024). Data was collected using assessment forms and questionnaires. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, F-test, One-Way ANOVA, and Dependent t-test.

The study results showed that, after the intervention, the Barthel ADL index scores for daily living activities improved. The socially active group (22,361 people, or 96.37%) scored 11 or higher; the homebound group (595 people, or 2.56%) scored between 5 and 10; and the bedridden group (247 people, or 1.06%) scored between 0 and 4. A comparison of daily living activities abilities was also conducted. The Barthel ADL index before and after the intervention showed that the socially active group (11 points or higher) had a score of 96.06% before the intervention and 96.37% after the intervention, an increase of 0.31%. The homebound group (5-10 points) had a score of 2.51% before the intervention and 2.56% after the intervention, an increase of 0.05%. The bedridden group (0-4 points) had a score of 1.13% before the intervention and 1.06% after the intervention, a decrease of 0.07%. The health literacy, self-care behavior, and opinions regarding the five dimensions of happiness among the elderly in Mueang Nakhon Pathom District, both overall and in each dimension, were at the highest level. Significant differences at the 0.05 level were observed in the health literacy, self-care behavior, and opinions regarding the five dimensions of happiness among the elderly in Mueang Nakhon Pathom District after the intervention. Increased from before implementation.

Keywords: Elderly care, Participation, Health literacy, Caregiving behaviors, 5 dimensions of happiness.

บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังอาจเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความโดดเดี่ยวทางสังคมหรือการสูญเสียคนรัก[1] สำนักงานอ้างอิงประชากรเผยข้อมูลจากเอกสารข้อมูลประชากรโลกฉบับล่าสุด ปี 2567 พบว่าในปัจจุบันโลกมีประชากรกว่า 8 พันล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 800 ล้านคน โดยการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจะนำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สัดส่วนนี้คาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากอัตราการตายที่ลดลงและการพัฒนาสุขภาพที่ดีขึ้น[2] สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 20.0 ในปี 2567 ซึ่งถือได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14) ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดลงเรื่อย ๆ ถ้าสถานการณ์โครงสร้างของประชากรไทยยังคงเป็นเช่นนี้ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20) ต่อไป[3]

ผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพหลายอย่าง เช่น โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, และโรคหัวใจ. นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังอาจเผชิญกับโรคสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองและ

ความจำ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและความเข้าใจจากผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุในในปัจจุบัน ยังขาดการบูรณาการและความต่อเนื่องในการให้บริการ มีการแบ่งส่วนการดูแลระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และองค์กรเอกชน ขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล การดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลด้านจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุด้วย. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ เช่น การออกแบบบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[1,4]

การส่วนร่วมของชุมชนเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างการมีส่วนร่วมสามารถทำได้โดยการสร้างกลุ่มสนับสนุนในชุมชนและการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยลดความโดดเดี่ยวทางสังคมของผู้สูงอายุได้ โดยการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่นๆ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกสบายมากขึ้น โดยการมีเครือข่ายการสนับสนุนที่ช่วยเหลือในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการที่จำเป็น ซึ่งการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีผลกระทบอย่างมากต่อการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาเหล่านี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนี รัตนเมืองเพรียว ขนิษฐา พรมกระโทก[6] ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลป่าตองอำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต จากการศึกษาทำให้เกิดกระบวนการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการออกแบบและวางแผนกิจกรรมดำเนินกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ สะท้อนผล และพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ พบว่าการพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 71.43 เป็น 89.36 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 55.00 เป็น ร้อยละ 100 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้าน ประกอบด้วย 1) นวัตกรรม “ที่จับช้อน”สำหรับผู้สูงอายุกล้ามเนื้อแขนอ่อนแรง 2) ฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายผู้สูงอายุ 3) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

จังหวัดนครปฐมมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศ ในการดูแลผู้สูงอายุยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุในเขตเมืองบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวกสบาย นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองยังต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการและความโดดเดี่ยวทางสังคม จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม เพื่อเป็นการสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอเมืองนครปฐม และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนและการจัดกิจกรรมเพื่อ

สร้างความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลและปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม
3. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

วิธีการศึกษา

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 (การวิจัย) การศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ศึกษาในเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือน กันยายน 2568

ระยะที่ 2 (การพัฒนา) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ศึกษาในเดือนตุลาคม 2568 ถึงเดือน มิถุนายน 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ระหว่าง ปี 2566 – 2567 โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ (รายละเอียดดังตาราง 3.1 และ 3.2) แบ่งเป็น

2.1 ปี 2566 จำนวน 23,090 คน

2.2 ปี 2567 จำนวน 23,255 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม มีกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์แนวทางการดูแลและปัญหา การกำหนดกิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การทบทวนและปรับปรุง กิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม

1.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน การจัดจำแนกผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุตามการคัดกรอง 9 ด้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตาม Care Plan

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

2.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนนและน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

4.21 – 5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก 2.61

– 3.40 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง 1.81 – 2.60 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย และ 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) มีค่าเท่ากับ .923

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐมเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

4.21 – 5.00 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมมาก 3.41 – 4.20 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับเหมาะสม 2.61 – 3.40 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับพอใช้ 1.81 – 2.60 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับต้องปรับปรุง และ 1.00 - 1.80 มีพฤติกรรม อยู่ในระดับไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .937

2.4 แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้[7]

4.21 – 5.00 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ มากที่สุด 3.41 – 4.20 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ มาก 2.61 – 3.40 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ปานกลาง 1.81 – 2.60 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ น้อย และ 1.00 - 1.80มีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ

แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าเท่ากับ .871

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐมและความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

2.2 สถิติอนุมาน ได้แก่

2.2.1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐมและความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ระหว่างอำเภอ ด้วยสถิติ F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVA

2.2.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐมและความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินงาน ด้วยสถิติ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 2 / 2569

ผลการศึกษา

1. แนวทางการดูแลและปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

1.1 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหว การป้องกันการหกล้ม แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุว่า “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลด้านจิตใจและสังคม และการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน

1.2 สรุปความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

พบว่า มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มากกว่า 11 คะแนน จำนวน 22,180 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.06 คะแนน ระหว่าง 5 – 11 คะแนน จำนวน 579 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.51 และ คะแนน น้อยกว่า 5 จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 1.17

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

1.3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

1.3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ในผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

1.3.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

1.3.4 การเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ระหว่างอำเภอ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

1.4 ปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ภาวะกระดูกพรุน ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม อาการนอนไม่หลับ ปัญหาการกลั้นการขับถ่ายไม่อยู่ อาการมึนงง เวียนศีรษะ ปัญหาภาวะทุพโภชนาการและความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ปัญหาการได้ยินและ ปัญหาการมองเห็น

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย

2.1 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ การปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ

2.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย

2.2.1 การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) กำหนดการดูแลตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

2.2.2 แนวทางการประเมินและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านสุขภาพจิต ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ด้านสุขภาพช่องปาก

2.2.3 การดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และ สุขสงบ

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่

การกำหนดโครงสร้างการขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในทุกระดับ และการกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในชุมชน การกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผล

4. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

4.1 สรุปความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป จำนวน 22,361 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.37 คะแนน กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน

จำนวน 595 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.56 และ กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน จำนวน 247 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.06

4.2 การเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 96.06 หลังดำเนินการ ร้อยละ 96.37 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.31 กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 2.51 หลังดำเนินการ ร้อยละ 2.56 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.05 กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 1.13 หลังดำเนินการ ร้อยละ 1.06 ลดลง ร้อยละ 0.07

4.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม

4.3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ในผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลางโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4.3.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4.3.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน) โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

4.3.4 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะกู โดยที่หลังการดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการเคลื่อนไหว การป้องกันการหกล้ม แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุว่า “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การฟื้นฟูสมรรถภาพการดูแลด้านจิตใจและสังคม และการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน เป็นไปตามแนวคิดของ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งการดูแลผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อจัดบริการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล[8] ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มากกว่า 11 คะแนน จำนวน 22,180 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.06 คะแนนระหว่าง 5 – 11 คะแนน จำนวน 579 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.51 และ คะแนน น้อยกว่า 5 จำนวน 260 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.17[9,10,11,12] ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอ[9,13,14,15] ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง

นครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลางและไม่มีความแตกต่างกันระหว่างอำเภอสอดคล้องกัน[4,16]

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม จากการศึกษาแนวทางการดูแลและปัญหาผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ การปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ประกอบด้วย การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) กำหนดการดูแลตามระดับความสามารถของผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง แนวทางการประเมินและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านสุขภาพจิต ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ด้านสุขภาพช่องปาก และการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขส่า สุขสว่าง และ สุขสงบ ตามแนวคิดของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความสามารถในการแสวงหาเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเหมาะสม กรมอนามัยให้ความสำคัญกับการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ[17] และกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูล สื่อสารซักถามข้อมูล ประเมินทางเลือก ตัดสินใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ถูกต้องให้แก่บุคคลในครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการจัดทำคู่มือเฉพาะสำหรับการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแล ตลอดจนมีแนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและหลักสูตรสำหรับเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งสะท้อนแนวคิดว่าการสร้างความรอบรู้ไม่ควรจำกัดอยู่เฉพาะการให้ความรู้ แต่ควรพัฒนาความสามารถในการนำความรู้ไปใช้และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[18] การดูแลผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้านถือเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน หากครอบครัวช่วยกันดูแล จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีความสุข และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขในช่วงบั้นปลายของชีวิต[19] ตามแนวคิดของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบบการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีการประเมินผู้สูงอายุทั้งด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการคัดกรองกลุ่มอาการเสื่อม 9 ด้าน เพื่อค้นหาความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล โดยระบบ Blue Book ของกรมอนามัยแสดงการจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง รวมทั้งบันทึกผลการคัดกรองสุขภาพ 9

ด้านและข้อมูลแผนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ในระบบเดียวกัน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่ การกำหนดโครงสร้างการขับเคลื่อนรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในทุกระดับ การกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในชุมชน และการกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผลตามแนวคิดของ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ (Long-Term Care) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และคู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)มีคะแนน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป จำนวน 22,361 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.37 คะแนน กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน จำนวน 595 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.56 และ กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน จำนวน 247 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.06 และการเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มติดสังคม 11 คะแนนขึ้นไป ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 96.06 หลังดำเนินการ ร้อยละ 96.37 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.31 กลุ่มติดบ้าน คะแนนระหว่าง 5 – 10 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 2.51 หลังดำเนินการ ร้อยละ 2.56 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.05 กลุ่มติดเตียง คะแนนระหว่าง 0 – 4 คะแนน ก่อนดำเนินการ ร้อยละ 1.13 หลังดำเนินการ ร้อยละ 1.06 ลดลง ร้อยละ 0.07[10,11,12] ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณ ,พรรณี ปานเทวัญ ,ฐานิตา พึ่งฉิ่ง ,ชวิศา รัตนกมลกานต์ และสุพร วงค์ประทุม[20,21,22,23] ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด[24,25,26,27] นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังการดำเนินการ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองนครปฐม เพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ[28,29]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ควรประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์แนวทางการดูแลและปัญหา การกำหนดกิจกรรมการดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมืองนครปฐม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การทบทวนและปรับปรุง กิจกรรม การดำเนินการตามกิจกรรมและการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน การจัดจำแนกผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุตามการคัดกรอง 9 ด้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตาม Care Plan

3. การดูแลผู้สูงอายุควรแบ่งการดูแลตามกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดังต่อไปนี้ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) แบ่งเป็น เคลื่อนไหวได้บ้างและ

อาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง และเคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง และ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) แบ่งเป็น เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและเคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายและมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในระยะยาวและในผู้ป่วยที่มีรายละเอียดตามบริบทมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2561). คู่มือ เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: บริษัท ยีนยงการพิมพ์ จำกัด
2. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.(2559). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ : บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด. 2559
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). รายงานมองสถานการณ์ผ่านข้อมูลสถิติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/public/e-book/Analytical-Reports/statistical-data-situation-2567/16-17
4. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, มาริสา สุวรรณราช.(2562). สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/168981
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2560) คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที.
6. รัชนี รัตนเมืองเพรียว ขนิษฐา พรมกระโทก (2567) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลป่าตองอำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 (2567)
7. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2566). กรมอนามัย ชวนร่วมสืบสานประเพณีไทย “สงกรานต์วิถีใหม่ สืบสานประเพณีไทย ใส่ใจผู้สูงอายุ” [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai
9. สมพร ใจสมุทร.(2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/43465/
10. จิรังกูร ณัฐรังสี, สุนิตา ไชยมี, สุวนันท์ จังจิตร, สุภาวินี สุภะพินิ, สุปรียา โพธิ์อุดม.(2561). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความสุขของผู้สูงอายุชุมชนทุ่งขุนน้อย อุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (JRIHS) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];2(1):มกราคม-มีนาคม 2561. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JRIHS/article/download/213168/148158/
11. กัญชรีย์ พัฒนา, อนงค์นุช สารจันทร์, เอกลักษณ์ ฟักสุข, นันทวัน สุวรรณรูป, ประภา ยุทธไตร, อรพรรณ โตสิงห์.(2564). การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลทหารบก [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];22(3):กันยายน-ธันวาคม 2564. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/254013/171615
12. ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด.(2568). ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข (Academic Journal of Nursing and Public

Health) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];1(1):71–80. เข้าถึงได้จาก: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/A_JNP/article/view/4343

13. ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, ยุพาพร หอมสมบัติ.(2026). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2026];14(33):088–106. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242454
14. มาลัย กำเนิดชาติ.(2565). บทความวิจัยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. สระบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://sro.moph.go.th/file/130220230444451 _บทความวิจัย%20%20(มาลัย%20กำเนิดชาติ).pdf
15. สายฝน สุภาศรี, วารุณี พันธ์วงศ์, วรัญญา มณีรัตน์.(2023). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2023 [อ้างถึง 22 สิงหาคม 2026];30(2):213-27. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/265675
16. ชัชญาภา สมศรี.(2564). การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/252670
17. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2569). การจัดทำแผน “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปี 2571–2575” [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/44828
18. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). ชุมชนต้นแบบจัดการสุขภาพ บ้านไร่แสนสุข อ.เชียงคำ จ.พะเยา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.youtube.com/user/thaihealtheducation
19. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2569). บทความ 9 ด้านสำคัญ ดูแลผู้สูงอายุอย่างไรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2569 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://healthmedia.hss.moph.go.th/article/2277/
20. ฉันท์ทิพย์ พลอยสุวรรณ, พรรณี ปานเทวัญ, ฐานิตา พึ่งฉิ่ง, ชวิศา รัตนกมลกานต์, สุพร วงค์ประทุม.(2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ [อินเทอร์เน็ต]. สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://has.hcu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/1348/1/Chunthip-Ploysuwan.pdf
21. อรรยา จันทร์เพ็ญ, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ.(2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพฤฒพลัง เขตอำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];4(3):90–100. เข้าถึงได้จาก: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1693
22. รัตนาภรณ์ เทพธวัช.(2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2023/TU_2023_6117030020_11486_28325.pdf
23. เพ็ญศรี ผาสุก.(2563). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];16(1). เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/873024. วัฒน์ ศิริแก่นทราย, มงคล นราศรี, นัชชา ยันติ, ธนูศิลป์ สลีอ่อน. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล JBCN_Bangkok [อินเทอร์เน็ต]. 2026 [อ้างถึง 22 สิงหาคม 2026];42(1):93-103. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/281210
25. สุภาภรณ์ สมพาน.(2564). ผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบวกค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2564 [เข้าถึงเมื่อ

29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_academic.php?academic_id=1

26. โสภณา จิรวงศ์นุสรณ.(2566). การพัฒนารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jmhs1_s/article/download/266020/180842
27. ยศยา จุฬารักษ์, ธวัชชัย ไชยกุล, ฐิติพร ถิ่นวนา.(2567). ผลของการสร้างสุข 5 มิติต่อความสุขของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พื้นที่เขตรับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน โรงพยาบาลสบเมย อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน [อินเทอร์เน็ต]. แม่ฮ่องสอน: โรงพยาบาลสบเมย; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://mhso.moph.go.th/mhso/frontend/web/newsreader/hr/download?id=669&file=39e842926618190d6f61ff4c71ab88b9.pdf&file_name.pdf
28. ณิชาภัทร มณีพันธ์, ศรินรัตน์ จันทพิมพ์.(2021). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ต่อคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ. J Nurs Ther Care [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [อ้างถึง 22 สิงหาคม 2026];39(4):94-102. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/252374
29. กุลธิดา กุลประทีปัญญา, นิพพาภัทร สินทรัพย์.(2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยอีสาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2569];18(1):26–40. เข้าถึงได้จาก: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/umt-poly/article/view/248796

การประเมินและพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย ในโรงพยาบาลสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี พ.ศ. 2568

Evaluation and Development of a Malaria Surveillance System Model at Sobmoei hospital, Maehongson Province, 2025.

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

พิทยา หล้าวงค์[1]
Pittaya Lhawong[1]

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลสบเมย รวมถึงการปรับปรุงระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการรายงาน การป้องกันและการควบคุมโรค วิธีการศึกษาใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสบเมย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2568 ศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าความไว ค่าพยากรณ์บวก ความเป็นตัวแทน ความทันเวลา และคุณภาพของข้อมูล และศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ ได้แก่ การยอมรับ ความยากง่าย ความยืดหยุ่น ความมั่นคงของระบบ และการนำไปใช้ประโยชน์ และสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่าระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียมีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 95.24 และ ค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value) ร้อยละ 100 ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการวินิจฉัยและรายงานผู้ป่วยที่มีความถูกต้องสูง ความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยมีระดับสูง ร้อยละ 100 ความทันเวลาในการรายงานโรคภายใน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 97.62 และรายงานล่าช้าเกิน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 2.38 และความทันเวลาในการรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ภายใน 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 95.24 และรายงานล่าช้า/ไม่ได้รายงาน คิดเป็นร้อยละ 4.76 ในการรายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล พบความล่าช้าในการรายงานโดยเฉพาะช่วงวันหยุดราชการ วันหยุดนักขัตฤกษ์และวันหยุดพิเศษ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ระบบเฝ้าระวังมีความยืดหยุ่นน้อย ควรเพิ่มการอบรมบุคลากรเพิ่มเติม และบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลสบเมยมีประสิทธิภาพในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านความ ถูกต้องและการใช้ข้อมูลเพื่อติดตามการระบาด อย่างไรก็ตามควรพัฒนาความทันเวลาในการรายงานและปรับปรุง การจัดการบุคลากรเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและลดข้อผิดพลาดในข้อมูล

คำสำคัญ: ไข้มาลาเรีย, ระบบเฝ้าระวังโรค, การประเมินระบบ, โรงพยาบาลสบเมย, แม่ฮ่องสอน

Abstract

This study aimed to evaluate both the quantitative and qualitative attributes of the malaria surveillance system at Sop Moei Hospital, as well as to improve the system to enhance the effectiveness of disease reporting, prevention, and control. This study employed a cross-sectional descriptive design. Data were collected from the medical records of malaria patients who received services at Sop Moei Hospital between January 1 and December 31, 2025. The quantitative attributes evaluated included sensitivity, positive predictive value (PPV), representativeness, timeliness, and data quality. The qualitative attributes evaluated included acceptability, simplicity, flexibility, stability, and usefulness. In-depth interviews were also conducted with relevant personnel.

The results showed that the malaria surveillance system had a sensitivity of 95.24% and a positive predictive value (PPV) of 100%, reflecting a high capability for accurate diagnosis and case reporting. The completeness and accuracy of patient data were at a high level of 100%. Timeliness for disease reporting within 24 hours accounted for 97.62%, while delayed reporting exceeding 24 hours accounted for 2.38%. Timeliness for reporting into the Digital Disease Surveillance (DDS) system within 7 days accounted for 95.24%, while delayed or unreported cases accounted for 4.76%. Regarding data entry into the DDS system, reporting delays were observed particularly during

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสบเมย

official holidays, public holidays, and special holidays. Findings from the in-depth interviews indicated that the surveillance system had low flexibility. It recommended providing additional personnel training and employing specialized personnel. In conclusion, the malaria surveillance system at Sop Moei Hospital operates at a high level of efficiency, especially in terms of accuracy and the utilization of data for outbreak monitoring. However, improvements should be made regarding reporting timeliness and personnel management to enhance continuity and reduce data errors.

Keywords: nurses' competencies, mechanical ventilator, secondary care hospital.

บทนำ

ประเทศไทยมีโรคไข้มาลาเรียที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและยังมีการแพร่เชื้อหลายพื้นที่ โดยเฉพาะบริเวณป่าเขาและชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ป่าเขารวมทั้งท้องที่ทุรกันดาร เนื่องด้วยมีลักษณะภูมิประเทศเหมาะสมเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงพาหะ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมการคงอยู่และแพร่กระจายของโรค เช่น ความจำกัดของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องครบถ้วนของประชาชนในการป้องกัน รักษาโรค พฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่มีโอกาสให้ยุงกัด เป็นต้น ประชาชนทุกเพศทุกวัยที่พักอาศัยในพื้นที่ดังกล่าวจึงมี ความเสี่ยงเจ็บป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย อันมีผลต่อคุณภาพชีวิตในรูปแบบต่างๆ เช่น ผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งมีตั้งแต่ เจ็บป่วยเล็กน้อยถึงการเสียชีวิต การควบคุมโรคไข้มาลาเรียที่ผ่านมาดำเนินการได้ผลดีจึงมีการยกระดับสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรีย (malaria elimination) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการกำจัดโรคไข้ มาลาเรีย ภายใต้ยุทธศาสตร์มาลาเรียแห่งชาติ พ.ศ.2560-2569 ให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี 2567[1]

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2568 รายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย 11,996 ราย เสียชีวิต 5 ราย โดยจังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียสูงสุด 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตาก 4,952 ราย จังหวัดกาญจนบุรี 1,911 ราย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 1,238 ราย จังหวัดแม่ฮ่องสอน 1,009 ราย และจังหวัดราชบุรี 609 ราย แบ่งเป็นคนไทย 46.3% ต่างชาติที่อาศัยในไทยมากกว่า 6 เดือน 21.3% ต่างชาติที่อาศัยในไทยน้อย 6 เดือน 32.4 % โดยพบผู้ป่วยด้วยเชื้อ Plasmodium vivax สูงสุด (90.7%) พบมากในกลุ่มอายุ 25–44 ปี อาชีพที่พบผู้ป่วยสูง ได้แก่ เกษตรกรรม (41.3%) และ รับจ้าง (36.0%)[2]

จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นพื้นที่ที่มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียสูงเป็นลำดับที่ 3 ของประเทศไทย อำเภอที่พบผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ สบเมย 428 ราย เมืองแม่ฮ่องสอน 195 ราย แม่สะเรียง 178 ราย ขุนยวม 123 ราย และอำเภอแม่วาง 30 ราย ตามลำดับ อย่างไรก็ตามจากการตรวจสอบข้อมูลในระบบรายงานของระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ของอำเภอสบเมย พบว่ามีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย 40 ราย ในขณะที่ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลสบเมย (Hos XP) รายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย 42 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรายงานในระบบระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ต่ำกว่าความเป็นจริง[3] การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค จึงต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว ต้องมีระบบเฝ้าระวังโรคที่มีความไว (sensitivity of surveillance system) และมีประสิทธิภาพ[4] ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจทำการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาลสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้ทราบถึงกระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรค รวมถึงการนำข้อมูลไปพัฒนาคุณภาพของ ระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลสบเมย เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการรายงานโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาลสบเมย

2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาลสบเมย

3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาลสบเมย

4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงระบบสำหรับการพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาลสบเมยจากผลการประเมินระบบเฝ้าระวัง

วิธีการศึกษา

1.รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาลสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยประยุกต์ใช้กรอบการประเมินระบบเฝ้าระวังของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ซึ่งครอบคลุมการประเมินทั้งคุณลักษณะเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวัง การศึกษาประกอบด้วย 1.การประเมินเชิงปริมาณ และ 2.การประเมินเชิงคุณภาพ นำผลมาสังเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงระบบสำหรับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาลสบเมย

2.พื้นที่ศึกษา

โรงพยาบาลสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

3.ระยะเวลาศึกษา

ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2568

4.การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ

แหล่งข้อมูล ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จาก 4 แหล่ง ได้แก่

4.1 ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS)

4.2 ฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (OPD card) ตามการวินิจฉัยโรคจากผู้มารับบริการที่มีรหัส ICD-10 ดังนี้ B50.0, B50.8-B50.9, B51.0, B51.8-B51.9, B52.0, B52.8-B52.9, B53.0, B53.1, B53.8, B54

4.3 ฐานข้อมูลการจ่ายยาต้านมาลาเรียของห้องเภสัชกรรมได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา Artesunate หรือ Dihydroarteminin-piperaquine หรือ Primaquine หรือ Chloroquine หรือ Tafenoquine หรือ Quinine ของห้องเภสัชกรรม

4.4 ฐานข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและทะเบียนตรวจฟิล์มเลือด ได้แก่ ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทะเบียนการบันทึกผลการตรวจวินิจฉัยด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Microscopy) จากฟิล์มเลือดชนิดหนาหรือบางย้อมด้วยสีจิมซ่า

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรคือผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียทุกรายที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสบเมย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2568และเข้าเกณฑ์นิยามผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียของกองระบาดวิทยา

การคัดเลือกตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง จำนวนเวชระเบียนที่ต้องการศึกษาสำหรับค่าพยากรณ์บวก (PPV) และค่าความไว (Sensitivity) โดยคำนวณขนาดของตัวอย่างโดยใช้ค่าไวของการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2565 คือ ร้อยละ 98.04[5] ช่วงความเชื่อมั่น 95% และ ค่า Precision (ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ) 5% ดังนี้

สูตร $n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot P(1-P)}{d^2}$

โดย ให้ Z = 1.96, P = 98.04% หรือ 0.9804, d = 5% หรือ 0.05 คำนวนได้ดังนี้

$$n = \frac{1.96^2\ (0.9804)(1-0.9804)}{(0.05)^2} = 30$$

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมี 42 ราย จึงใช้การศึกษาประชากรทั้งหมด

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ Sensitivity, Positive Predictive Value (PPV), Data Quality, Timeliness, Representativeness

เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมี 42 ราย จึงใช้การศึกษาประชากรทั้งหมด

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ Sensitivity, Positive Predictive Value (PPV), Data Quality, Timeliness, Representativene

เครื่องมือวิจัย

ใช้แบบทบทวนเวชระเบียน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากแนวทางประเมินระบบเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค และ CDC เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ผลการวินิจฉัย การรายงานโรค และตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินระบบเฝ้าระวัง

5.การศึกษาคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ผู้มีบทบาทในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ การวินิจฉัย ดูแลรักษา สอบสวนและรายงานโรคมาลาเรียในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 7 ราย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลแผนกห้องฉุกเฉิน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก/แผนกผู้ป่วยใน นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาโรงพยาบาลสบเมย และเจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1.1 สบเมย

เครื่องมือ

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งมีข้อคำถามครอบคลุม คุณลักษณะเชิงคุณภาพ คือ Simplicity Flexibility Acceptability Stability Usefulness

การเก็บข้อมูล

ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกข้อมูลภายหลังได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 การศึกษาเชิงปริมาณ นำข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์นิยามผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย มาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นนำข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลสบเมยมาเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลผู้ป่วยจากระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) และทำการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด หรือพิสัย (Range) รวมทั้งคำนวณ sensitivity และ PPV

6.2 การศึกษาเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย content analysis

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากกการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ขั้นตอนระบบเฝ้าระวังการรายงานโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลสบเมย

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแผนกฉุกเฉิน (ER) หรือ ผู้ป่วยนอก(OPD) หรือแผนกผู้ป่วยใน (IPD) และการรักษาแล้ว พยาบาลแต่ละจุด จะรายงานโรคไปให้งานควบคุมโรค กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ผ่านช่องทางเบอร์โทรภายใน 441 เพื่อดำเนินการสอบสวนโรคเฉพาะราย งานควบคุมโรคจะดำเนินการสอบสวนโรคผู้เฉพาะรายตามแบบรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ของโรงพยาบาลสบเมย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนรายงาน แจ้งไปยังผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในพื้นที่ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1.1 สบเมย เพื่อดำเนินมาตรการ 1-3-7 ได้แก่

มาตรการ 1 ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียได้รายงานเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ภายใน 24 ชั่วโมง

มาตรการ 3 ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียได้รับการสอบประวัติภายใน 3 วัน

มาตรการ 7 ผู้ป่วยที่ได้รับการสอบประวัติและเจาะเลือดขณะไปสอบประวัติผู้ป่วย และแหล่งแพร่เชื้อเกิดใหม่ในพื้นที่ที่ไม่มีการแพร่เชื้อมาลาเรียอย่างน้อย 3 ปี โดยได้รับการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อ โดยงานควบคุมโรคปฏิบัติงานทุกวัน เวลา 8.30. ถึง 16.30 น. โดยช่วงเวลา 16.30 ถึง 8.30 น. ที่ไม่มีการปฏิบัติงาน จะเข้าสอบสวนในวันถัดไป

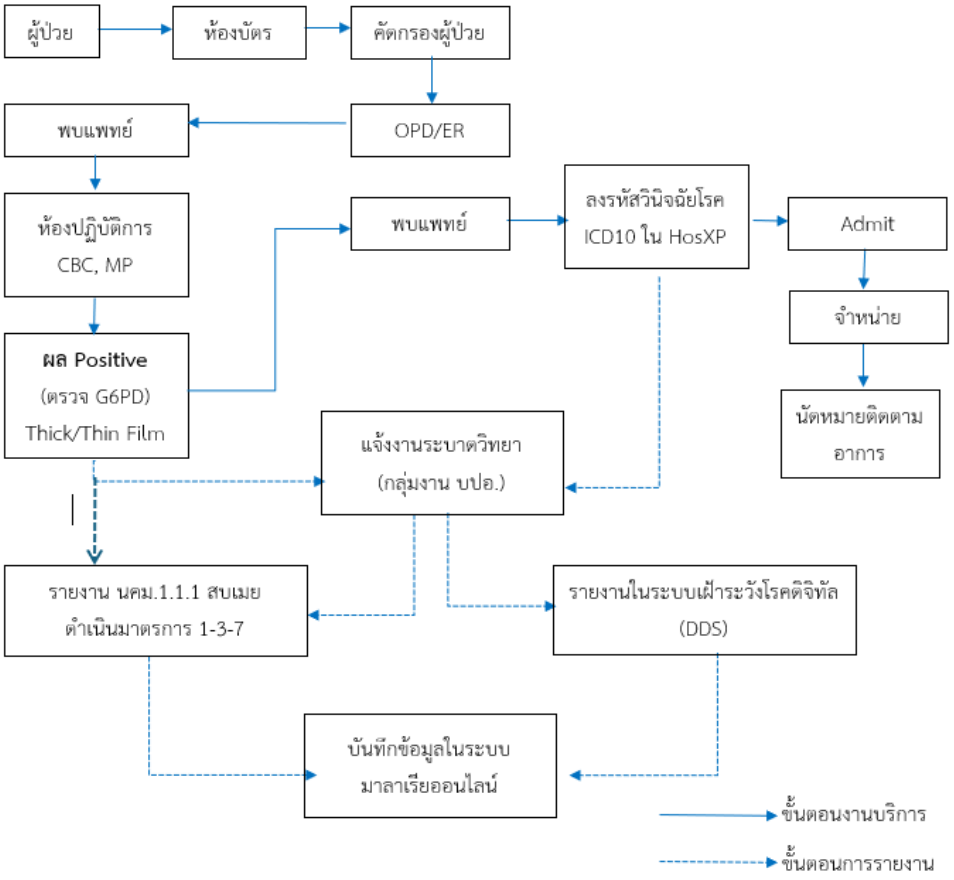
2. แหล่งข้อมูลผู้ป่วยและโอกาสพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย

ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจาก 3 แหล่ง ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียน ข้อมูลการได้รับยานรักษาโรคมาลาเรีย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตามนิยามผู้ป่วย รวม 42 ราย (ตารางที่ 1)

3. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ

ค่าความไว จากการทบทวนเวชระเบียนทั้งหมดในปี 2568 พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตามนิยามรวม 42 ราย โดยมีการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล รวม 40 ราย คิดเป็นค่าความไวเท่ากับ ร้อยละ 95.24 (ตารางที่ 2)

ค่าพยากรณ์บวก จากการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล(DDS) ทั้งหมด 40 ราย พบว่าตรง ตามนิยามผู้ป่วยรวม 40 ราย คิดเป็นค่าพยากรณ์บวกเท่ากับ 100.00 (ตารางที่ 2)



แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิภาพแสดงผังการบริการและรายงานข้อมูลโรคไข้มาลาเรียโรงพยาบาลสบเมย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตามนิยาม จำแนกตามแหล่งข้อมูลเวชระเบียน

แหล่งข้อมูล	จำนวนเวชระเบียนทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย (ร้อยละ)
ICD 10 รหัส B50-B54	49	42 (85.72)
ผู้ป่วยที่ได้รับยา Artesunate หรือ Dihydroartemisinin - Piperaquine หรือ Primaquine หรือ Chloroquine หรือTafenoquine หรือ Quinine	56	42 (75.00)
ผู้ป่วยที่มีผลตรวจฟิล์มเลือดด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อมาลาเรีย	86	42 (48.84)

*ผู้ป่วยตามนิยามที่ไม่นับซ้ำ

ตารางที่ 2 ร้อยละของค่าความไวและค่าพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ในผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียโรงพยาบาลสบเมย ระหว่าง 1 มกราคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568

ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS)	จำนวนผู้ป่วยจากเวชระเบียนตรงตามนิยาม	จำนวนผู้ป่วยจากเวชระเบียนไม่ตรงตามนิยาม	รวม	ค่าพยากรณ์บวก (ร้อยละ)
รายงานระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS)	40	0	40	100.00
ไม่รายงานระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS)	2	0	2	
รวม	42		42	
ค่าความไว (ร้อยละ)	**95.24**			

คุณภาพข้อมูล เมื่อตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกตัวแปร เพศ อายุ สัญชาติ และที่อยู่ (ตำบล) และชนิดเชื้อมาลาเรีย พบว่ามีการบันทึกทุกรายในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) และความถูกต้อง พบว่า มีการบันทึกข้อมูลตรงกันระหว่างเวชระเบียนและระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ผู้ป่วย 2 ราย ข้อมูลที่อยู่ขณะป่วยไม่ตรงกับรายงานการสอบสวนโรคเนื่องจากมีการบันทึกและรายงานข้อมูลตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย (ตารางที่ 3) ผู้ป่วย 2 รายที่ไม่ได้ถูกบันทึกในระบบ จากการตรวจสอบพบว่าทั้ง 2 ราย ถูกวินิจฉัยในเวชระเบียน แต่ไม่ได้นำขึ้นระบบ โดยมีสาเหตุจากความผิดพลาดของบุคลากรในการบันทึกข้อมูล

ตารางที่ 3 ความครบถ้วน และความถูกต้อง (ตรงกับเวชระเบียน) ของข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล(DDS) (n = 40)

ตัวแปร	จำนวนที่ครบถ้วน (ร้อยละ)	จำนวนที่ตรงกับเวชระเบียน (ร้อยละ)
เพศ	40 (100.00)	40 (100.00)
อายุ	40 (100.00)	40 (100.00)
สัญชาติ	40 (100.00)	40 (100.00)
ที่อยู่ (ตำบล)	38 (100.00)*	38 (100.00)*
ชนิดของเชื้อมาลาเรีย	40 (100.00)	40 (100.00)

หมายเหตุ *ข้อมูลจากเวชระเบียนลงตามที่อยู่ตามบัตรประชาชนของผู้ป่วยทั้งในเวชระเบียนและระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ซึ่งไม่ตรงกับราบงานสอบสวนโรคซึ่งจะต้องบันทึกตามที่อยู่ขณะป่วย

ความเป็นตัวแทน พิจารณาความเป็นตัวแทนตามตามตัวแปร บุคคล เวลา และสถานที่ ดังนี้

(1.) บุคคล พบว่า ตัวแปรเพศ สัญชาติ และอายุ เปรียบเทียบระหว่างระบบเฝ้าระวังโรค ดิจิทัล

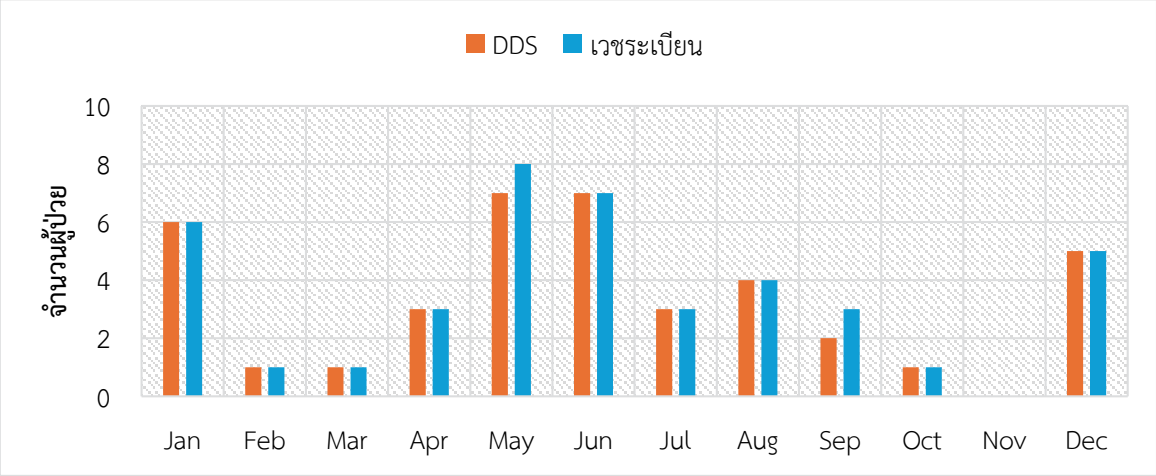
(DDS) กับเวชระเบียนพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันมาก สามารถเป็นตัวแทนที่ดีได้ (ตารางที่ 4)

(2.) เวลา พบว่า ตัวแปรช่วงเวลาของผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ เปรียบเทียบระหว่างระบบเฝ้า ระวังโรคดิจิทัล(DDS) กับเวชระเบียนพบว่าไม่มีความแตกต่างกันมาก สามารถเป็นตัวแทนที่ดีได้ (แผนภูมิที่ 2)

(3.) สถานที่ ตัวแปรที่อยู่ (ตำบล) เปรียบเทียบระหว่างระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล(DDS) กับ เวชระเบียนพบว่า พบว่าไม่มีความแตกต่างกันมาก สามารถเป็นตัวแทนที่ดีได้ (แผนภูมิที่ 3)

ตารางที่ 4 ข้อมูลเพศ อายุ และสัญชาติของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย เปรียบเทียบกันระหว่างระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล(DDS) กับเวชระเบียน ระหว่าง 1 มกราคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568

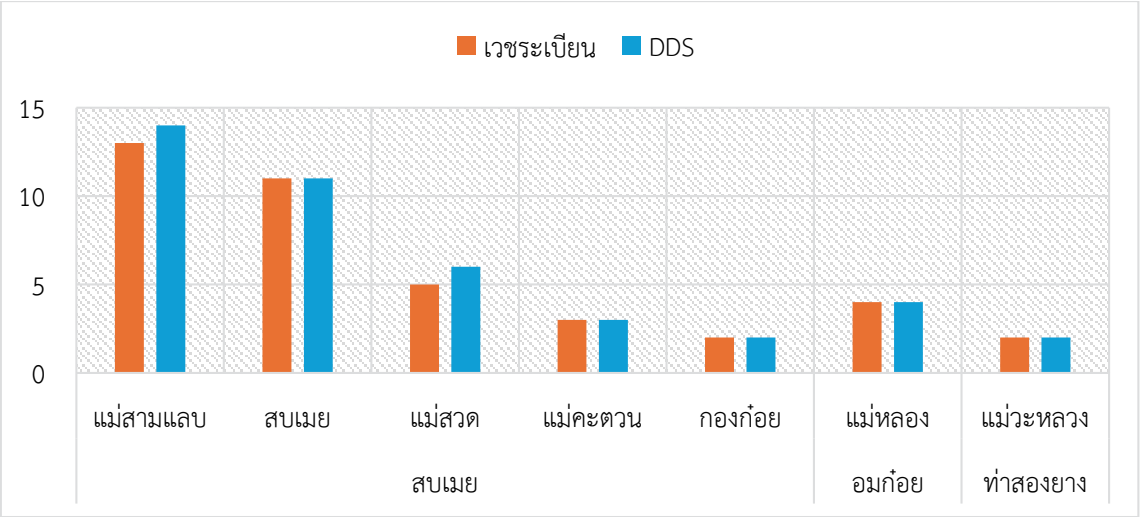
ตัวแปร	ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล DDS (n=40)	เวชระเบียน (n=40)
เพศ	ชาย : 25 (ร้อยละ 62.50) หญิง : 15 (ร้อยละ 37.50)	ชาย : 25 (ร้อยละ 62.50) หญิง : 15 (ร้อยละ 37.50)
อายุ	Mean (SD) : 31.90 Median (Min-Max) : 23.50 (2-82)	Mean (SD) : 31.90 Median (Min-Max) : 23.50 (2-82)
สัญชาติ	ไทย : 38 (ร้อยละ 95.00) ไร้สัญชาติ : 2 (ร้อยละ 5.00)	ไทย : 38 (ร้อยละ 95.00) ไร้สัญชาติ : 2 (ร้อยละ 5.00)



แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียจำแนกตามเดือนที่พบผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) กับเวชระเบียน ระหว่าง 1 มกราคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568

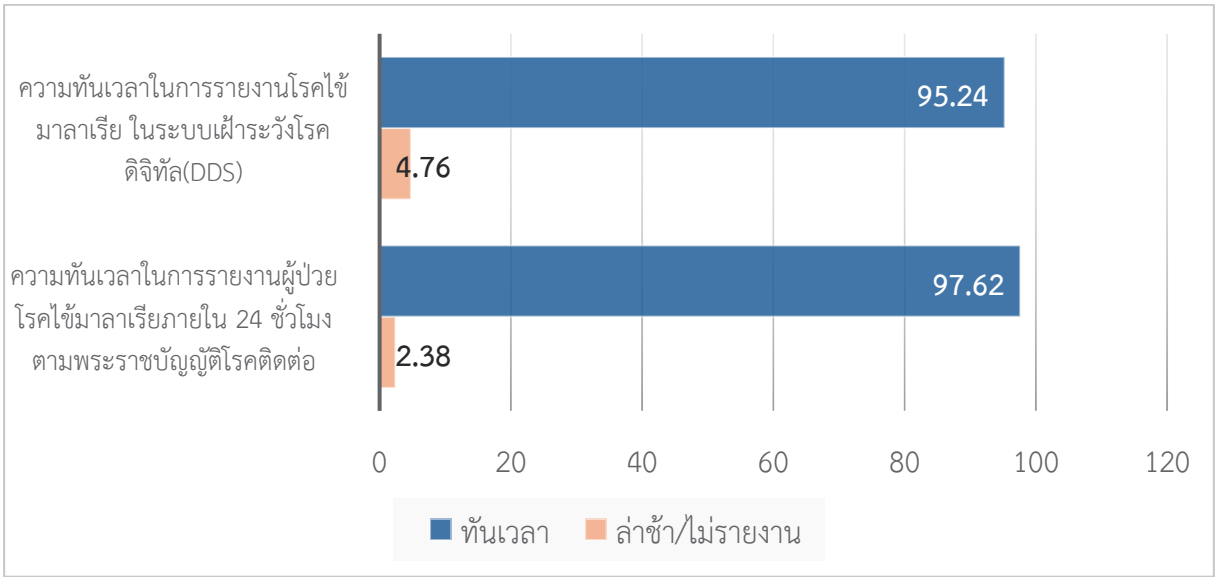
ความทันเวลา ความทันเวลาในการรายงานโรคและความทันเวลาในการควบคุมโรค

(1.) ความทันเวลาในการรายงานโรค พบว่ามีความทันเวลาในการรายงานให้กับหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงหรือรายงานให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ภายใน 24 ชั่วโมง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 คิดเป็นร้อยละ 97.62 และ ความทันเวลาในรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ภายใน 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 95.24 (แผนภูมิที่ 4)



แผนภูมิที่ 3 จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียจำแนกตามตำบลที่อยู่ เปรียบเทียบระหว่างระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล(DDS) กับเวชระเบียน ระหว่าง 1 มกราคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568

(2.) ความทันเวลาในการควบคุมโรคตามมาตรการ 1-3-7 ของหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1.1 สบเมย (นคม.) พบว่ากรณีพบผู้ป่วยจำนวนไม่มาก สามารถควบคุมโรคได้ทันเวลาภายใน 7 วัน ตามมาตรการ 1-3-7 แต่ในกรณีที่พบผู้ป่วยจำนวนหลายรายและหลายกลุ่มบ้านในช่วงเวลาเดียวกัน จะทำการควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากจำนวนบุคคลากรที่ไม่เพียงพอรวมถึงปัญหาอุปสรรคการเดินทางในช่วงฤดูฝน จึงไม่สามารถควบคุมโรคได้ทันเวลาทุกราย



4. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ

โดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานและผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียเป็นรายบุคคล ได้แก่ แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง พยาบาลแผนกห้องฉุกเฉิน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก/แผนกผู้ป่วยใน นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่รายงานเฝ้าระวังโรคและเจ้าหน้าที่ นคม.1.1.2 สบเมย รวม ทั้งหมด 7 ราย

ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลว่าระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียเป็นระบบไม่ยุ่งยาก ไม่

ซับซ้อน บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียได้ การวินิจฉัยยืนยันโรคไข้มาลาเรีย จะอ้างอิงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการรายงานโรคไปให้งานควบคุมโรค เพื่อดำเนินการสอบสวนโรคเฉพาะราย เมื่องานควบคุมโรคจะดำเนินการสอบสวนโรคผู้เฉพาะรายตามแบบสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ของโรงพยาบาลสบเมย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสอบสวน รายงานแจ้งไปยังผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในพื้นที่ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 1.1.2 สบเมย เพื่อดำเนินมาตรการ 1-3-7

ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องให้ความเห็นว่าระบบเฝ้าระวังโรคไข้ มาลาเรียมีความยืดหยุ่น หากต้องมีการแก้ไขตามนิยามการระบบรายงานเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย เพิ่มข้อมูลหรือแก้ไข้ตัวแปรของระบบรายงานเฝ้าระวัง สามารถดำเนินงานต่อได้ไม่ยาก ใช้เวลาไม่มากหรือไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการแก้ไข หากระบบการรายงาน online ไม่สามารถทำได้ ยังคงมีระบบการรายงานแบบ offline ที่ยังสามารถใช้รองรับ แต่ยังพบความยืดหยุ่นน้อยเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานในการรายงานเข้าระบบเฝ้าระวังมีเพียงคนเดียว ไม่มีผู้ปฏิบัติงานแทนหากเจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้

ความยอมรับของระบบเฝ้าระวัง ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องให้ความเห็นว่าโรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อเฝ้าระวังเมื่อพบผู้ป่วยต้องรายงานทุกราย เนื่องจากพื้นที่อำเภอสบเมยเป็นพื้นที่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียและพบการระบาดตลอดทั้งปี แต่เนื่องด้วยบุคลากรมีภาระงานมาก รวมถึงการปรับเปลี่ยนโยกย้ายของบุคลากรทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรายงานโรคได้

ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง ระบบมีความมั่นคงค่อนข้างมาก ผู้บริหารเห็นความสำคัญการรายงานโรค สนับสนุนในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียในเขตตามแนวชายแดนของไทย บุคลากรที่อาศัยหรือปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ตามแนวชายแดนได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพในการตรวจเบื้องต้นโดยใช้ชุดตรวจ RDT สามารถจ่ายยารักษาได้ในกรณีไม่มีความรุนแรง ภายใต้การควบคุมของแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ รวมถึงช่องทางในการประสานงานส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมโครงการวิจัยการใช้ยาTafenoquine (TQ) การจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกๆปีเพื่อที่สามารถทดแทนกันได้ การ สนับสนุนงบประมาณให้กับ นคม. 1.1.1 สบเมย เพื่อใช้ในการลงพื้นที่ควบคุมและป้องกันโรค

การใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวัง มีการนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียเพื่อดำเนินการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสบเมย ประเมินสถานการณ์ ดูแนวโน้มการระบาด พื้นที่การระบาด กลุ่มคนระบาด ส่งต่อข้อมูลที่ได้ให้ นคม. 1.1.1 สบเมย เพื่อดำเนินการให้พื้นที่สอบสวนและควบคุมโรค ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั้งชาวไทยที่อยู่ในตามแนวชายแดนและชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศเมียนมา ได้มีการรายงานสถานการณ์การระบาดในที่ประชุม คป.สอ.สบเมย ที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เพื่อรับรู้สถานการณ์ เฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อมสำหรับควบคุมโรคและป้องกันโรคแบบบูรณาการ การบริหารจัดการทรัพยากร การสื่อสารให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือพื้นที่เสี่ยงให้ตระหนัก ร่วมมือและมีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมป้องกันโรค

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินระบบเฝ้าระวังการรายงานโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี พ.ศ.2568 พบว่า แหล่งข้อมูลได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วย การได้รับยารักษาโรคไข้มาลาเรีย และการมีผลตรวจฟิล์มเลือดด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเชื้อมาลาเรียในฐานข้อมูลเวชระเบียนระบบ HosXP ของโรงพยาบาลสบเมย การศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลสบเมย จังหวัด แม่ฮ่องสอน ปี 2568 พบว่า 1) ค่าความ

ไวของระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล อยู่ที่ร้อยละ 95.24 ซึ่งอยู่ในระดับสูง แสดงถึงความสามารถของระบบในการตรวจพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียตามนิยามได้อย่างแม่นยำ ประสิทธิภาพของระบบในการวินิจฉัยและติดตามผู้ป่วย อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 2 รายที่ไม่ได้ถูกบันทึกในระบบ ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดของการรายงานที่ไม่ได้มีการตรวจสอบรายงานผลการวินิจฉัยอย่างละเอียดถี่ถ้วน การพยากรณ์บวกของระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล อยู่ที่ร้อยละ 100 ผู้ป่วยที่รายงานในระบบทุกรายตรงตามนิยามผู้ป่วย ค่าพยากรณ์บวกที่สูงสะท้อนถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลในระบบ โดยมีกระบวนการวินิจฉัยโรคจากห้องปฏิบัติการและการรายงานข้อมูลมีความ แม่นยำและประสิทธิภาพสูง ควรรักษามาตรฐานในการเก็บข้อมูลและการวินิจฉัยเพื่อรักษาค่าพยากรณ์บวกให้อยู่ ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก พบว่าค่า ความไวของระบบอยู่ที่ร้อยละ 98.04 และค่าพยากรณ์บวกอยู่ที่ร้อยละ 98.04 เช่นกัน (ศุภชัย, 2568) นอกจากนี้การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี พบว่าค่าความไวอยู่ที่ร้อยละ 89.71 และค่าพยากรณ์บวกอยู่ที่ร้อยละ 87.14[4] ส่วนการประเมินในจังหวัดนครราชสีมา พบค่าความไวร้อยละ 90 และค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 100[6] คุณภาพข้อมูลการบันทึกตัวแปรสำคัญ เช่น เพศ อายุ สัญชาติ และตำบลที่อยู่มีความครบถ้วน ร้อยละ 100 ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ช่วยให้การเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ แต่พบข้อผิดพลาดในบางตัวแปร เช่น อายุ และ สัญชาติ สอดคล้องกับการศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียในโรงพยาบาลอุ้มผาง[5] พบว่าข้อมูล มีความครบถ้วนแต่ยังพบข้อผิดพลาด เช่น ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่อยู่ผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ชายแดน เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรเช่น เพศ อายุ และตำบลที่อยู่ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเป็นตัวแทนที่ดี สามารถบ่งบอกข้อมูลในทุกมิติ (บุคคล เวลา สถานที่) ได้ดี

ความทันเวลาในการรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียภายใน 24 ชั่วโมง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ร้อยละ 97.62 ความล่าช้าในการรายงานร้อยละ 2.38 ซึ่งอาจส่งผลต่อการควบคุมโรคในพื้นที่ระบาด ความทันเวลาในการรายงานโรคไข้มาลาเรียในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ภายใน 7 วัน ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ร้อยละ 95.24 แสดงให้เห็นว่าการรายงานโรคของโรงพยาบาลสบเมยได้ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามการส่งข้อมูลรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล(DDS) โรงพยาบาลสบเมยมีผู้รับผิดชอบเพียงคนเดียวจึงส่งผลให้การรายงานโรคอาจมีความล่าช้าในบางช่วงเวลา ซึ่งจากการทบทวนการรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล(DDS) มีความล่าช้า 4.76 สอดคล้องกับการประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่อำเภอหนองหญ้าปล้อง[4] พบว่า มีปัญหาความล่าช้าในการรายงาน เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรเช่นเดียวกัน ความทันเวลาในการควบคุมโรค กรณีพบผู้ป่วยจำนวนไม่มาก สามารถควบคุมโรคได้ทันเวลาภายใน 7 วัน แต่ถ้ากรณีพบผู้ป่วยจำนวนมาก ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ห้วงระบาด พ.ค. ถึง ก.ค.) จะเข้าควบคุมโรคในพื้นที่มีการระบาดสูงก่อน เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถควบคุมโรคได้ทันเวลาทุกราย

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาลสบเมย สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการรายงานหรือเพิ่มตัวแปรข้อมูลตามสถานการณ์ได้ ความยืดหยุ่นของระบบมีบทบาทสำคัญในการ รองรับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เช่น การปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ต้องรายงานในกรณีเกิดการระบาดของโรคใหม่ ระบบ ยังสามารถรองรับการทำงานทั้งแบบออนไลน์และออฟไลน์ ซึ่งเป็นข้อดีสำหรับพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านสัญญาณ อินเทอร์เน็ต บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในต่อระบบเฝ้าระวังเนื่องจากใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน การทบทวน ผู้ป่วยในโรคใกล้เคียงพบว่ามีการตรวจรักษาตามแนวเวชปฏิบัติการรักษาโรคไข้มาลาเรียตามแนวทางของกรมควบคุมโรค มีการตรวจมาลาเรียที่ครอบคลุมแพทย์

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทราบเป็นกระบวนการประจำ เพราะอยู่ในพื้นที่แพร่เชื้อของไข้มาลาเรียสูง การทำงานร่วมกันในทีมเป็นไปอย่างราบรื่น และเพิ่มโอกาสที่ระบบจะถูกใช้งานอย่างต่อเนื่อง ระบบเฝ้าระวังได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหารทั้งในด้านการติดตตามการ รายงาน งบประมาณ การฝึกอบรม และการจัดหาทรัพยากร เช่น ชุดตรวจ RDT และยารักษา การสนับสนุนที่ มั่นคงจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในระบบเฝ้าระวัง และลดความเสี่ยงต่อการล้มเหลวของระบบในระยะยาว ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปใช้ในการเฝ้าระวัง วิเคราะห์แนวโน้มการแพร่ระบาด และวางแผนการควบคุมโรคในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการตัดสินใจในระดับนโยบาย ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการจัดสรรทรัพยากร และกำหนดมาตรการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย จังหวัดนครราชสีมา[6] พบว่ามีการใช้ข้อมูลเฝ้าระวังเพื่อกำหนดมาตรการควบคุมโรคและการจัดสรรทรัพยากร การเผยแพร่ข้อมูล เหล่านี้สู่ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนัก อันจะส่งผลให้มีการควบคุมป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

จากผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าระบบเฝ้าระวังของโรงพยาบาลสบเมยมีจุดแข็งหลายด้าน ได้แก่ ความไวของระบบและค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับสูง คุณภาพข้อมูลมีความครบถ้วนและถูกต้อง การรายงานโรคส่วนใหญ่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด และข้อมูลจากระบบสามารถนำไปใช้ในการติดตามสถานการณ์และสนับสนุนการดำเนินมาตรการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยังพบประเด็นที่ควรพัฒนา ได้แก่ ความต่อเนื่องของการรายงานในช่วงวันหยุด การพึ่งพาผู้รับผิดชอบเพียงรายเดียว การขาดบุคลากรสำรอง และความจำเป็นในการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ชายแดน

จากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ความรู้ร่วมกับแนวคิดการประเมินระบบเฝ้าระวังของ CDC และมาตรการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 1-3-7 ของประเทศไทย จนพัฒนาเป็น SOPMOEI Guideline ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรียที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชายแดน ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ S (Surveillance Quality) การพัฒนาคุณภาพระบบเฝ้าระวังและคุณภาพข้อมูล, O (One Team Collaboration) การบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย, P (Prompt Reporting) การรายงานโรคอย่างถูกต้องและทันเวลา, M (Monitoring and Data Use) การติดตาม วิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ, O (Outreach and Community) การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค, E (Education and Capacity Building) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และ I (Improvement and Innovation) การปรับปรุงระบบและประยุกต์ใช้นวัตกรรมเพื่อยกระดับประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 1)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาการประเมินระบบเฝ้าระวังการรายงานโรคไข้มาลาเรียของโรงพยาบาล สบเมย เฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจและรักษาในโรงพยาบาลสบเมย โดยผลตรวจพบเชื้อมาลาเรียระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2568 - 31 ธันวาคม 2568 ในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) ไม่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยไข้ มาลาเรียที่มีการวินิจฉัยนอกโรงพยาบาลและในระบบมาลาเรียออนไลน์ ซึ่งมีข้อจำกัดในระยะเวลาในการศึกษา และการทบทวนผู้ป่วยในโรคใกล้เคียงพบว่าโรงพยาบาลสบเมย มีการตรวจรักษาตามแนวเวชปฏิบัติการรักษาโรคไข้มาลาเรียตามแนวทางของกรมควบคุมโรค มีการตรวจหาเชื้อมาลาเรียที่ครอบคลุม บุคลากร แพทย์เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทราบเป็นกระบวนการประจำเนื่องจากอยู่ในพื้นที่แพร่เชื้อของไข้มาลาเรียสูง



ภาพที่ 1 SOPMOEI Guideline

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบการรายงาน ปรับปรุงความทันเวลา ตรวจสอบความถูกต้อง อาจใช้เทคโนโลยีที่ช่วยตรวจจับความผิดปกติของข้อมูล เพื่อลดข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล ใช้ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อข้อมูลที่จำเป็นไม่ได้ถูกรายงานในเวลาที่กำหนด มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล (Data Quality Audit) เป็นระยะเพื่อแก้ไขข้อผิดพลาดเชิงระบบ

2. บุคลากรและสถานที่ปฏิบัติงาน เพิ่มบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการรายงานให้สามารถ รายงานเข้าระบบได้ทุกคน และจัดอบรมชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอในโรคที่ต้องรายงานสอบสวนโรค ขั้นตอนการรายงาน รวมถึงภาษาถิ่นที่จำเป็นในการสื่อสารและสถานที่สอบสวนโรคปรับปรุงป้ายบอกสถานที่ให้ชัดเจนและหลายภาษา

3. คุณภาพของระบบเฝ้าระวังโอกาสในการพัฒนา เช่น การสำรองข้อมูล (Backup System) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในกรณีฉุกเฉิน การรองรับในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดขนาดใหญ่ เพื่อประเมินขีดความสามารถของระบบ การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้งานในระดับพื้นที่เป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุงการออกแบบระบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การเผยแพร่ข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางออนไลน์และท้องถิ่นเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในวงกว้างและการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการเฝ้าระวังป้องกันโรคในเบื้องต้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization.(2022). Malaria report 2022. [cited 2025 Jan 23] .Available from: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malariareport-2022
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่อ อันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรม ควบคุมโรค; 2563.
3. กองโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565).รายงานประจำปี 2565 กอง โรคติดต่อนำโดยแมลง. สืบค้นจาก https://drive.google.com/file/d/1AlrFpFCxF0broaQWvkwfdHlP_s2IvoT3/view

4. ปางชนม์ เตี้ยแจ้, อภิชาญ ทองใบ. การประเมินระบบเฝ้าระวังของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่อำเภอหนอง หญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ. 2562. Journal of Disease and Health Risk DPC3 [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 23];15(3):44–58. Available from: https://he01.tcithaijo.org/index.php/JDPC3/article/view /247222
5. ศุภชัย ครบตระกูลชัย, เกียรติภูมิภักดีไทยเทศา. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย ใน โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2565. Journal of Public Health Tak Province [Internet]. 2024 Dec 27 [cited 2025 Jan 23];Vol.4 No.3(2):24–37. Available from: https://library.takpho.go.th/site/index
6. ภาณุวัฒน์ มหรรณพนที, ทิพวรรณ ศรีทรมาศ. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้มาลาเรีย จังหวัด นครราชสีมา ปี พ.ศ. 2560. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 23];50(44):653–60. Available from: https://he05.tcithaijo.org/index.php/WESR/article/view/1510

2022
วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ
ปีที่ 11 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2569

การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส

Developing a participatory process for managing drug addicts in Somdet District, Kalasin Province, using Homeward Clinic (Fah Sai Clinic).

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

อรรคเดช อรรคเศรษฐัง[1]
Akkadech Akkasetthung[1]

บทคัดย่อ

การศึกษา การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์และการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม 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 กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วย แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การส่งเสริมป้องกัน มีลำดับการดำเนินการประกอบด้วยการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาและสารเสพติดในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้รับการช่วยเหลือ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การติดตามดูแลช่วยเหลือ แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยา หลักการของการบำบัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชนและการสื่อสาร/ถ่ายทอด แนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ ที่หลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก และพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างรุ่นที่ 1 – 4 และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงาน รุ่นที่ 1 – 4 โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังมีการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส โดยเป็นการนำกระบวนการและกิจกรรมทั้งหมดมาทบทวนร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ (พชอ., ฝ่ายปกครอง, ตำรวจ, สาธารณสุข, ท้องถิ่น) และภาคเอกชน (NGOs, ผู้ประกอบการ) เป็นประจำทุกเดือน เพื่อถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) และปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้เกิดนวัตกรรมและทำให้ผลการจัดการผู้เสพยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2568 มีผู้เสพยาเสพติด เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 87.89 และบำบัดสำเร็จ ร้อยละ 96.41

คำสำคัญ: ยาเสพติด การมีส่วนร่วมการจัดการ Homeward คลินิกฟ้าใส

Abstract

This study, "Developing a Participatory Process in Drug Addiction Management in Somdet District, Kalasin Province, Using the Homeward Brightness Clinic," aimed to examine the current situation of drug

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ

addiction management in Somdet District, Kalasin Province, and to develop a participatory process in managing drug addicts using the Homeward Brightness Clinic. This was a Participatory Action Research (PAR) study conducted from October 2024 to September 2025 (12 months). Data was collected using questionnaires and 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 found that the participatory process in managing drug addicts in Somdet District, Kalasin Province, in collaboration with government and private sector networks, comprised of community-based treatment and rehabilitation (CBTx) guidelines covering four aspects: promotion and prevention, with a sequence of actions including screening drug and substance users in the community to promote assistance, community-based treatment and rehabilitation, follow-up care and assistance, harm reduction guidelines, principles of community-based treatment, and communication/dissemination of guidelines for implementing the participatory process in managing drug addicts in Somdet District, was at a high level after implementation. No significant differences were found between cohorts 1-4. Furthermore, a comparison was made between the understanding of relevant personnel in driving the participatory process in managing drug addicts in Somdet District, Kalasin Province, through the Homeward Clinic (Fah Sai Clinic), and the understanding of community leaders regarding the guidelines for caring for high-risk psychiatric patients prone to violence. Before and after the implementation of the program, in phases 1-4, overall and in specific aspects, statistically significant differences at the 0.05 level were found. Specifically, the understanding of the participatory process in managing drug addicts in Somdet District, Kalasin Province, through the Homeward Clinic, among relevant personnel, and the understanding of community leaders regarding the guidelines for caring for high-risk psychiatric patients prone to violence, were significantly better after the implementation. Furthermore, the participatory processes and activities in managing drug addicts in Somdet District, Kalasin Province, are reviewed and improved through the Homeward Brightness Clinic. This involves monthly reviews of all processes and activities with partner networks from both the public sector (District Health Promotion Office, local administration, police, public health, local authorities) and the private sector (NGOs, entrepreneurs) to conduct After Action Reviews (AAR) and optimize performance. This has led to innovation and resulted in a projected 87.89% of drug addicts receiving treatment and a 96.41% success rate in managing drug addicts through this participatory process in Somdet District, Kalasin Province by 2025.
Keywords: Drugs, Participation, Management, Homeward Clinic, Fasai Clinic

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาเสพติดและการพึ่งพาสารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและวัยแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รายงาน World Drug Report ปี 2023 ระบุว่า ในปี ค.ศ. 2021 มีประชากรอายุ 15–64 ปีทั่วโลกมากกว่า 296 ล้านคนเคยใช้ยาเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในรอบ 12 เดือน คิดเป็นประมาณร้อยละ 5.8 ของประชากรโลกในช่วงอายุเดียวกัน และเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับสิบปีก่อน ขณะเดียวกันจำนวนผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด (drug use disorders) เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 39.5 ล้านคนทั่วโลก ภายในระยะเวลา 10 ปี สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคและภาระทางสังคมที่ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น[1]

สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของยาเสพติดในภูมิภาค โดยเฉพาะกลุ่มเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และยาเสพติดสังเคราะห์อื่น ๆ ประเทศไทย คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสาร

เสพติด ดำเนินการสำรวจครัวเรือนระดับประเทศ เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรซึ่งรายงานว่ามีประสบการณ์เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่ง มีจำนวนประมาณ 3.7 ล้านคน หรือคิดเป็น 75.74/1,000 ของประชากรไทยอายุ 12-65 ปีสารเสพติดที่ประชากรเคยใช้มากที่สุดเป็นยาบ้า รองลงมาเป็นไอซ์ ยาอีสารระเหย เฮโรอีน ยาเค ฝิ่น และโคเคนตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระปัญหาสุขภาพจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดในประเทศ นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลว่ามีประชาชนจำนวนหลายแสนคนที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาหรือมีปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด ซึ่งตอกย้ำถึงความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องพัฒนาระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงได้ในระดับชุมชน[2]

แนวคิด Homeward และคลินิกฟ้าใส เป็นแนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดในระดับชุมชนที่เน้นให้ผู้ป่วย “ได้รับการดูแลใกล้บ้าน” ผ่านการบูรณาการบริการระหว่างโรงพยาบาลระดับอำเภอ หน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยใช้การติดตามเยี่ยมบ้าน การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำชุมชน แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับหลักการของ CBTx ที่ให้ความสำคัญกับการบำบัดและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนอย่างสมัครใจ การลดการตีตรา และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่ต่อเนื่องในพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย[3] หลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ด้านการบำบัด และมักไม่ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ระยะยาวต่อการลดการกลับไปใช้ซ้ำของผู้เสพยาเสพติด เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว UNODC และ WHO จึงได้ผลักดันแนวคิดการบำบัดและดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน Community-Based Treatment and Care: CBTx) ในฐานะทางเลือกที่ใช้หลักสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน โดยส่งเสริมให้ประเทศต่าง ๆ ลดการพึ่งพาศูนย์บำบัดบังคับ และหันมาลงทุนในบริการสุขภาพและสังคมที่อยู่ในชุมชนมากขึ้น แนวคิดดังกล่าวเน้นการบูรณาการการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนทางสังคมเข้าไว้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและบริการสังคมในระดับชุมชน เพื่อลดการตีตราและเพิ่มโอกาสการกลับคืนสู่สังคมของผู้เสพยาเสพติดอย่างยั่งยืน[4]

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบ CBTx ที่ประสบความสำเร็จมักมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การจัดตั้งทีมทำงานในชุมชน การประเมินและคัดกรองผู้ใช้ยา การวางแผนการบำบัดและฟื้นฟูเป็นรายบุคคล กิจกรรมกลุ่มบำบัด การติดตามดูแลต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพและผู้นำชุมชน และการประเมินผลการบำบัด[5] องค์ประกอบเหล่านี้มีความสอดคล้องกับบทบาทของทีมสุขภาพจิตชุมชน ที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงบริการในระบบสุขภาพกับเครือข่ายชุมชนเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง อีกด้านหนึ่ง การแก้ไขปัญหายาเสพติดในระดับอำเภอไม่สามารถดำเนินการโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดกระบวนการมีส่วนร่วมที่ชัดเจนของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านความมั่นคง หน่วยงานด้านยุติธรรม สถานศึกษา ผู้นำชุมชน แกนนำเยาวชน อสม. และครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด การออกแบบกระบวนการมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมตั้งแต่การร่วมกันสำรวจสถานการณ์ การวางแผนการดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการจัดการผู้เสพยาเสพติดในชุมชน[6]

อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นอำเภอที่มีลักษณะพื้นที่ชนบทกึ่งเมือง มีชุมชนและครอบครัวที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีความเสี่ยงต่อปัญหายาเสพติดจากหลายปัจจัย ทั้งสถานะทางเศรษฐกิจ ความเปราะบางของครอบครัว การเคลื่อนย้ายแรงงาน และการเข้าถึงยาเสพติดที่ค่อนข้างง่ายใน

บางพื้นที่ชนบท ปัญหายาเสพติดในอำเภอสมเด็จส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เสพ รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ความรุนแรงในชุมชน และภาระต่อระบบบริการสุขภาพและหน่วยงานความมั่นคงในพื้นที่ หน่วยบริการสุขภาพในอำเภอสมเด็จ ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ส่งต่อ และดูแลผู้เสพยาเสพติด รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงหรือการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีลักษณะกระจายตัว มีข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทาง งบประมาณ และรูปแบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่าย บริบทดังกล่าวทำให้อำเภอสมเด็จมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการจัดการผู้เสพยาเสพติดที่สอดคล้องกับศักยภาพและทรัพยากรในพื้นที่ โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ทั้งภาคสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานด้านความมั่นคง ผู้นำชุมชน แกนนำอาสาสมัคร และครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด เพื่อสร้างกลไกการดูแล ฟื้นฟู และติดตามต่อเนื่องที่มีความยั่งยืน

จากสถาการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับหลักการ CBTx จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการตอบโจทย์ทั้งด้านนโยบายระดับชาติ ด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ และด้านบริบทเฉพาะของพื้นที่ งานวิจัยฉบับนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาและพัฒนากระบวนการดังกล่าวอย่างเป็นระบบ รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการผู้เสพยาเสพติดที่สามารถใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนางานในพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส
4. เพื่อศึกษาผลการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 24 เดือน โดยแบ่งเป็น 2 วงรอบ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย (ปี 2567) ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567 และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องและถูกระบุให้เป็นผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2567 จำนวน 212 คน และ ปี 2568 จำนวน 190 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย

Homeward คลินิกฟ้าใส โดยมี กิจกรรมหรือขั้นตอนในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย (ปี 2567) ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567

1. การศึกษาสถานการณ์ในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การกำหนดกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

3. การสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ ดังต่อไปนี้

3.1 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (ระดับตำบล/ชุมชน)

3.2 บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด

3.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.4 ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่

4. กำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ โดยแบ่งเป็น คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (ระดับตำบล/ชุมชน) บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่

5. การดำเนินการกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568

6. การทบทวน และปรับปรุง กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ทุกเดือน

7. การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

8. การดำเนินการกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

9. สรุปผลการดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

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 แบบวัดความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน เป็นแบบ rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

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 (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) แบบประเมินความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .896 และแบบวัดความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .910

2.3 แบบบันทึกการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส

2.4 แบบรายงานผลการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. จัดทำร่างการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส

3. จัดทำคำขอรับรองจริยธรรมการวิจัยการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส

4. ดำเนินการกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย (ปี 2567) ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567

1.1 การศึกษาสถานการณ์ในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 การกำหนดกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

1.3 การสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ ดังต่อไปนี้

1.3.1 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (ระดับตำบล/ชุมชน)

1.3.2 บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด

1.3.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.3.4 ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่

1.4 กำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ โดยแบ่งเป็น คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (ระดับตำบล/ชุมชน) บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่

1.5 การดำเนินการกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568

2.1 การทบทวน และปรับปรุง กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ทุกเดือน

2.2 การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

2.3 การดำเนินการกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

2.4 สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ การศึกษา การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Dependent t – test F – test ด้วยเทคนิค MANOVA และ F – test โดยเทคนิค One way ANOVA

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา เรื่อง การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ผ่านมาอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้ การคัดกรอง (Screening) การบำบัดเบื้องต้น (CBTx) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V) การติดตามหลังบำบัด (Follow-up) การ ใช้รูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx : Community Based Treatment) ที่ผ่านมายังไม่เต็มรูปแบบ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน ยังดำเนินการตามความเข้าใจ ซึ่งทำให้การดำเนินงานรูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางไม่ครบตามแนวคิดและกระบวนการ

1.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด แบ่งออกได้เป็น 4 ด้านคือ ด้านกระบวนการบำบัดและฟื้นฟู (CBTx) ด้านทรัพยากรและบุคลากร ด้านสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3 จำนวนผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ปี 2567 พบว่า ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ร้อยละ 77.24

2. การกำหนดกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วย

2.1 แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การส่งเสริมป้องกัน มีลำดับการดำเนินการประกอบด้วยการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาและสารเสพติดในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้รับการช่วยเหลือ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การติดตามดูแลช่วยเหลือ

2.2 แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยานับเป็นแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนซึ่งชุมชนสามารถดำเนินการคู่ขนานกับ

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมเพียงแต่รูปแบบทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มีความเหมาะสมกับพื้นที่ในบางบริบทเท่านั้น

2.3 หลักการของการบำบัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

หลักการของการบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน การบำบัดรักษาโดยมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลักการสำคัญอยู่ 9 ประการในการรักษาผู้ติดยาเสพติด ได้แก่

หลักการที่ 1 การหาการให้บริการรักษาได้ง่ายๆ

หลักการที่ 2 การตรวจคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัย การประเมินผล การตรวจวินิจฉัย และการวางแผนการรักษา

หลักการที่ 3 การรักษาผู้ติดยาเสพติดจากแหล่งฐานข้อมูลที่ได้รับแจ้ง

หลักการที่ 4 การรักษาผู้ติดยาเสพติด สิทธิมนุษยชน และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

หลักการที่ 5 กลุ่มเป้าหมายกลุ่มย่อยหลายกลุ่มภายในกลุ่มประชากรขนาดที่ ติดยา ต้องการได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

หลักการที่ 6 การรักษาพฤติกรรมการติดยาเสพติดและระบบความยุติธรรม

หลักการที่ 7 การมีส่วนเกี่ยวข้องของชุมชน การมีส่วนร่วมและการปฐมนิเทศผู้ป่วย

หลักการที่ 8 การให้บริการการรักษาผู้ติดยา

หลักการที่ 9 ระบบการรักษา การพัฒนานโยบาย การวางแผนเชิงกลยุทธ์ และการประสานการบริการ

2.4 กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด โดยสามารถอธิบายรายละเอียดขั้นตอนได้ 5 ด้านหลัก ดังนี้:

ด้านที่ 1: การส่งเสริมและป้องกัน (Prevention and Promotion)

ด้านที่ 2: การค้นหาและคัดกรอง (Screening and Identification)

ด้านที่ 3: การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน (Treatment and Rehabilitation)

ด้านที่ 4: การติดตามดูแลช่วยเหลือ (Follow-up and Social Support)

ด้านที่ 5: การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction)

3. การสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ ได้มีการดำเนินการสื่อสารถ่ายทอดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 240 คน ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ จำนวน 25 คน ระดับตำบล (ตัวแทนตำบลๆละ 15 คน) รวม 135 คน รวมทั้งสิ้น 160 คน บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด จำนวน 50 คน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 30 คน โดยมีกำหนดการในการส่อสารกิจกรรมในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ และแบ่งกิจกรรมการอบรม สร้างความเข้าใจ เป็น 4 รุ่นๆละ 60 คน ผลการสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ พบว่า

3.1 ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและ ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ระหว่างรุ่นที่ 1 – 4 โดยรวมและรายด้าน ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก และพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3.2 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย

Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ระหว่างรุ่นที่ 1 – 4 โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงานรุ่นที่ 1 – 4 โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชนดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

4. กำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ ประกอบด้วย ชุมชน ประชาคมหมู่บ้าน/ค้นหาผู้ป่วยยาเสพติด ท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ ฝ่ายปกครอง NGOs องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) มูลนิธิ หรือองค์กรภาคประชาสังคมในพื้นที่
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

5. การดำเนินการกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

5.1 กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูล นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน การเตรียมชุมชน การประชุมภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การเตรียมกิจกรรม

5.2 กิจกรรม Homeward คลินิกฟ้าใส ประกอบด้วย กิจกรรมการประเมินและจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน การประเมินครอบครัว การปรับสภาพแวดล้อม กิจกรรมบริการการแพทย์และให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-Care / Telemedicine) ได้แก่ คลินิกออนไลน์ ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้นกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านและจัดการระบบยา การจัดทีมเยี่ยมบ้านเชิงรุก การควบคุมการกินยา (DOTs ทางจิตเวช) กิจกรรมการเสริมพลังครอบครัว กิจกรรมการเชื่อมโยงระบบส่งต่อไร้รอยต่อ การทบทวน และปรับปรุง กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ทุกเดือน

5.3 การทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส โดยเป็นการนำกระบวนการและกิจกรรมทั้งหมดมาทบทวนร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ (พชอ., ฝ่ายปกครอง, ตำรวจ, สาธารณสุข, ท้องถิ่น) และภาคเอกชน (NGOs, ผู้ประกอบการ) เป็นประจำทุกเดือน เพื่อถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) และปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีประเด็นสำคัญในการทบทวนและขับเคลื่อน 7 กิจกรรมหลัก คือ การจำแนกประเภทผู้ป่วย กิจกรรมสร้างอาชีพ ค่ายพักพิงบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V Care) ระบบติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Visit Tracking System) กิจกรรมคลินิกจิตสังคม และการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย

Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

5.4 รูปแบบ "Homeward คลินิกฟ้าใส" ประกอบด้วย การพัฒนาระบบข้อมูล ทีมสหวิชาชีพเคลื่อนที่ กลไก "บวร" (บ้าน-วัด-โรงเรียน) ในตำบลสร้างแก้ว

6. การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ทำให้เกิดนวัตกรรม ดังนี้ โครงการ 1 ตำบล 1 หมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดิน (พื้นที่: รพ.สต. บ้านหนองแสง) โครงการหมู่บ้านสีขาวและการสร้างเครือข่ายแกนนำ (พื้นที่ : ตำบลหมูม่น และระดับหมู่บ้าน) การเชื่อมโยงระบบส่งต่อกับ "มินิธัญญารักษ์" รพ.สมเด็จ (พื้นที่: รพ.สต. บ้านหมูม่น) การค้นหาเชิงรุกตามยุทธการ "ฟ้าแดดสงยาง" (พื้นที่: อำเภอสมเด็จ) ค่ายพักพิงบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พื้นที่: ระดับตำบล/อำเภอ) และพลังเครือข่าย "บวร" บ้าน-วัด-โรงเรียน (พื้นที่: ตำบลผาเสวย)

7. ผลการจัดการผู้เสพยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2568 พบว่าผู้เสพยาเสพติด เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 87.89 และบำบัดสำเร็จ ร้อยละ 96.41

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์ในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีการดำเนินงาน การคัดกรอง (Screening) การบำบัดเบื้องต้น (CBTx) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V) การติดตามหลังบำบัด (Follow-up) การ ใช้รูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx : Community Based Treatment) ที่ผ่านมายังไม่เต็มรูปแบบ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน ยังดำเนินการตามความเข้าใจซึ่งทำให้การดำเนินงานรูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางไม่ครบตามแนวคิดและกระบวนการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร (2566)[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx “ชุมชนล้อมรักษ์” อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัญหาหลักของพื้นที่ ได้แก่ การขาดระบบติดตามต่อเนื่อง การตีตราผู้ใช้สารเสพติด และการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังจำกัด ซึ่งเป็นฐานสำหรับกำหนดสมมติฐานเชิงพัฒนาและวางแผนการทดลองในภาคสนาม และยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด แบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านกระบวนการบำบัดและฟื้นฟู (CBTx) ด้านทรัพยากรและบุคลากร ด้านสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและจำนวนผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ปี 2567 มีผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด ร้อยละ 77.24 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พูลศิลป์ แสงบุตร (2568)[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่าสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาผลการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ ก่อนการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.95±0.70) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดำเนินกิจกรรมมีคะแนนสูงสุด (3.42±0.58) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือด้านการวางแผนและกำหนดนโยบาย (3.24±0.67) อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ขณะที่ด้านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากร (2.65±0.72) และด้านการติดตามและประเมินผล (2.48±0.81) อยู่ในระดับน้อย โดยด้านการติดตามและประเมินผลมีคะแนนต่ำสุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยา

เสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วย แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครอบคลุม 4 ด้าน คือ การส่งเสริมป้องกัน มีลำดับการดำเนินการประกอบด้วยการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาและสารเสพติดในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดได้รับการช่วยเหลือ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน การติดตามดูแลช่วยเหลือ ตามแนวคิดการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน CBTx[4,8] แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยานับเป็นแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติดในชุมชนซึ่งชุมชนสามารถดำเนินการคู่ขนานกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมเพียงแต่รูปแบบทางการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) มีความเหมาะสมกับพื้นที่ในบางบริบทเท่านั้น ตามแนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) [1,8] และหลักการของการบำบัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชนและแนวทางการดำเนินงานด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา/ยา/สารเสพติด ที่มีอาการทางจิตและโรคร่วมทางจิตเวช[9] และได้มีการสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ ได้มีการดำเนินการสื่อสารถ่ายทอดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 240 คน ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ จำนวน 25 คน ระดับตำบล (ตัวแทนตำบลๆละ 15 คน) รวม 135 คน รวมทั้งสิ้น 160 คน บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด จำนวน 50 คน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่จำนวน 30 คน โดยมีกำหนดการในการส่อสารกิจกรรมในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ และแบ่งกิจกรรมการอบรม สร้างความเข้าใจ เป็น 4 รุ่นๆละ 60 คน ผลการสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ พบว่า ระดับความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ ความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ระหว่างรุ่นที่ 1 – 4 โดยรวมและรายด้าน ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก และพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างรุ่นที่ 1 – 4 และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงานรุ่นที่ 1 – 4 โดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ความเข้าใจในการขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแกนนำชุมชนดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของชุติมา สิทธิกุล และคณะ (2568)[9] ได้ศึกษาเปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดโดยใช้รูปแบบของมินิธัญญารักษ์กับผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยรูปแบบมินิธัญญารักษ์และรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) มีระดับทักษะชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) แต่ในด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่เข้ารับการ

บำบัดด้วยรูปแบบ มินิธัญญารักษ์มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดรูปแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ยังได้มีการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส โดยเป็นการนำกระบวนการและกิจกรรมทั้งหมดมาทบทวนร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ (พชอ., ฝ่ายปกครอง, ตำรวจ, สาธารณสุข, ท้องถิ่น) และภาคเอกชน (NGOs, ผู้ประกอบการ) เป็นประจำทุกเดือน เพื่อถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) และปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีประเด็นสำคัญในการทบทวนและขับเคลื่อน 7 กิจกรรมหลัก คือ การจำแนกประเภทผู้ป่วย กิจกรรมสร้างอาชีพ ค่ายพักพิงบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V Care) ระบบติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Visit Tracking System) กิจกรรมคลินิกจิตสังคม และการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ตามแนวคิดการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) [6,8] และแนวคิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)[3] ส่งผลให้เกิดรูปแบบ "Homeward คลินิกฟ้าใส" ประกอบด้วย การพัฒนาระบบข้อมูล ทีมสหวิชาชีพเคลื่อนที่ กลไก "บวร" (บ้าน-วัด-โรงเรียน) ในตำบลสร้างแก้ว และมีนวัตกรรม ดังนี้ โครงการ 1 ตำบล 1 หมู่บ้านกองทุนแม่ของแผ่นดิน (พื้นที่: รพ.สต. บ้านหนองแสง) โครงการหมู่บ้านสีขาวและการสร้างเครือข่ายแกนนำ (พื้นที่ : ตำบลหมูม่นและระดับหมู่บ้าน) การเชื่อมโยงระบบส่งต่อกับ "มินิธัญญารักษ์" รพ.สมเด็จ (พื้นที่: รพ.สต. บ้านหมูม่น) การค้นหาเชิงรุกตามยุทธการ "ฟ้าแดดสงยาง" (พื้นที่: อำเภอสมเด็จ) ค่ายพักพิงบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (พื้นที่: ระดับตำบล/อำเภอ) และพลังเครือข่าย "บวร" บ้าน-วัด-โรงเรียน (พื้นที่: ตำบลผาเสวย) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พูลศิลป์ แสงบุตร.(2568)[7] ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่าการวิจัยได้พัฒนารูปแบบ DINJEE Model ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันแบบวงจรต่อเนื่อง ได้แก่ Direction (ทิศทางร่วม) Integration (บูรณาการ) Network Committee (คณะกรรมการเครือข่าย) Joint Activities (กิจกรรมร่วม) Empowerment (เสริมพลัง) และ Evaluation & Exchange (ประเมินและแลกเปลี่ยน) หลังการใช้รูปแบบ DINJEE Model พบการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p<.001$) โดยคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 4.18±0.54 การเข้าร่วมประชุมเพิ่มขึ้น 43.8% การติดตามผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 38.2% อัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลง 53.1% และเกิดนวัตกรรม "ระบบพี่เลี้ยงชุมชน" ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก (4.28±0.62) รูปแบบ DINJEE Model มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและสามารถแก้ไขปัญหาหลักในการดำเนินงาน CBTx และการศึกษาของ สันติ โพธิ์ทอง มนัชญา เสรีวิวัฒนา.(2567)[10] ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีโครงสร้างและกระบวนการดำเนินงานที่เป็นระบบ ประกอบด้วย การแต่งตั้งคณะกรรมการ การจัดทำบันทึกความร่วมมือ การจัดตั้งศูนย์ CBTx และกระบวนการดำเนินงานในศูนย์ที่ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย การให้

คำปรึกษาและบำบัด การติดตามผล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 27.50 สามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ และอัตราการกลับไปใช้ยาเสพติดลดลงอย่างชัดเจน และชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.32, S.D. = 0.57) โดยเฉพาะในมิติร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีผู้นำชุมชนที่มุ่งมั่นทำหน้าที่เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนโครงการ ร่วมกับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น รพ.สต., อบต., และสำนักงาน ปปส. ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุนทรัพยากร และส่งเสริมศักยภาพของชุมชน รวมทั้งความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ควรขยายผลการใช้รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อื่น ๆ ที่ประสบปัญหายาเสพติด โดยบูรณาการความร่วมมือจากชุมชน หน่วยงานรัฐ และภาคเอกชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ทำให้ผลการจัดการผู้เสพยาเสพติดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2568 พบว่าผู้เสพยาเสพติด เข้ารับการบำบัด ร้อยละ 87.89 และบำบัดสำเร็จ ร้อยละ 96.41

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ในการดำเนินการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีการศึกษาสถานการณ์ในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การคัดกรอง (Screening) การบำบัดเบื้องต้น (CBTx) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V) การติดตามหลังบำบัด (Follow-up) การ ใช้รูปแบบการบำบัดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx : Community Based Treatment)และบริบทชุมชน

2. การขับเคลื่อนกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ควรมีการกำหนดกิจกรรม ประกอบด้วยแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ครอบคลุม 4 ด้าน แนวทางการลดอันตรายจากการใช้ยาหลักการของการบำบัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด โดยสามารถอธิบายรายละเอียดขั้นตอนได้ 5 ด้านหลัก และการสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด รวมถึง การกำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด

3. ควรมีการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติด อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส โดยเป็นการนำกระบวนการและกิจกรรมทั้งหมดมาทบทวนร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ (พชอ., ฝ่ายปกครอง, ตำรวจ, สาธารณสุข, ท้องถิ่น) และภาคเอกชน (NGOs, ผู้ประกอบการ) เป็นประจำทุกเดือน เพื่อถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) และปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีประเด็นสำคัญในการทบทวนและขับเคลื่อน 7 กิจกรรมหลัก คือ การจำแนกประเภทผู้ป่วย กิจกรรมสร้างอาชีพ ค่ายพักพิงบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด (SMI-V Care) ระบบติดตามเยี่ยมบ้าน (Home Visit Tracking System) กิจกรรมคลินิกจิตสังคม และการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้ง

ภาครัฐและเอกชน รวมทั้งการค้นหานวัตกรรมในพื้นที่

4. การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ควรประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย

1.1 การศึกษาสถานการณ์ในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 การกำหนดกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

1.3 การสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ ดังต่อไปนี้

1.3.1 คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (ระดับตำบล/ชุมชน)

1.3.2 บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด

1.3.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.3.4 ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่

1.4 กำหนดบทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ โดยแบ่งเป็น คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (ระดับตำบล/ชุมชน) บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่

1.5 การดำเนินการกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

2.1 การทบทวน และปรับปรุง กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ทุกเดือน

2.2 การสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

2.3 การดำเนินการกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน

2.4 สรุปผลการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและขยายผลกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการผู้เสพยาเสพติดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วย Homeward คลินิกฟ้าใส ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ในเขตพื้นที่อื่นและศึกษาในระยะยาวเพื่อค้นหาแนวทางการจัดการผู้เสพยาเสพติด ที่หลากหลายและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime. (2022, May 16). Report on East and Southeast Asia: Continued growth in the supply of methamphetamine while synthetic opioids spread. https://www.unodc.org/roseap/2022/05/regional-synthetic-drugs-report-launch/story.html

2. มูลนิธิศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด. (2567). การสังเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2567. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้เป็นสารเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.). https://nctc.oncb.go.th/download/article/article_20250321140812.pdf

3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565). มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Publication/Attach/25650805113031AM_homeward.pdf
4. United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in Southeast Asia (CBTx). https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_cbtx_guidance_EN.pdf
5. เยาวภา ขาววิเศษ.(2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 10(2), 833–842
6. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
7. พูลศิลป์ แสงบุตร.(2568). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 3(2).
8. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). การดำเนินงานเพื่อการบำบัดดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Based Treatment and x.. (CBTx) ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (สลบ.สธ.)
9. ชุติมา สิทธิกุล เพชรศิริ พรมไพสน ภัทราพร รักธรรม เกศกนก นาสืบ จิตลดาวรรณ โสวะภาสน์ อำไพ โสรส ประเสริฐ ประสมรักษ์.(2568). เปรียบเทียบทักษะชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติด โดยใช้รูปแบบของมินิธัญญารักษ์กับผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx). วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด. 2(3) 1-9
10. สันติ โพธิ์ทอง มนัชญา เสรีวิวัฒนา.(2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนนทบุรี. Journal of Roi Kaensarn Academi, 9(12), 1658–1675.