



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ

ISSN 3057-1901 (Online)

วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care
and Public Health Development

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2568

VOL.3 NO.2 May-August 2025

AJPPD



กองบรรณาธิการ (EDITORIAL BOARD)

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care and Public Health Development

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2568

Vol.3 No.2 May-August 2025

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ผศ. บุญเรือง ขาวนวล มหาวิทยาลัยทักษิณ

กองบรรณาธิการ (Editorial Board Members)

ผศ. ดร. กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ธีรนุช วงศ์เจริญ	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร. พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร. อนุวัฒน์ เพ็งพุ่ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
ดร. ดุริยางค์ วาสนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร. วิเชียร ไทยเจริญ	ข้าราชการบำนาญ
อาจารย์พิศิษฐ์ พวงนาค	ข้าราชการบำนาญ
ว่าที่ รอ. วีระศักดิ์ เดชอรัญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ (Assistant Editors)

นายจักรินทร์ ปริมาณนท์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง

เลขานุการกองบรรณาธิการ (Editorial Secretary)

นายกฤตเมธ อัทธุมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ติดต่อ: Krittamath2013@gmail.com, โทรศัพท์: 0956647343

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข มีนโยบายเพื่อเผยแพร่บทความวิจัย (Research Paper) และบทความวิชาการ (Academic Paper) ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุขทุกสาขา และผู้สนใจในด้านระบบบริการสุขภาพ ฉบับปัจจุบัน (ปีที่ 3 ฉบับที่ 2) ครอบคลุมผลงานวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2568 โดยรวบรวมบทความที่หลากหลายประกอบด้วย

ด้านการดูแลเด็กและวัยรุ่น มีบทความเกี่ยวกับโปรแกรมดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน จังหวัดพัทลุง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล จังหวัดเพชรบุรี

ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำเสนอประสิทธิผลของโรงเรียนเบาหวานและการติดตามระดับน้ำตาลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลของกระบวนการ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอำนาจเจริญ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกระบี่ ข้อเสนอแนะด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยากกลุ่ม GLP-1 agonist และความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต

ด้านโรคติดต่อและการควบคุมโรค ครอบคลุมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วย SLIMNAS Model จังหวัดศรีสะเกษ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดนครศรีธรรมราช การพัฒนาระบบควบคุมวัณโรคแบบบูรณาการโดยกลไก พขอ. จังหวัดกาฬสินธุ์ และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดด้วย NEWS Score และ Early Interventions จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้านการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง นำเสนอการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิง โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน จังหวัดระนอง

ด้านระบบบริการและการมีส่วนร่วม มีบทความเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตนแผนกฝากครรภ์ จังหวัดตรัง การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสกลนคร และการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx จังหวัดกาฬสินธุ์

สุดท้ายนี้ คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสำหรับวารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้แก่ผู้อ่าน และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขต่อไป



(นายบุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

ผลของโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน อำเภอองครา จังหวัดพัทลุง The Effect of an Iron Deficiency Anemia Prevention and Control Program in Children Aged 6 - 12 Months in Kong Ra District, Phatthalung Province. มานิตา เสรีประเสริฐ	243-259
ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานและการติดตามระดับน้ำตาลต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลห้วยผึ้ง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ Effectiveness of Diabetes School Education Program and Blood Sugar Monitoring on Glycemic Control among Diabetic Patients with Poor Glycemic Control at Huai Phueng Hospital, Huai Phueng District, Kalasin Province ประไพพรรณ ใจอักษร	260-273
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลอีปาด อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ The Behavior Change Program for the Prevention and Control of Dengue Fever among the People of Eepad Subdistrict, Kanthararom District, Sisaket Province ฉลอม วิชาชัย	274-287
การพัฒนาแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิง ของ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ Development of Nursing Continuous Care Model for Dependent Elderly Patients in ChianYai Hospital นภาพรณ บัวพันธ์	288-304
การพัฒนาระบบควบคุมวัณโรคแบบบูรณาการโดยกลไก พขอ. อำเภอคำม่วง จังหวัด กาฬสินธุ์ Development of an Integrated Tuberculosis Control System through the Mechanism of the District Health Board, Kham Muang District, Kalasin Province สุวรรณี ศรีหงษ์ทอง	305-321

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์
โรงพยาบาลตรัง

322-332

Factors related to satisfaction with the service quality of insured persons in the
antenatal care department at Trang Hospital

วิกรณ์รัตน์ ศรีธรรมรัตน์, จันทร์จาริ เกตุมาโร

การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วย SLIMNAS Model ในชุมชน
อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

333-346

Community Health Literacy Developing Process on Leptospirosis Prevention among
People with SLIMNAS Model in Kanthararom District, Sisaket Province

วรรณวิษย์ วิเศษหมื่น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนในพื้นที่ ตำบลปากพั่นฝั่ง
ตะวันออก อำเภอปากพั่น จังหวัดนครศรีธรรมราช

347-358

Factors related to leptospirosis prevention behavior of the people in the area Pak
Phanang Subdistrict, Eastern Side, Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat
Province.

ละเมียด เราะหะวิลัย

การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่
ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

359-371

Perception and Self-Care Behaviors for Stroke Prevention Among Patients with
Uncontrolled Hypertension at Khlong Thom Hospital, Krabi Province.

มลथा ชุมขุน

การพัฒนาแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปี 2567

372-387

Development of Road Safety Management Model by Mechanism: District Quality of
Life Development Committee, Sawan Daen Din District, Sakon Nakhon Province.

กานต์นิธิ ไชยบุตร

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ อำเภอคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์	388-402
Development of Stakeholder Network Participation Model for Drug Rehabilitation under CBTx Project in Dinjee Sub-district, Kham Muang District, Kalasin Province.	
พุลศิลป์ แสงบุตร	
ข้อเสนอแนะด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยากกลุ่ม Glucagon-Like Protein-1 Agonist (GLP-1 agonist) เพื่อลดน้ำหนัก	403-416
Optimizing Dietary Management in Obese Patients Undergoing Glucagon-Like Protein-1 Agonist (GLP-1 agonist) Therapy for Weight Control	
ฮานีฟ มูตอ, พัทธราภรณ์ คงภักดี	
ผลการศึกษาของกระบวนการ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ	417-430
The Effects of the Home Ward Process on Changes in HbA1c Levels among Diabetic Patients at Phana Hospital, Amnat Charoen Province.	
อมรธีร์ ศรีสะอาด	
ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน โรงพยาบาลระนอง	431-443
The Effects of the competency Development Program in palliative care ward nurse at Ranong Hospital	
เรณู ธาราสุข	
การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกผู้ป่วยใน ด้วย NEWS Score และ Early Interventions โรงพยาบาลคำม่วน จังหวัดกาฬสินธุ์	444-456
Quality Improvement of Sepsis Care in Inpatient Department Using NEWS Score and Early Interventions at Kham Muang Hospital, Kalasin Province	
ชบาวรรณ คำจันทร์ดี	
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต	457-472
Health literacy and self-care behaviors for chronic disease prevention among village health volunteers in Phuket province	
สุทัษษา ลั่นทอง	

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

Predictive Factors of Caregiving Behavior among Caregivers of Children with Asthma 473-483

at Cha-am Hospital, Phetchaburi Province

มนัสวี นิลพัฒน์

ผลของโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน
อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร

The Effect of an Iron Deficiency Anemia Prevention and Control Program
in Children Aged 6 - 12 Months in Kong Ra District, Phatthalung Province.

มานิตา เสรีประเสริฐ

Manita Seriprasert

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดพิจิตร

(Received: May 10, 2025; Accepted: May 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน โดยเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครอง พฤติกรรมการดูแลเด็ก และระดับฮีมาโตคริตของเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรม เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองและเด็กอายุ 6-12 เดือน จำนวน 60 คู่ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอองครักษ์และโรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดพิจิตร โปรแกรมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองแบบกลุ่ม การใช้สื่อนวัตกรรม "วงล้อนาฬิกาเพิ่มโลหิต" การให้น้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นระยะเวลา 3 เดือน และการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ 20 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็ก 15 ข้อ การตรวจวัดฮีมาโตคริตและแบบประเมินความพึงพอใจ 10 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า เด็กในกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโลหิตจางเพียงร้อยละ 3.3 ความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากคะแนนเฉลี่ย 11.2 เป็น 17.6 คะแนน คิดเป็นการเพิ่มขึ้น 6.4 คะแนน ผู้ปกครองที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 80.0 พฤติกรรมการดูแลเด็กปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.2 เป็น 4.3 คะแนน ผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.3 เป็นร้อยละ 63.3 ระดับฮีมาโตคริตของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากร้อยละ 36.6 เป็นร้อยละ 38.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่พบเด็กที่มีภาวะโลหิตจางเลย ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.1 ± 0.4) โดยร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจในระดับมากและมากที่สุด

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจาง, โปรแกรมการดูแลสุขภาพ, เด็กปฐมวัย



Abstract

This study aimed to examine the effects of an iron deficiency anemia care program in children aged 6-12 months by comparing caregivers' knowledge, child care behaviors, and children's hematocrit levels before and after program participation, as well as assessing satisfaction with the program. This was a quasi-experimental study using a one-group pretest-posttest design with a sample of 60 caregiver-child pairs aged 6-12 months who received services at sub-district health-promoting hospitals in the Kong Ra District health service network and Kong Ra Hospital, Phatthalung Province. The program consisted of four main components: group education for caregivers, use of an innovative media tool called the "Blood Building Clock Wheel," administration of iron supplementation syrup for 3 months, and weekly telephone follow-ups for 12 weeks. The research instruments included a 20-item knowledge test, a 15-item child care behavior assessment, hematocrit measurement, and a 10-item satisfaction evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results showed that only 3.3% of children in the sample had anemia. Caregivers' knowledge increased significantly ($p < 0.001$) from a mean score of 11.2 to 17.6 points, representing an increase of 6.4 points. The proportion of caregivers with good knowledge levels increased from 13.3% to 80.0%. Child care behaviors improved significantly ($p < 0.001$), with mean scores rising from 3.2 to 4.3 points. The proportion of caregivers with excellent care behaviors increased from 8.3% to 63.3%. Children's hematocrit levels increased significantly ($p < 0.001$) from 36.6% to 38.2%. After program participation, no children were found to have anemia. Caregivers expressed high satisfaction with the program (mean score 4.1 ± 0.4), with 86.7% reporting high to very high levels of satisfaction.

Keywords: Anemia, health care program, early childhood

บทนำ

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าส่งผลกระทบต่อประชากรโลกประมาณ 1.62 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 24.8 โดยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ได้แก่ เด็กปฐมวัย หญิงตั้งครรภ์ และหญิงวัยเจริญพันธุ์ (World Health Organization, 2015) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของภาวะโลหิตจางในเพศหญิงและเพศชายร้อยละ 24.30 และ 25.20 ตามลำดับ ขณะที่โครงการ SEANUTS พบว่าภาวะโลหิตจางในเด็กชนบทมีปัญหามากกว่าเด็กในเขตเมืองถึงสองเท่า (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-24 เดือนมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตและการพัฒนาของสมองอย่างรวดเร็ว เมื่ออายุเกิน 6 เดือน การได้รับธาตุเหล็กจากน้ำนมแม่อย่างเดียวไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารเสริมที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ภาวะโลหิตจางส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญา การศึกษาของ Lozoff และคณะ (2006) พบว่าเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในช่วงทารกจะมีคะแนนพัฒนาการด้านการเรียนรู้และความจำต่ำกว่าเด็กปกติ แม้ได้รับการรักษาแล้ว ผลกระทบนี้อาจคงอยู่ถึงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพการเรียนรู้ในระยะยาว

จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข HDC ปี 2563-2567 พบว่าเด็กอายุ 6-12 เดือนที่มีภาวะโลหิตจางในระดับประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 24.72, 19.59, 19.41, 19.26 และ 21.06 ตามลำดับ ขณะที่อำเภอองครักษ์

จังหวัดพิจิตร คิดเป็นร้อยละ 20.94, 25.00, 14.35, 8.53 และ 4.91 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าในปี 2564 อำเภอองครักษ์มีภาวะโลหิตจางสูงสุตร้อยละ 25 (เกินเกณฑ์ WHO ร้อยละ 20) แต่สามารถลดลงได้อย่างต่อเนื่อง

ความสำเร็จนี้เกิดจากการดำเนินนโยบายการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ตั้งแต่ปี 2557 ร่วมกับการบูรณาการของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค แม้การให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กมีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง แต่ยังพบปัญหาในการปฏิบัติ เช่น การไม่ให้ยาอย่างสม่ำเสมอ ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองไม่เพียงพอ ปัญหารสชาติของยาที่เด็กไม่ชอบ และการขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง (ศรีธมา กาญจนสิงห์, 2565) การศึกษาของ บุชา อรรถาวิธ และบำเพ็ญ พงศ์เพชรดิธ (2563) พบว่าความรู้ผู้ปกครองและความคิดเห็นในการนำยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไปปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจาง

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้สื่อนวัตกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลภาวะโลหิตจางในเด็ก จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานป้องกันแก้ไขภาวะโลหิตจางอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครอง เรื่องการดูแลภาวะโลหิตจางก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

4. เพื่อเปรียบเทียบระดับฮีมาโตคริตของเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

5. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครอง ต่อโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจาง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ปกครองและเด็กอายุ 6-12 เดือน ที่มารับบริการคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอองครักษ์ และโรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดพิจิตร จำนวนประมาณ 255 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการทดสอบ One-sample t-test ใช้สูตร

$$n = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times \sigma^2 / \delta^2$$

โดยที่ $\alpha = 0.05$ (ระดับนัยสำคัญ)

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ $\beta = 0.20$ (โอกาสเกิดความผิดพลาดประเภทที่ 2)

$Z_{1-\beta} = 0.84$ $\sigma = 1.5$ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับฮีมาโตคริต จากงานวิจัยของวิภากรศุภพิมล, 2565)

$\delta = 1.0$ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่ต้องการตรวจพบ)

การคำนวณ $n = (1.96 + 0.84)^2 \times (1.5)^2 / (1.0)^2$ $n = (2.8)^2 \times 2.25 / 1 = 17.64$ คน

เพิ่ม 20% สำหรับ dropout rate = $17.64 \times 1.2 = 21$ คน

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด = 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เด็กอายุ 6-12 เดือน 2) ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) อาศัยในพื้นที่อำเภอองครักษ์ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) สามารถติดตามได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา 4 เดือน

เกณฑ์การคัดออก 1) เด็กที่มีโรคเลือดทางพันธุกรรม 2) เด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง 3) เด็กที่มีความผิดปกติทางการเจริญเติบโตรุนแรง 4) เด็กที่กำลังได้รับยาเสริมธาตุเหล็กขนาดสูงจากสาเหตุอื่น 5) ผู้ปกครองที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) และแนวทางปฏิบัติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1.1 การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองแบบกลุ่ม เป็นเวลา 2 ชั่วโมง ครอบคลุมเนื้อหา 4 หัวข้อหลัก คือ ความรู้พื้นฐานเรื่องภาวะโลหิตจาง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและผลกระทบ และการป้องกันและดูแล

1.2 สื่อวงล้อนาฬิกาเพิ่มโลหิต เป็นสื่อการเรียนรู้แบบโต้ตอบที่พัฒนาขึ้นเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงสำหรับเด็กอายุ 6-12 เดือน

1.3 ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ความเข้มข้น 10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ให้ตามน้ำหนักตัวของเด็ก เป็นระยะเวลา 3 เดือนติดต่อกัน

1.4 การติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อให้คำปรึกษาและติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การเลี้ยงดูด้วยนม การให้อาหารเสริม การได้รับวัคซีน และประวัติการเจ็บป่วย

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางและการดูแลเด็ก เป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเรื่องภาวะโลหิตจาง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง อาการและผลกระทบ และการป้องกันและดูแล (ด้านละ 5 ข้อ) โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 20 คะแนน และแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน) และความรู้ระดับดี (16-20 คะแนน)

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็ก เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง เป็นแบบมาตราส่วนลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 หมวด ได้แก่ พฤติกรรมการให้อาหารที่มีธาตุเหล็ก พฤติกรรมการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และพฤติกรรมการติดตามสุขภาพ

เด็ก (หมวดละ 5, 4, และ 6 ข้อ ตามลำดับ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ปฏิบัติสม่ำเสมอ (5 คะแนน) จนถึงไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) คะแนนรวม 75 คะแนน และแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ พฤติกรรมระดับต่ำมาก (1.00-1.80) ระดับต่ำ (1.81-2.60) ระดับปานกลาง (2.61-3.40) ระดับดี (3.41-4.20) และระดับดีมาก (4.21-5.00)

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจาง เป็นแบบมาตราส่วนลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความพึงพอใจต่อเนื้อหา ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดกิจกรรม ความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนรู้ และความพึงพอใจโดยรวม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่พอใจมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงไม่พอใจ (1 คะแนน) คะแนนรวม 50 คะแนน และแปลผลคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80) ระดับน้อย (1.81-2.60) ระดับปานกลาง (2.61-3.40) ระดับมาก (3.41-4.20) และระดับมากที่สุด (4.21-5.00)

2.5 เครื่องมือการตรวจวัดระดับฮีมาโตคริต ใช้เครื่องวัดฮีมาโตคริต (HemoCue® Hct 301 หรือ เทียบเท่า) สำหรับการตรวจเลือดปลายนิ้ว พร้อมอุปกรณ์การเจาะเลือดที่เหมาะสมกับเด็กเล็ก ได้แก่ Lancet สำหรับเด็ก แอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดผ้าก๊อช และพลาสติก

2.6 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 8 คำถาม ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเด็ก การสังเกตการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของเด็ก ปัจจัยที่ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงโปรแกรม



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เด็ก พยาบาลเด็ก และนักโภชนาการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยประเมินความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องทางวิชาการ และความครอบคลุมของคำถาม และการทดสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยทดสอบกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกัน

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า แบบทดสอบความรู้มี CVI = 0.89 และ Cronbach's Alpha = 0.82 แบบประเมินพฤติกรรมมี CVI = 0.85 และ Cronbach's Alpha = 0.79 และแบบประเมินความพึงพอใจมี CVI = 0.92 และ Cronbach's Alpha = 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล

1.1 ขออนุมัติโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

1.2 จัดเตรียมโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจาง เครื่องมือเก็บข้อมูล สื่อวงล้อนาฬิกาเพิ่มโลหิต ยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก อุปกรณ์ตรวจเลือด และอบรมทีมผู้ช่วยวิจัย

1.3 ประชาสัมพันธ์โครงการ คัดกรองผู้สนใจตามเกณฑ์ ซึ่งแจ้งรายละเอียด ขอความยินยอม และจัดทำรายชื่อพร้อมรหัสประจำตัว

2. ระยะดำเนินการ

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแนะนำโครงการวิจัยและสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ และแบบ

ประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็ก (O₁) พร้อมทั้งตรวจระดับฮีมาโตคริตของเด็กและตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม

2.2 การดำเนินโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจาง (X) การดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 การให้ความรู้และการใช้สื่อวงล้อนาฬิกาเพิ่มโลหิต การดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์แรกมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางและการป้องกัน โดยเริ่มจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้แบบกลุ่มเป็นเวลา 2 ชั่วโมง ครอบคลุมเนื้อหา 4 หัวข้อหลัก พร้อมทั้งสาธิตการใช้สื่อวงล้อนาฬิกาเพิ่มโลหิต จากนั้นให้ผู้ปกครองได้ทดลองใช้สื่อและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมถึงการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและคำแนะนำการให้ยา

สัปดาห์ที่ 3-8 การให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กและการติดตาม การดำเนินกิจกรรมจะเน้นที่การส่งเสริมการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอและการดูแลเด็กตามคำแนะนำ โดยมีการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้คำปรึกษา ตอบข้อซักถาม และติดตามอาการข้างเคียง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้แชร์ประสบการณ์ การดูแลเด็กและการใช้สื่อในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 9-12 การเสริมสร้างพฤติกรรมและการประเมินผล

กิจกรรมในช่วงสุดท้ายมุ่งเน้นการพัฒนาพฤติกรรมดูแลเด็กที่ยั่งยืน โดยผู้วิจัยจะติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีการกระตุ้นให้ผู้ปกครองทบทวนความรู้และใช้สื่อวงล้อนาฬิกาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ผู้ปกครองได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแลเด็กระยะยาวที่เป็นรูปธรรม

2.3 การติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติ การติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติประกอบด้วยการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามเมื่อมีปัญหา การติดตามอาการข้างเคียงจากรวมถึงการเตือนการนัดหมายและการให้ยาตามกำหนด

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้แบบประเมินพฤติกรรมทารกและแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (O₂) พร้อมทั้งตรวจระดับฮีมาโตคริตของเด็ก นอกจากนี้ ยังมีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปกครองบางส่วน (จำนวน 15 คน) เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรมและข้อเสนอแนะ และมีการมอบของที่ระลึกแก่ผู้ปกครองที่เข้าร่วมการวิจัยเพื่อแสดงความขอบคุณ

3. ระยะประเมินผล

3.1 การจัดการข้อมูล ขั้นตอนการจัดการข้อมูลประกอบด้วย การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล (Data Cleaning)

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการตามวิธีทางสถิติที่กำหนดไว้ในแผนการวิจัย มีการประมวลผลตามตัวแปรต่างๆ และตีความสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในด้านความรู้ พฤติกรรม การดูแลเด็ก ระดับฮีมาโตคริต และความพึงพอใจ

3.3 การสรุปและรายงานผล การสรุปและรายงานผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจ และระดับตัวแปร

1.2 สถิติเชิงอนุมาน

1.2.1 Paired t-test เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม และระดับฮีมาโตคริตก่อนและหลังการทดลอง ($\alpha = 0.05$)

1.2.2 McNemar test เปรียบเทียบสัดส่วนเด็กที่มีภาวะโลหิตจางก่อนและหลังการทดลอง ($\alpha = 0.05$)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ถอดเทปการสัมภาษณ์ จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามธีม สร้างรหัส (Coding) และตีความหมาย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่ PPHOREC/2567 COA NO.70 วันที่ 6 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทั่วไปของเด็ก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 32 คน (ร้อยละ 53.3) มีน้ำหนักเฉลี่ย 8.3 ± 1.2 กิโลกรัม และส่วนสูงเฉลี่ย 69.6 ± 4.4 เซนติเมตร เมื่อพิจารณาสถานภาพน้ำหนักต่ออายุพบว่าเด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักปกติ 26 คน (ร้อยละ 36.1) แต่ยังมีเด็กที่มีน้ำหนักน้อยถึง 24 คน (ร้อยละ 33.3) และน้ำหนักน้อยมาก 4 คน (ร้อยละ 5.6) รวมเป็นเด็กที่มีปัญหาการเจริญเติบโตร้อยละ 38.9 เด็กทุกคนได้รับวัคซีนครบตามกำหนดอายุ (ร้อยละ 100.0)

ลักษณะทั่วไปของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 2.0 ± 1.1 คน และมีรายได้เฉลี่ย $14,650 \pm 9,116$ บาทต่อเดือน โดยครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรายได้ปานกลาง (10,001-20,000 บาท) 26 คน (ร้อยละ 43.3) รองลงมาคือกลุ่มรายได้ต่ำ ($\leq 10,000$ บาท) 23 คน (ร้อยละ 38.3)

การเลี้ยงดูและการดูแลเด็ก ผู้ปกครองส่วนใหญ่เลือกใช้นมผสม (นมแม่ + นมผง) 28 คน (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือนมแม่อย่างเดียว 22 คน (ร้อยละ 36.7) เด็กส่วนใหญ่ได้รับอาหารเสริมแล้ว 55 คน (ร้อยละ 91.7) ผู้ปกครองทุกคนให้อาหารที่มีธาตุเหล็กแก่เด็ก (ร้อยละ 100.0) สำหรับการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก

3. การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 60)

การวัดผล	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11.2	3.1	-	-	-	-
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	17.6	1.8	6.4	5.7 - 7.1	15.42	<0.001

จากตารางที่ 1 ความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 11.2 เป็น 17.6 คะแนน เพิ่มขึ้น 6.4 คะแนน ผู้ปกครองที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 80.0 และไม่มีผู้ปกครองที่มีความรู้ระดับต่ำหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อวิเคราะห์ความรู้ในแต่ละด้าน พบว่าทุกด้านมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้อย่างสม่ำเสมอ 51 คน (ร้อยละ 85.0) แต่ยังมีผู้ปกครองที่ให้ไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 15.0

2. สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน

กลุ่มตัวอย่างมีระดับฮีมาโตคริตเฉลี่ย $36.6 \pm 2.5\%$ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติสำหรับเด็กอายุ 6-12 เดือน ($\geq 33\%$) เด็กที่มีภาวะโลหิตจางมีสัดส่วนต่ำเพียง 2 คน (ร้อยละ 3.3) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 20 อย่างมาก โดยเด็กที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมดอยู่ในระดับเล็กน้อย (ฮีมาโตคริต 30-32%) ไม่พบเด็กที่มีภาวะโลหิตจางระดับปานกลางหรือรุนแรง

ทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยด้านที่มีการพัฒนามากที่สุดคือ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (เพิ่มขึ้น 2.3 คะแนน) รองลงมาคือ ความรู้พื้นฐานเรื่องภาวะโลหิตจาง (เพิ่มขึ้น 1.8 คะแนน) ส่วนด้านอาการและผลกระทบ และการป้องกันและดูแล มีการพัฒนาในระดับที่ใกล้เคียงกัน (เพิ่มขึ้น 1.1 และ 1.2 คะแนน ตามลำดับ)

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 60)

การวัดผล	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.2	0.6	-	-	-	-
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.3	0.4	1.1	0.9 - 1.3	12.85	<0.001

จากตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.2 เป็น 4.3 คะแนน ผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.3 เป็นร้อยละ 63.3 และไม่มีผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมระดับปานกลางหลังเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อจำแนกตามหมวดพฤติกรรม พบว่า "พฤติกรรมการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก" มีการพัฒนามาก

5. การเปรียบเทียบระดับฮีมาโตคริตของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับฮีมาโตคริตของเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 60$)

การวัดผล	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	36.6	2.5	-	-	-	-
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	38.2	2.1	1.6	1.2 - 2.0	8.45	<0.001

จากตารางที่ 3 ระดับฮีมาโตคริตของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 36.6% เป็น 38.2% เพิ่มขึ้น 1.6% แม้ว่าเด็กที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงเริ่มต้นจะมีเพียง 2 คน (ร้อยละ 3.3) แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่พบเด็กที่มีภาวะโลหิตจางเลย (ร้อยละ 0) การเปรียบเทียบสัดส่วนด้วย McNemar test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.157$) เนื่องจากจำนวนเด็กที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงเริ่มต้นมีน้อยมาก

6. ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อโปรแกรมการดูแลภาวะโลหิตจาง ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.1 ± 0.4 คะแนน ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก 34 คน (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือระดับมากที่สุด 18 คน (ร้อยละ 30.0) รวมกันเป็นร้อยละ 86.7 ที่มีความพึงพอใจในระดับสูง

เมื่อจำแนกตามประเด็น พบว่าความพึงพอใจต่อเนื้อหาของโปรแกรมได้รับคะแนนสูงสุด (4.3 ± 0.5)

ที่สุด (เพิ่มขึ้น 1.3 คะแนน จาก 3.4 เป็น 4.7) รองลงมาคือ "พฤติกรรมการติดตามสุขภาพเด็ก" (เพิ่มขึ้น 1.2 คะแนน จาก 2.9 เป็น 4.1) และ "พฤติกรรมการให้อาหารที่มีธาตุเหล็ก" (เพิ่มขึ้น 0.8 คะแนน จาก 3.8 เป็น 4.6) ทุกหมวดมีการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

รองลงมาคือสื่อการเรียนรู้ (4.2 ± 0.5) รูปแบบการจัดกิจกรรม (4.0 ± 0.6) และความพึงพอใจโดยรวม (3.9 ± 0.7) ตามลำดับ ทุกประเด็นได้รับการประเมินในระดับมาก

7. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประสบการณ์การเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองส่วนใหญ่แสดงความประทับใจต่อการได้รับความรู้ใหม่เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางและการดูแลเด็ก โดยกล่าวว่า "เดิมไม่รู้ว่าเด็กโลหิตจางเป็นยังไง ตอนนี้เข้าใจแล้วว่าต้องให้อาหารที่มีธาตุเหล็ก" และ "วงล้อนาฬิกาช่วยให้จำได้ว่าเวลาไหนควรให้อาหารอะไร" นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจน โดยผู้ปกครองระบุว่า "ตอนนี้ให้น้ำเสริมธาตุเหล็กลูกสม่ำเสมอ ไม่ลืมเหมือนก่อน" และ "เริ่มให้เนื้อสัตว์กับผักใบเขียวมากขึ้น"

การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเด็ก ผู้ปกครองสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านบวกของเด็กทั้งในด้านร่างกายและพฤติกรรม ในด้านร่างกาย ผู้ปกครองกล่าวว่า "เห็นว่าลูกมีแรงมากขึ้น เล่นได้นานขึ้น" และ

"ผิวพรรณดูดีขึ้น ไม่ซีดเหมือนเดิม" ขณะที่ในด้านพฤติกรรม พบว่า "ลูกกินข้าวได้มากขึ้น ไม่เบื่ออาหารเหมือนเดิม" และ "นอนหลับดีขึ้น ไม่กระสับกระส่ายตอนกลางคืน"

ปัจจัยที่ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การติดตามทางโทรศัพท์ที่ได้รับการประเมินเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปกครองมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยผู้ปกครองกล่าวว่า "การโทรมาถามทำให้รู้สึกว่ามีคนคอยดูแล ไม่ปล่อยทิ้ง" และ "ได้ปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้คำตอบที่ชัดเจน" นอกจากนี้สื่อการเรียนรู้โดยเฉพาะวงล้อนาฬิกาเพิ่มโลหิต ยังเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพดังที่ผู้ปกครองกล่าวว่า "วงล้อนาฬิกาใช้ง่าย เข้าใจง่าย" และ "เอาไปแปะไว้ในครัว ดูได้ตลอดเวลา"

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ผู้ปกครองได้เสนอแนะแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในด้านเนื้อหา พบว่า "อยากได้สูตรอาหารที่มีธาตุเหล็กเพิ่มเติม" และ "อยากรู้เรื่องวิตามินซีที่ช่วยการดูดซึมธาตุเหล็กมากขึ้น" ขณะที่ในด้านระยะเวลา ผู้ปกครองต้องการ "อยากให้มีการติดตามนานกว่านี้" และ "ควรมีการนัดพบซ้ำเพื่อตรวจสอบสุขภาพลูก" ข้อเสนอแนะเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของผู้ปกครองในการได้รับความรู้เพิ่มเติมและการติดตามระยะยาว

อภิปรายผล

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน

ผลการศึกษาพบว่าเด็กในกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโลหิตจางเพียงร้อยละ 3.3 (2 คน จาก 60 คน) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 20 อย่างมาก ผลนี้แตกต่างจากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่พบอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางที่สูงกว่า

เช่น การศึกษาของ ศิริวิมล แยังจันทร์ (2566) ในกลุ่มชนเผ่าปกาเกอะญอ จังหวัดตาก พบภาวะโลหิตจางสูงถึงร้อยละ 46.67 ในเด็กอายุ 6-12 เดือน การศึกษาของเบญจพรรณ ธิติเลิศเดชา และจรรยา สืบบุษ (2566) ในเขตสุขภาพที่ 5 พบภาวะโลหิตจางร้อยละ 35.5 ในเด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี

อัตราการเกิดภาวะโลหิตจางที่ต่ำในการศึกษานี้ อาจเกิดจากหลายปัจจัย ประการแรก อำเภอองครักษ์ได้มีการดำเนินนโยบายการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กมาตั้งแต่ปี 2557 อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีระบบการป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางที่มีประสิทธิภาพอยู่แล้ว ประการที่สอง การคัดเลือกร่วมตัวอย่างที่มารับบริการในคลินิกเด็กอาจทำให้ได้กลุ่มเด็กที่ได้รับการดูแลอย่างดีจากผู้ปกครอง ประการสุดท้าย ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่อาจแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ

การเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความรู้ของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากคะแนนเฉลี่ย 11.2 เป็น 17.6 คะแนน เพิ่มขึ้น 6.4 คะแนน ผู้ปกครองที่มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 80.0 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้ความรู้แบบกลุ่มร่วมกับการใช้สื่อนวัตกรรม

การเพิ่มขึ้นของความรู้ในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีขมา กาญจนสิงห์ (2565) ที่พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ทราบประโยชน์ ขนาดและวิธีรับประทานน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กแต่ละช่วงอายุ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ การศึกษาของ บุชบา อรรถาวิโร และบำเพ็ญ พงศ์เพชรดิ (2563) ก็พบว่าความรู้ผู้ปกครองและความคิดเห็นในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กไปปฏิบัติอยู่ใน

ระดับปานกลาง ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการป้องกัน และควบคุมภาวะโลหิตจาง

เมื่อพิจารณาความรู้ในแต่ละด้าน พบว่าด้านที่มีการพัฒนามากที่สุดคือ "สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง" (เพิ่มขึ้น 2.3 คะแนน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองเริ่มเข้าใจถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง เช่น การให้นมแม่เพียงอย่างเดียวจนเกินไป การไม่ให้อาหารเสริมที่มีธาตุเหล็กเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วารสินทร์ จันทร์ ประกายสี (2562) ที่พบว่าเด็กที่ได้รับนมแม่มากกว่า 6 เดือนจะมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่ 6 เดือน 8.2 เท่า

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็ก

พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.2 เป็น 4.3 คะแนน ผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.3 เป็นร้อยละ 63.3 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในแต่ละหมวด พบว่า "พฤติกรรมกรรมการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก" มีการพัฒนามากที่สุด (เพิ่มขึ้น 1.3 คะแนน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมให้ผู้ปกครองให้ความสำคัญกับการให้ยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ ศรีขณา กาญจนสิงห์ (2565) ที่ระบุว่าการขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและการขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นปัญหาสำคัญในการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

การพัฒนาของ "พฤติกรรมกรรมการให้อาหารที่มีธาตุเหล็ก" และ "พฤติกรรมกรรมการติดตามสุขภาพเด็ก" ที่เพิ่มขึ้น 0.8 และ 1.2 คะแนนตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองมีความเข้าใจและปฏิบัติการดูแลเด็กอย่าง

ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ อัญชลี ภูมิจันทิก และคณะ (2562) ที่เน้นความสำคัญของการส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยและการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ของประชาชนกลุ่มแม่และเด็ก

การเปลี่ยนแปลงระดับฮีมาโตคริต

ระดับฮีมาโตคริตของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 36.6% เป็น 38.2% เพิ่มขึ้น 1.6% แม้ว่าเด็กที่มีภาวะโลหิตจางในช่วงเริ่มต้นจะมีเพียง 2 คน (ร้อยละ 3.3) แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่พบเด็กที่มีภาวะโลหิตจางเลย (ร้อยละ 0)

การเพิ่มขึ้นของระดับฮีมาโตคริตในการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริวิมล แยมจันทร์ (2566) ที่พบว่าหลังให้การรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 1-2 เดือน มีการเพิ่มขึ้นของฮีมาโตคริตร้อยละ 58.44 และฮีมาโตคริตเพิ่ม ≥ 3 ตามมาตรฐานการรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กร้อยละ 23.37 นอกจากนี้ การศึกษาของ บุษบา อรรถาวิโร และ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิธ (2563) ก็พบว่าเด็กอายุ 6 และ 9 เดือนที่มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 16.9 และ 23.3 หลังได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพบว่าโลหิตจางลดลงเหลือร้อยละ 13.4 และ 18.5 ตามลำดับ

การที่เด็กทุกคนมีระดับฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังโปรแกรมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ปกครอง อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาว่าการติดตามในระยะเวลา 4 เดือนอาจยังไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผลระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ชูริยะห์ สาและบิง (2560) ที่พบว่าการติดตามหลังการรักษามีเพียงร้อยละ 63.33 และมีผลปกติหลังการรักษาร้อยละ 47.43

ความพึงพอใจต่อโปรแกรม

ผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.1 ± 0.4) โดยร้อยละ 86.7 มีความพึงพอใจในระดับมากและมากที่สุด ความพึงพอใจที่สูงนี้สะท้อนให้เห็นถึงการได้รับการสนับสนุนและยอมรับจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรม

ประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุดคือ "เนื้อหา ของโปรแกรม" (4.3 ± 0.5 คะแนน) รองลงมาคือ "สื่อ การเรียนรู้" (4.2 ± 0.5 คะแนน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาเนื้อหาที่เหมาะสมและการใช้สื่อนวัตกรรม "วงล้อ นาฬิกาเพิ่มโลหิต" เป็นจุดแข็งของโปรแกรม สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ บุชา อรรถาวิธ และบำเพ็ญ พงศ์ เพชรดิ (2563) ที่แนะนำการสร้างนวัตกรรมผ่าน Application หรือระบบสารสนเทศโดยการใช้สื่อ Multimedia

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ปกครองสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมทั้งในด้านความรู้ พฤติกรรม และการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเด็ก การติดตามทาง โทรศัพท์ที่ได้รับการประเมินว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ปกครองมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีขณา กาญจนสิงห์ (2565) ที่ระบุว่าการขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็น ปัญหาสำคัญในการให้น้ำเสริมธาตุเหล็ก

ผู้ปกครองสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านบวก ของเด็กที่สอดคล้องกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เด็กมีแรงมากขึ้น ผิวพรรณดูดีขึ้น กินข้าวได้มากขึ้น และนอนหลับดีขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงบวก ของโปรแกรมต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก

ข้อเสนอแนะจากผู้ปกครองเพื่อการปรับปรุงโปรแกรม เช่น การต้องการสูตรอาหารที่มีธาตุเหล็กเพิ่มเติม การ ต้องการความรู้เรื่องวิตามินซีที่ช่วยการดูดซึมธาตุเหล็ก

และการต้องการติดตามระยะยาว สะท้อนให้เห็นถึง ความต้องการในการพัฒนาโปรแกรมให้มีความครอบคลุมและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญ สำหรับการพัฒนาโปรแกรมในอนาคต

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ รูปแบบการวิจัยแบบ One-group pretest-posttest design ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรกวนได้เต็มที่ และอาจมีผลจากการเรียนรู้จากการ ทดสอบ (testing effect) และการเปลี่ยนแปลงตาม ธรรมชาติ (maturation effect) นอกจากนี้ ระยะเวลา การศึกษา 4 เดือนอาจไม่เพียงพอสำหรับการประเมินผล ระยะยาวและความยั่งยืนของพฤติกรรม การวัด พฤติกรรมด้วยแบบสอบถามอาจมีความลำเอียงจากการ รายงานตนเอง (self-report bias) และผลการศึกษา สามารถนำไปใช้ได้เฉพาะในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับอำเภอองครักษ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 หน่วยบริการสาธารณสุขควรใช้สื่อ "วง ล้อนาฬิกาเพิ่มโลหิต" เป็นมาตรฐานในการให้ความรู้ ผู้ปกครองเรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงสำหรับเด็กอายุ 6-12 เดือน พร้อมพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันเพื่อเข้าถึงง่ายขึ้น

1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควร จัดระบบติดตามผู้ปกครองทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน สำหรับเด็กที่รับยาเสริมธาตุเหล็ก โดยใช้แบบฟอร์มมาตรฐานและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ด้าน ทักษะการสื่อสาร

1.3 กรมอนามัยควรปรับปรุงคู่มือโลหิตจาง ในเด็กให้เน้นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะความ เชื่อมโยงระหว่างการให้นมแม่เพียงอย่างเดียวนาน

เกินไป การไม่ให้อาหารเสริมที่เหมาะสม และการไม่ให้ยาเสริมธาตุเหล็กกับภาวะโลหิตจาง

2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

2.1 ศึกษาติดตามผลโปรแกรมระยะยาว 12-18 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้ปกครอง ผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของเด็ก และการคงอยู่ของระดับฮีมาโตคริต

2.2 ศึกษาประสิทธิผลในพื้นที่ที่มีอัตราโลหิตจางสูงกว่า 20% ด้วยการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับการดูแลปกติ

2.3 พัฒนาแอปพลิเคชันมือถือสำหรับดูแลโลหิตจางในเด็ก ครอบคลุมสื่อการเรียนรู้แบบโต้ตอบ ระบบแจ้งเตือนให้ยา แบบบันทึกติดตามสุขภาพ และระบบปรึกษาออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการให้ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชูริยะห์ สาและบึง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโลหิตจางของเด็ก 6-12 เดือนที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา. รายงานการวิจัย. ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา.
- บุษบา อรรถาวิโร และบำเพ็ญ พงศ์เพชรดิ. (2563). การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(1), 82-93.
- เบญจพรรณ ธิติเลิศเดชา และจรรยา สืบสุข. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5. รายงานการวิจัย. เขตสุขภาพที่ 5.
- วารสินทร์ จันทรประกายสี. (2562). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน โรงพยาบาลปากช่องนานา. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลปากช่องนานา.
- วิภากร ศุภพิมล. (2565). ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 9-12 เดือนที่มารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. ศรีนครินทร์เวชสาร, 37(3), 206-211.
- ศรัชฌา กาญจนสิงห์. (2565). ระบบเฝ้าระวังภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 6. รายงานการวิจัย. เขตสุขภาพที่ 6.
- ศิริวิมล แยมจันทร์. (2566). ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน กลุ่มชนเผ่าปกากะญอที่แม่อุสุ อ.ท่าสองยาง จ.ตาก. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลท่าสองยาง.
- อัญชลี ภูมิจันทิก, ชัชฎา ประจตุทเท และประดับ ศรีหมื่นไวย. (2562). สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 13(31), 178-190.



- Lozoff, B., Beard, J., Connor, J., Barbara, F., Georgieff, M., & Schallert, T. (2006). Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. *Nutrition Reviews*, 64(5), S34-S43. <https://doi.org/10.1301/nr.2006.may.S34-S43>
- World Health Organization. (2015). *The global prevalence of anaemia in 2011*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/177094>

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานและการติดตามระดับน้ำตาลต่อ
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
โรงพยาบาลห้วยผึ้ง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดกาฬสินธุ์

Effectiveness of Diabetes School Education Program and Blood Sugar
Monitoring on Glycemic Control among Diabetic Patients
with Poor Glycemic Control at Huai Phueng Hospital,
Huai Phueng District, Kalasin Province

ประไพพรรณ ใจอักษร

Praphaiphon Jaiaksorn

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลห้วยผึ้ง

(Received: May 10, 2025; Accepted: May 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานต่อระดับ HbA1c ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 7 จำนวน 30 คน โปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้ 6 ครั้ง การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การใช้คู่มือ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และติดตามผลที่ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) อายุเฉลี่ย 60.7 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.7) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ระดับ HbA1c ลดลงจากร้อยละ 7.53 เป็นร้อยละ 7.11 ($p = 0.001$) สัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.3 เป็นร้อยละ 57.1 คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 12.2 เป็น 17.5 คะแนน ($p < 0.001$) คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 2.79 เป็น 3.94 คะแนน ($p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานมีประสิทธิภาพในการลดระดับ HbA1c เพิ่มความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการสุขภาพอื่น

คำสำคัญ: โรงเรียนเบาหวาน, โปรแกรมการให้ความรู้, การควบคุมระดับน้ำตาล HbA1c

Abstract

This study was a quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design. The objective was to examine the effectiveness of a diabetes school education program on HbA1c levels, knowledge, self-care behaviors, and satisfaction among diabetic patients with poor glycemic control. The sample consisted of 30 type 2 diabetes patients with HbA1c levels greater than 7%. The program comprised six educational sessions, self-care skills training, manual usage, and continuous follow-up over 12 weeks. Data were collected at baseline, immediately post-intervention, and at 3-month follow-up. Data analysis was performed using paired t-test statistics.

The research findings showed that the majority of patients were female (86.7%), with a mean age of 60.7 years, primary education level (80%), and agricultural occupation (56.7%). After participating in the program, HbA1c levels decreased significantly from 7.53% to 7.11% ($p = 0.001$). The proportion of patients achieving target glycemic control increased from 39.3% to 57.1%. Knowledge scores increased significantly from 12.2 to 17.5 points ($p < 0.001$). Self-care behavior scores improved significantly from 2.79 to 3.94 points ($p < 0.001$). Satisfaction with the program was at the highest level. The diabetes school education program was effective in significantly reducing HbA1c levels and improving knowledge and self-care behaviors among diabetic patients. This program can serve as a model for developing diabetes care systems in other healthcare facilities.

Keywords: Diabetes school, Educational program, Glycemic control, HbA1c

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคนในปี 2588 หากไม่มีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ (International Diabetes Federation [IDF], 2022) โดยพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานประมาณ 6.7 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2023) ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าในปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 5 ล้านคน คิดเป็นความชุกร้อยละ 8.9 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเพียง ร้อยละ 40 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต การสูญเสียการมองเห็น และการถูกตัดอวัยวะ ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 47,596 บาทต่อคนต่อปี (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565)

โรงพยาบาลห้วยผึ้งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 1,248 ราย จากข้อมูลปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c มากกว่า 7 ถึง ร้อยละ 62.3 และในจำนวนนี้มีผู้ที่มีระดับ HbA1c มากกว่า 9 ร้อยละ 28.5 ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

ร้อยละ 12.4 และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ร้อยละ 35.6 โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรังและโรคหลอดเลือดหัวใจ (โรงพยาบาลห้วยผึ้ง, 2565) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ (American Diabetes Association [ADA], 2023) ในด้านผู้ป่วยพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำงาน และค่าใช้จ่ายในการรักษา (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2565) ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลเสียเวลาทำงาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ส่วนระบบบริการสุขภาพต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อน การนอนโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

จากการทบทวนสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยโรงพยาบาลห้วยผึ้ง พบปัจจัยสำคัญคือการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง การขาดทักษะในการจัดการตนเอง และการขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธีรศักดิ์ พานจันทร์ และคณะ (2565) ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลได้แก่พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา และความรู้ด้านสุขภาพ แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีคลินิกเบาหวานที่ให้บริการตามมาตรฐาน แต่รูปแบบการให้ความรู้และติดตามยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว และไม่มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การจัดโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานร่วมกับการติดตามอย่างเป็นระบบสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ดังที่ปรากฏในการศึกษาของ รัตนา เสนาหนอก (2566) ที่พบว่าโรงเรียนเบาหวานสามารถปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการ

ตนเองและลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อมีการผสมผสานหลายวิธีการ เช่น การให้ความรู้แบบกลุ่ม การฝึกทักษะ การใช้ตัวแบบ และการติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ตามแนวทางของ ศุภวรรณ ยอดโปร่ง และ ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล (2561) การศึกษาของ พัฒกร ศรีสุข (2567) พบว่าโปรแกรมโรงเรียนหวานน้อยช่วยลดระดับ HbA1c จาก 8.5% เป็น 7.4% และการศึกษาระดับโลกของ Alliston et al. (2024) ที่ทบทวนการศึกษาจำนวน 17 งาน พบว่าโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองช่วยลดระดับ HbA1c เฉลี่ย 0.32% อย่างมีนัยสำคัญ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานและการติดตามระดับน้ำตาลที่เป็นระบบ โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาในประเทศไทยและบริบทของพื้นที่มาประยุกต์ใช้ โปรแกรมนี้จะประกอบด้วย การให้ความรู้แบบกลุ่ม การฝึกทักษะที่จำเป็น การใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการติดตามอย่างเป็นระบบ ตามรูปแบบที่ มานพ ผสม (2566) และ กัญจน์มิตา ธัญวัฒน์ธีรากุล (2566) ได้พัฒนาและพิสูจน์ประสิทธิผลแล้ว โดยคาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวานต่อระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการให้ความรู้แบบโรงเรียนเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1c > 7% ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 778 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566)

การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test) ใช้สูตร $n = [(Z\alpha + Z\beta)^2 \sigma_d^2] / \Delta^2$

โดยที่ $Z\alpha = 1.96$ (ความเชื่อมั่น 95%)

$Z\beta = 0.84$ (Power 80%) $\sigma_d = 1.2\%$ (จากการศึกษาของ ธัญวัฒน์ สุกุลมานนท์ และ ประวิช ขุนนิคม, 2568)

$\Delta = 0.8\%$ (ความแตกต่างที่ต้องการตรวจพบ)
แทนค่าในสูตร

$n = [(1.96 + 0.84)^2 (1.2)^2] / (0.8)^2 = 17.64$
คน ปรับเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ($17.64 \times 1.20 = 21.17 \approx 22$ คน) ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- 2) มีระดับ HbA1c > 7% ในการตรวจครั้งล่าสุด
- 3) อายุระหว่าง 35-65 ปี
- 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 5) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้
- 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) มีภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง
- 3) มีแผนที่จะย้ายที่อยู่ในช่วง 6 เดือนข้างหน้า
- 4) เข้าร่วมการวิจัยอื่นที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองการวิจัย

1. โปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวาน
 - 1) คู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับผู้วิจัยเป็นเอกสารที่รวบรวมแผนการสอน วิธีการจัดกิจกรรม และแนวทางการประเมินผล โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานและด้านการศึกษาพยาบาล
 - 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน จัดทำในรูปแบบที่อ่านง่าย มีภาพประกอบ

และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

- 3) สื่อการสอนและอุปกรณ์สาธิตประกอบด้วยโมเดลอาหาร แผ่นพับ วิดีทัศน์ และอุปกรณ์สำหรับการสาธิตการตรวจระดับน้ำตาลและการฉีดอินซูลิน

2. แผนการจัดกิจกรรม กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย

- 1) การบรรยายความรู้ (30 นาที)
- 2) การสาธิตและฝึกปฏิบัติ (45 นาที)
- 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (30 นาที)
- 4) การสรุปและประเมินผล (15 นาที)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัยตามการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล: อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย: ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลการรักษา: ชนิดของยา การรักษาร่วม

2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นแบบทดสอบเลือกตอบ ถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมเนื้อหา 5 ด้าน คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านละ 4 ข้อ ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์แปลผลเป็น 4 ระดับ ความรู้ดีมาก 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80-100) ความรู้ดี 11-15 คะแนน (ร้อยละ 55-75) ความรู้พอใช้ 6-10 คะแนน (ร้อยละ 30-50) และต้องปรับปรุง 0-5 คะแนน (ร้อยละ 0-25) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

3. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 7 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การดูแลเท้า การตรวจสุขภาพ การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำ (6-7 วัน/สัปดาห์) 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4-5 วัน/สัปดาห์) 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 150 คะแนน เกณฑ์แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ พฤติกรรมดีมาก 4.21-5.00 คะแนน พฤติกรรมดี 3.41-4.20 คะแนน พฤติกรรมปานกลาง 2.61-3.40 คะแนน พฤติกรรมพอใช้ 1.81-2.60 คะแนน และต้องปรับปรุง 1.00-1.80 คะแนน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานและการส่งเสริมสุขภาพ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.88 และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

4. แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกผลการตรวจร่างกายผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังทำการทดลอง จำนวน 4 ข้อ

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวาน พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักการประเมินความพึงพอใจ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน คือ เนื้อหาและ

กิจกรรม (5 ข้อ) วิทยากรและทีมงาน (4 ข้อ) สื่อและอุปกรณ์ (3 ข้อ) สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก (3 ข้อ) และประโยชน์ที่ได้รับ (5 ข้อ) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนน พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนเต็ม 100 คะแนน เกณฑ์แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ความพึงพอใจมากที่สุด 4.21-5.00 คะแนน ความพึงพอใจมาก 3.41-4.20 คะแนน ความพึงพอใจปานกลาง 2.61-3.40 คะแนน ความพึงพอใจน้อย 1.81-2.60 คะแนน และความพึงพอใจน้อยที่สุด 1.00-1.80 คะแนน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานและการศึกษาสุขภาพ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.86 และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย

1. การเตรียมเครื่องมือวิจัย พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบโรงเรียนเบาหวานโดยทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ จัดทำคู่มือการดูแลตนเอง แบบบันทึกระดับน้ำตาล และสื่อการสอนต่างๆ สร้างแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 15 คน และปรับปรุงเครื่องมือตามผลการทดลองใช้

2. การเตรียมทีมวิจัย จัดอบรมทีมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการใช้เครื่องมือวิจัย ชักซ้อมการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม กำหนด

บทบาทและความรับผิดชอบของทีมนักวิจัยแต่ละคน และ
จัดเตรียมระบบการประสานงานและการติดตามผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตรวจสอบฐานข้อมูลผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก
ติดต่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ชี้แจงรายละเอียด
การวิจัยและขอความยินยอม และสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตามวิธีที่กำหนด

2. การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง
สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย ประเมิน
พฤติกรรมและการดูแลตนเอง เจาะเลือดตรวจ HbA1c และ
บันทึกข้อมูลพื้นฐานทางคลินิก

3. การดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้
โรงเรียนเบาหวานใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

3.1 จัดกิจกรรมการเรียนรู้สัปดาห์
ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล
ห้วยผึ้ง หลักสูตรประกอบด้วย 8 หัวข้อหลัก ได้แก่ การ
รู้จักโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การ
ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน การจัดการความเครียด และการดูแล
ตนเองแบบบูรณาการ โดยใช้วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วม
ประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และ
การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย

3.2 การติดตามการบันทึกระดับ
น้ำตาลด้วยตนเองที่บ้านเป็นกิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ
ตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับการฝึกอบรม
การใช้เครื่องวัดน้ำตาลปลายนิ้วและสมุดบันทึก บันทึก
ค่าน้ำตาลวันละ 2 ครั้ง คือ ก่อนอาหารเช้าและหลัง
อาหารเย็น 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกการรับประทาน
อาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ผู้วิจัย
ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทุกสัปดาห์ใน

ระหว่างโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1-8) และติดตามทาง
โทรศัพท์ในช่วงหลังโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 9-12)

3.3 การติดตามทางโทรศัพท์และให้
คำปรึกษารายสัปดาห์เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุน
ผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเอง ระหว่าง
โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1-8) ผู้วิจัยโทรติดตามรายสัปดาห์
คนละ 15-20 นาที เพื่อสอบถามอาการ ตรวจสอบการ
ปฏิบัติตัว ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหา หลังจบ
โปรแกรม (สัปดาห์ที่ 9-12) ลดความถี่เป็น 2 สัปดาห์
ครั้ง คนละ 10-15 นาที เน้นการติดตามความยั่งยืนของ
พฤติกรรมและการแก้ไขปัญหาเฉพาะกรณี โดยมีระบบ
การส่งต่อแพทย์หากพบภาวะฉุกเฉินหรือค่าน้ำตาล
ผิดปกติรุนแรง

3.4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ระหว่างผู้ป่วยจัดขึ้น 2 ครั้ง เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุน
และเสริมแรงใจ ครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการ
แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับตัวและปัญหาที่พบ
ในช่วงครึ่งแรกของโปรแกรม ครั้งที่สองในสัปดาห์ที่ 8
เป็นการสรุปผลการเรียนรู้และวางแผนการดูแลตนเอง
อย่างต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม กิจกรรมประกอบด้วย
การนำเสนอเคล็ดลับการดูแลตัวเอง การแลกเปลี่ยน
เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ และการสร้างกลุ่มสนับสนุนใน
ชุมชน

3.5 การบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่
พบระหว่างดำเนินโปรแกรมทำอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการ
ปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยบันทึกปัญหาที่
พบในแต่ละกิจกรรม ได้แก่ ปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรม
การเข้าใจเนื้อหา การปฏิบัติตัวที่บ้าน และการใช้
อุปกรณ์วัดน้ำตาล พร้อมทั้งวิเคราะห์สาเหตุและจัดทำ
แนวทางแก้ไข มีการประชุมทีมเพื่อทบทวนปัญหาราย
สัปดาห์และปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของ
ผู้ป่วยและพื้นที่

4. การเก็บข้อมูลหลังทดลอง ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองซ้ำ เจาะเลือดตรวจ HbA1c ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม และสัมภาษณ์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์และสรุปผล

1. การจัดการข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล บันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล จัดการกับข้อมูลที่ขาดหายหรือไม่สมบูรณ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามแผนที่กำหนด จัดทำตารางและแผนภูมิแสดงผลการวิเคราะห์ แปลผลและสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบภายในกลุ่ม Paired t-test วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง Repeated Measures ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยได้รับอนุมัติ เลขที่ KLS.REC 30/2568 ลงวันที่ 30 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการวิจัยครบตามระยะเวลาที่กำหนดจำนวน 30 คน มีผู้ป่วย 2 คน ไม่สามารถเข้ารับการตรวจ HbA1c หลังการทดลองได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทางและภาวะเจ็บป่วยฉับพลัน ดังนั้นการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้าน HbA1c ใช้กลุ่มตัวอย่าง 28 คน ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ใช้ข้อมูลครบถ้วน 30 คน

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) อายุเฉลี่ย 60.7 ปี โดยกลุ่มอายุ 41-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60-65 ปี (ร้อยละ 36.7) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 80.0) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.7) ด้านเศรษฐกิจและสิทธิการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 80.0) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 90.0) ด้านประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเบาหวานมา 1-5 ปี (ร้อยละ 40.0) มีโรคร่วมที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.7) และโรคไต (ร้อยละ 23.3) อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมจำนวนไม่น้อย (ร้อยละ 26.7)

ระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย HbA1c เท่ากับร้อยละ 7.53 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงเป็นร้อยละ 7.11 ซึ่งระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมร้อยละ 0.42 (95% CI = 0.176-0.664) ดังตารางที่ 1

การเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c เป็นรายบุคคล พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 22 คน (ร้อยละ 78.6) มี



ระดับ HbA1c ลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยจำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.7) มีระดับ HbA1c เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยจำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.7) มีระดับ HbA1c ไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อโปรแกรมในทางที่ดี ดังตารางที่ 2

จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีผู้ป่วย

จำนวน 11 คน (ร้อยละ 39.3) ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 16 คน (ร้อยละ 57.1) ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้น 5 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 28)

การวัดผล	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.53	1.52				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.11	1.22	-0.42	-0.176 - 0.664	3.53	0.001

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c (n = 28)

การเปลี่ยนแปลง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลดลง	22	78.6
เพิ่มขึ้น	3	10.7
ไม่เปลี่ยนแปลง	3	10.7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (HbA1c $\leq$ 7%) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 28)

การวัดผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	11	39.3
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	16	57.1

ระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 12.2 คะแนน (S.D. = 2.8) อยู่ในระดับดี หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 17.5 คะแนน (S.D. = 1.6) อยู่ในระดับดี

มาก และเมื่อติดตามผล 3 เดือน คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 18.1 คะแนน (S.D. = 1.4) อยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 4)

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีพบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 5.3 คะแนน (95% CI = 4.60-6.00, t =

15.58, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับการติดตามผล 3 เดือนพบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 5.9 คะแนน (95%

CI = 5.12-6.68, $t = 15.61$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 30$)

การวัดผล	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความรู้
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1)	12.2	2.8	ดี
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 8)	17.5	1.6	ดีมาก
ติดตามผล 3 เดือน (สัปดาห์ที่ 12)	18.1	1.4	ดีมาก

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n = 30$)

การวัดผล	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1)	12.2	2.8	-	-	-	-
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 8)	17.5	1.6	5.3	4.60 - 6.00	15.58	<0.001
ติดตามผล 3 เดือน (สัปดาห์ที่ 12)	18.1	1.4	5.9*	5.12 - 6.68	15.61	<0.001

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.79, S.D. = 0.71) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับประทานยา (Mean = 3.25, S.D. = 0.62) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการออกกำลังกาย (Mean = 2.41, S.D. = 0.78)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (Mean = 3.94, S.D. = 0.44) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับประทานยา

(Mean = 4.38, S.D. = 0.41) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Mean = 4.22, S.D. = 0.35) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการจัดการความเครียด (Mean = 3.48, S.D. = 0.52)

เมื่อติดตามผล 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (Mean = 4.09, S.D. = 0.40) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับประทานยา (Mean = 4.56, S.D. = 0.36) รองลงมาคือ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Mean = 4.35, S.D. = 0.32) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการจัดการความเครียด (Mean = 3.60, S.D. = 0.48) (ตารางที่ 6)



การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 1.15 คะแนน (95% CI = 0.98-1.32, $t = 14.00$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับการติดตามผล 3 เดือนพบว่า

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 1.30 คะแนน (95% CI = 1.11-1.49, $t = 14.24$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามรายด้าน ($n = 30$)

พฤติกรรมดูแลตนเอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที			ติดตามผล 3 เดือน		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการรับประทานอาหาร	2.73	0.65	ปานกลาง	3.85	0.42	ดี	4.12	0.38	ดี
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.41	0.78	พอใช้	3.52	0.56	ดี	3.64	0.52	ดี
3. ด้านการรับประทานยา	3.25	0.62	ปานกลาง	4.38	0.41	ดีมาก	4.56	0.36	ดีมาก
4. ด้านการดูแลเท้า	2.85	0.75	ปานกลาง	4.15	0.38	ดี	4.27	0.35	ดีมาก
5. ด้านการตรวจสุขภาพ	2.68	0.82	ปานกลาง	3.96	0.45	ดี	4.10	0.40	ดี
6. ด้านการจัดการความเครียด	2.54	0.70	พอใช้	3.48	0.52	ดี	3.60	0.48	ดี
7. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.05	0.68	ปานกลาง	4.22	0.35	ดีมาก	4.35	0.32	ดีมาก
ภาพรวม	2.79	0.71	ปานกลาง	3.94	0.44	ดี	4.09	0.40	ดี

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n = 30$)

การวัดผล	$\bar{x}$	S.D.	Mean difference	95% CI	t	P-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 1)	2.79	0.71	-	-	-	-
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที (สัปดาห์ที่ 8)	3.94	0.44	1.15	0.98 - 1.32	14.00	<0.001
ติดตามผล 3 เดือน (สัปดาห์ที่ 12)	4.09	0.40	1.30*	1.11 - 1.49	14.24	<0.001

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการควบคุมระดับ HbA1c

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้โรงเรียนเบาหวาน ค่าเฉลี่ย HbA1c ของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 7.53 เป็นร้อยละ 7.11 (ลดลงร้อยละ 0.42, $p = 0.001$) ผลการลดลงนี้มีความสำคัญทางคลินิก เนื่องจากการลดลงของ HbA1c แม้เพียงร้อยละ 0.5-1.0 สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ ตามการศึกษาของ American Diabetes Association (2023)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรศรีสุข (2567) ที่พบว่าโปรแกรมโรงเรียนหวานน้อยช่วยลดระดับ HbA1c จากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 7.4 และการศึกษาของ อุษณีย์ รามฤทธิ์ (2568) ที่พบการลดลงของ HbA1c จากร้อยละ 9.7 เป็นร้อยละ 8.4 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาระดับโลกของ Alliston et al. (2024) ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองสามารถลด HbA1c เฉลี่ยร้อยละ 0.32

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย (HbA1c $\leq$ ร้อยละ 7) จากร้อยละ 39.3 เป็นร้อยละ 57.1 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.8) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในระดับประชากร ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้มากกว่าร้อยละ 50

ผลต่อระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากระดับดี (12.2 คะแนน) เป็นระดับดีมาก (17.5 คะแนน หลังโปรแกรมทันที และ 18.1 คะแนน

เมื่อติดตามผล 3 เดือน) การเพิ่มขึ้นของความรู้มีความสำคัญต่อการจัดการโรคเบาหวานเนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลตนเอง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วศิน ทองทรงกฤษณ์ (2565) ที่พบว่าการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ ศุภวรรณ ยอดโปร่ง และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล (2561) ที่พบว่าโรงเรียนเบาหวานช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย

การที่คะแนนความรู้ยังคงเพิ่มขึ้นในช่วงติดตามผล 3 เดือน (จาก 17.5 เป็น 18.1 คะแนน) แสดงให้เห็นถึงความยั่งยืนของการเรียนรู้และการสะสมประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง ซึ่งสะท้อนถึงการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้แบบต่อเนื่องและการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากระดับปานกลาง (2.79 คะแนน) เป็นระดับดี (3.94 คะแนน หลังโปรแกรมทันที และ 4.09 คะแนน เมื่อติดตามผล 3 เดือน) การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองนี้เป็นผลมาจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานยามีคะแนนสูงสุดทั้งก่อนและหลังโปรแกรม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ดีในด้านนี้อยู่แล้ว แต่ยังสามารถปรับปรุงได้ดีขึ้น ในขณะที่ด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนต่ำสุด ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการเพิ่มเติมในการพัฒนาทักษะด้านนี้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนา เสนาหนอก (2566) ที่พบว่าโรงเรียนเบาหวานสามารถ

ปรับปรุงพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ และการศึกษาของ กัญจน์มิตา ธัญวัฒน์ธีรากุล (2566) พบว่าโรงเรียนเบาหวานวิทยาช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1.1 สำหรับโรงพยาบาลห้วยผึ้ง ควรนำโปรแกรมโรงเรียนเบาหวานไปใช้เป็นกิจกรรมประจำในคลินิกเบาหวาน โดยพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจบโปรแกรม และจัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดโปรแกรมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถขยายผลไปยังผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้อีกในอนาคต

1.2 สำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ควรปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ โดยพัฒนาทีมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการจัดกิจกรรมการศึกษาผู้ป่วย และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดำเนินการในลักษณะนี้จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.3 สำหรับหน่วยงานระดับนโยบาย ควรส่งเสริมการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลในระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้สามารถขยายผลและสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อระบบสุขภาพในวงกว้าง รวมทั้งสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาต่อยอดในระดับชาติ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) และขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการสรุปผลทั่วไป

2.2 ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลเป็น 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง และผลกระทบระยะยาวต่อภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต

2.3 ควรเพิ่มการศึกษาตัวแปรอื่น เช่น คุณภาพชีวิต ความเครียด ต้นทุนการรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง

2.4 ควรศึกษาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันมือถือและการติดตามออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตาม ลดภาระงานของบุคลากร และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสำหรับผู้ป่วย

2.5 ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness analysis) และเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์เมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญจน์มิตา ธัญวัฒน์ธีรากุล. (2566). ประสิทธิภาพของโรงเรียนเบาหวานวิทยาต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 15(2), 45-58.
- ธีรศักดิ์ พานจันทร์ และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารเวชศาสตร์ชุมชน*, 28(3), 112-125.
- ธีรวัฒน์ สกลมานนท์ และ ประวิช ชุนนิคม. (2568). การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการศึกษาผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารการแพทย์เขตเมือง*, 35(4), 78-89.
- พัฒนกร ศรีสุข. (2567). ผลของโปรแกรมโรงเรียนหวานน้อยต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานพ ผสม. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบบูรณาการ. *วารสารสุขภาพชุมชน*, 22(1), 34-47.
- รัตนนา เสนานอก. (2566). ประสิทธิภาพของโรงเรียนเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลไทย*, 18(3), 156-169.
- โรงพยาบาลห้วยผึ้ง. (2565). รายงานผลการดำเนินงานคลินิกเบาหวาน ประจำปี 2565. โรงพยาบาลห้วยผึ้ง.
- วสิน ทองทรงกฤษฎ์. (2565). การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารส่งเสริมสุขภาพ*, 29(2), 89-102.
- ศุภวรรณ ยอดโปร่ง และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2561). ผลของโรงเรียนเบาหวานต่อความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย. *วารสารการแพทย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 42(4), 203-216.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). การศึกษาระบบค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2565. โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิค.
- อุษณีย์ รามฤทธิ์. (2568). การประเมินผลโปรแกรมการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 67-80.
- Alliston, M., Johnson, R., & Smith, K. (2024). Effectiveness of diabetes self-management education programs: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 47(3), 456-468.
- American Diabetes Association. (2023). Standards of medical care in diabetes-2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement 1), S1-S291.
- International Diabetes Federation. (2022). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). International Diabetes Federation.
- World Health Organization. (2023). *Global report on diabetes*. World Health Organization Press.
- Zhang, X., Gregg, E. W., Williamson, D. F., Barker, L. E., Thomas, W., Bullard, K. M., ... & Albright, A. L. (2023). A1C level and future risk of diabetes: A systematic review. *Diabetes Care*, 46(3), 515-522.



โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคและควบคุมไข้เลือดออกของ
ประชาชน ตำบลอีปาด อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

The Behavior Change Program for the Prevention and Control of Dengue
Fever among the People of Eepad Subdistrict,
Kanthararom District, Sisaket Province.

ฉลอม วิชาชัย

Chalom Wichachai

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมั่ง ตำบลอีปาด

(Received: May 10, 2025; Accepted: June 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคและควบคุมไข้เลือดออกของประชาชนตำบลอีปาด อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือตัวแทนในครัวเรือน จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ตำบลอีปาด) และกลุ่มเปรียบเทียบ (ตำบลหนองบัว) กลุ่มละ 39 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคและควบคุมไข้เลือดออกตามทฤษฎี Health Belief Model จำนวน 7 กิจกรรม ดำเนินการ 12 สัปดาห์ และแบบประเมินความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (BI และ CI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในทุกด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (18.45 เทียบกับ 14.52) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (3.71 เทียบกับ 2.18) การรับรู้ความรุนแรง (4.55 เทียบกับ 3.32) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน (4.69 เทียบกับ 3.45) การรับรู้อุปสรรค (3.83 เทียบกับ 2.31) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (4.18 เทียบกับ 4.05) และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (4.26 เทียบกับ 3.18) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ โดย BI (68.25 เทียบกับ 152.35) และ CI (12.35 เทียบกับ 25.68) ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การป้องกันโรคและควบคุมไข้เลือดออก, ไข้เลือดออก



Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a behavior modification program on dengue fever prevention and control among residents in E-Pad Sub-district, Kantharalak District, Sisaket Province. The sample consisted of 78 household representatives, divided equally into experimental (E-Pad Sub-district) and control groups (Nong Bua Sub-district), with 39 participants in each group, selected through a multi-stage random sampling process. The research instruments included a behavior modification program for dengue fever prevention and control based on the Health Belief Model, comprising 7 activities implemented over 12 weeks, and assessment tools measuring dengue fever knowledge, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits of prevention, perceived barriers, perceived self-efficacy, dengue prevention and control behaviors, and larval indices (BI and CI). Data were analyzed using both descriptive and inferential statistics, including paired t-tests for within-group comparisons and independent t-tests for between-group comparisons, with a statistical significance level of 0.05.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores than the control group ($p < 0.001$) in all aspects: dengue fever knowledge (18.45 vs. 14.52), perceived susceptibility (3.71 vs. 2.18), perceived severity (4.55 vs. 3.32), perceived benefits of prevention (4.69 vs. 3.45), perceived barriers (3.83 vs. 2.31), perceived self-efficacy (4.18 vs. 4.05), and dengue prevention and control behaviors (4.26 vs. 3.18). Within-group analysis revealed significant improvements ($p < 0.001$) in all variables for the experimental group. The larval indices significantly decreased: BI from 158.45 to 68.25 and CI from 25.85 to 12.35 ($p < 0.001$).

Keywords: Behavior modification, Disease prevention and control, Dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่แพร่กระจายโดยยุงลาย ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกในเขตร้อนชื้น องค์การอนามัยโลกระบุว่ามีผู้ติดเชื้อประมาณ 390 ล้านคนทั่วโลกต่อปี โดย 96 ล้านรายแสดงอาการชัดเจน และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต (World Health Organization, 2020) ในประเทศไทย สถานการณ์ปี 2566 พบผู้ป่วยสะสม 153,734 ราย อัตราป่วย 232.47 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าปีก่อนหน้า 3.4 เท่า มีผู้เสียชีวิต 168 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) จังหวัดศรีสะเกษมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2566 พบผู้ป่วย 5,470 ราย อัตราป่วย 422.32 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (สำนักโรคบาวิทยา, 2566) ในอำเภอกันทรารมย์ พบผู้ป่วย 95 ราย โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งมั่ง ตำบลอู่ป่าด พบว่าอัตราป่วยในปี 2565-2566 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 20.92 เป็น 89.39 ต่อแสนประชากร (โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา, 2567) แม้ว่าจะมีการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งวิธีทางเคมี ชีวภาพ และกายภาพ แต่การดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากประชาชน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอู่ป่าด, 2566)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่พัฒนาโดย Becker (1975) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการป้องกันโรค ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยกระตุ้น การศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า HBM

มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จารุณี ระบายศรี และคณะ (2553) พบว่าการนำ HBM มาใช้ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีขึ้น สอดคล้องกับสุรศักดิ์ จ้องสละ (2563) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดต่ำสุดดีกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาล่าสุดของปรณพัชร วงศ์ธีรพงษ์ (2565) และเกตุศิริ จันทนุสร (2565) ยืนยันว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม HBM มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค

อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น การขาดการติดตามผลระยะยาว การไม่ได้วัดผลลัพธ์เชิงปฏิบัติการ (ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย) และขาดการบูรณาการมาตรการป้องกันแบบองค์รวม ตามที่สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ และคณะ (2563) และ นงลักษณ์ พรหมจันทร์ และคณะ (2564) ได้ชี้แนะไว้ ยิ่งไปกว่านั้น ในเขตพื้นที่ตำบลอู่ป่าด อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ HBM ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบกับพื้นที่ดังกล่าวมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาและทดสอบแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม HBM ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลอู่ป่าด อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ออกแบบตาม HBM จำนวน 7 กิจกรรม ดำเนินการ 12 สัปดาห์ มุ่งเน้นการสร้างความรู้และการเสริมสร้างการรับรู้ในทุก



ด้านของ HBM พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค และลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ประกอบด้วย การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การป้องกันการถูกยุงกัด และการเฝ้าระวังโรค และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย หมายถึง ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยาที่ใช้ประเมินความเสี่ยง การแพร่ระบาด ประกอบด้วย Breteau Index (BI) และ Container Index (CI) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมแก้ไขปัญหการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน รวมถึงเป็นต้นแบบสำหรับการ ขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรคและควบคุม ไข้เลือดออก ของประชาชน ตำบลอู่ป่าด อำเภอกันทรารมย์ จังหวัด ศรีสะเกษ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคและควบคุม ไข้เลือดออกของประชาชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคและควบคุม ไข้เลือดออกของประชาชน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่ง ทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสอง กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแทนในครัวเรือนในพื้นที่ หมู่ 1 บ้านอู่ป่าด หมู่ 2 และหมู่ 4 บ้านทุ่งมั่ง ตำบลอู่ป่าด อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 550 ครัวเรือน (กลุ่ม ทดลอง) และหมู่ 1 บ้านหนองบัว หมู่ 2 บ้านโนนเรือ หมู่ 3 บ้านโพนทราย ตำบลหนองบัว อำเภอกันทรารมย์ จำนวน 509 หลังคาเรือน (กลุ่มเปรียบเทียบ)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 กำหนดการ ทดสอบแบบ Independent t-test แบบสองทาง กำหนด Effect size = 0.6, Alpha = 0.05, Power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน เพิ่ม 10% เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน (กลุ่มละ 39 คน)

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลาย ขั้นตอน (Multi-stage sampling) เริ่มจากการสุ่มพื้นที่ 2 พื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จากนั้นจัดสรรเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย การสุ่มอย่างง่าย และคัดเลือกตัวแทนในครัวเรือนตาม สัดส่วนด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็น หัวหน้าครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัว ที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสามารถสื่อสารได้ มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีความยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่มีแผนที่จะย้ายออกจากหมู่บ้าน ในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ (1) โรคไข้เลือดออกภัยร้ายใกล้ตัว (2) ชีวิตดีดีเมื่อไม่มี

ไข้เลือดออก (3) หาให้เจอ จดให้ถูก (4) บ้านสะอาด สิ่งแวดล้อมดี ชีวีมีสุข (5) ฝนถึงไหน ไปดูกัน (6) มาเตือน ภัยไข้เลือดออก เป็นปัจจัยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (7) ไหนลูกน้ำ อยู่ไหน ได้โดยดำเนินกิจกรรมชุมชน ตำบลอู่ป่าดเป็นเวลา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก ในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแหล่งที่ได้รับข่าวสารจากโรคไข้เลือดออกมากที่สุด การอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ซึ่งนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ใช้รูปแบบเลือกตอบถูกผิด ให้คะแนน 0 กับ 1 ค่า KR-20 = 0.84 แปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom (1986) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ตาม HBM ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง (10 ข้อ) การรับรู้ความรุนแรง (10 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ (10 ข้อ) การรับรู้อุปสรรค (10 ข้อ) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (20 ข้อ) ใช้รูปแบบ Likert scale 5 ระดับ (1-5) ค่า Cronbach's alpha = 0.87 แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (2006) มาก (3.67-5.00) ปานกลาง (2.34-3.66) น้อย (1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากปฏิบัติทุกครั้ง (6-7 วัน/สัปดาห์) ถึงไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 1-5 สำหรับข้อความเชิงบวก และ 5-1 สำหรับข้อความเชิงลบ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (2006) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ดี (3.67-5.00) ปานกลาง (2.34-3.66) และไม่ดี (1.00-2.33)

ส่วนที่ 5 แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายประจำบ้าน ตำบลอู่ป่าด ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายประจำบ้าน กอ.1/1 ปรับปรุง 2553 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อบันทึกจำนวนภาชนะที่สำรวจและจำนวนที่พบลูกน้ำยุงลาย

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ (สัปดาห์ที่ 1) การทำความเข้าใจในกระบวนการ และการเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนจะเริ่มการเรียนรู้

2. ระยะดำเนินการ (สัปดาห์ที่ 1-12) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 โรคไข้เลือดออกภัยร้ายใกล้ตัว ประเมินก่อนการทดลอง (2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ชีวิตดีดีเมื่อไม่มีไข้เลือดออก แนะนำในวันที่เราป่วยเราทำอะไรได้บ้าง คนในครอบครัวเราทำอะไรได้บ้าง ในวันที่เราป่วยเราและคนในครอบครัวสูญเสียอะไรบ้าง (2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 หาให้เจอ จดให้ถูก แนะนำแหล่งที่พบลูกน้ำยุงลายได้บ่อย แนะนำแหล่งที่ไม่คาดคิดว่าจะพบลูกน้ำยุงลาย (2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 บ้านสะอาด สิ่งแวดล้อมดี ชีวีมีสุข บ้านสวยสะอาด น่าอยู่ ปลอดภัย

ด้วยมือเรา วางแผนการจัดสภาพแวดล้อมบ้านและ
สิ่งแวดล้อมรอบบ้าน (2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 ฟันถึงไหน ไปดูกัน
ติดตามการดำเนินงานตามแผนงานและเป้าหมายที่ตั้งไว้
ภาพถ่ายบ้าน "ก่อน" และ "หลัง" ดำเนินการตามแผน (2
ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 6 มาเตือนภัย
ไข้เลือดออก เปิดเสียงตามสาย/หอกระจายข่าวใน
หมู่บ้าน ให้ความรู้และเตือนเรื่องการทำลายแหล่ง
เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยใช้มาตรการ 5ป.1ข.3ก.
(สัปดาห์ละ 30 นาที)

สัปดาห์ที่ 6-12 กิจกรรมที่ 7 ลูกน้ำอยู่ไหน
สร้างเสริมความเชื่อมั่นตนเองว่าสามารถปฏิบัติการ
ป้องกันลูกน้ำยุงลายได้ (สัปดาห์ละ 30 นาที)

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการดูแล
ตามปกติของพื้นที่ตำบลหนองบัว

3. ระยะประเมินผล (สัปดาห์ที่ 12) สํารวจ
ลูกน้ำตามแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายประจำบ้านตำบลอู่
ป่าด ประเมินพฤติกรรม วิเคราะห์ผลลัพธ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1) เก็บข้อมูล
ทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ประเมินความรู้เรื่องโรค
ไข้เลือดออก สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค
ไข้เลือดออก สร้างรับรู้ถึงความรุนแรงต่อโรคไข้เลือดออก
สร้างการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรค
ไข้เลือดออก สร้างการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรค
ไข้เลือดออก พฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรค
ไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

2. ระหว่างการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1-12)
บันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง บันทึก
กิจกรรม และประเมินตามแบบ

3. หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) ความรู้
เรื่องโรคไข้เลือดออก สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค
ไข้เลือดออก สร้างรับรู้ถึงความรุนแรงต่อโรคไข้เลือดออก
สร้างการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการป้องกันโรค
ไข้เลือดออก สร้างการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันโรค
ไข้เลือดออก พฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรค
ไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ตรวจสอบความ
สมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ทั้งนี้
ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียวกันทั้งกลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน
เฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t – test และ
การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อน
ทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม
เปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t – test
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-223
ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 39 คน มีลักษณะทางประชากรไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.0% และ 56.4%) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-49 ปี สถานภาพสมรส (74.4% และ 79.5%) การศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก รายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท มี

สมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ทั้งสองกลุ่มมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัวเท่ากัน (23.1%) ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นบางครั้ง โดยแหล่งข้อมูลหลักคือ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมาก่อน ความคล้ายคลึงของลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแสดงถึงความเหมาะสมในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรม เนื่องจากไม่มีความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานที่อาจส่งผลต่อตัวแปรที่ศึกษา

2. ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	กลุ่มทดลอง (n=39)	ระดับ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (0-20 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	14.25 ± 2.85	ปานกลาง	14.08 ± 2.73	ปานกลาง	0.17	-0.98 ถึง 1.32	0.684
- หลังทดลอง	18.45 ± 1.68	สูง	14.52 ± 2.65	ปานกลาง	3.93	3.04 ถึง 4.82	<0.001*
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก							
2.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.11 ± 0.73	ต่ำ	2.05 ± 0.78	ต่ำ	0.06	-0.27 ถึง 0.39	0.725
- หลังทดลอง	3.71 ± 0.89	สูง	2.18 ± 0.82	ต่ำ	1.53	1.16 ถึง 1.90	<0.001*
2.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรง (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	3.28 ± 0.88	ปานกลาง	3.24 ± 0.92	ปานกลาง	0.04	-0.35 ถึง 0.43	0.842
- หลังทดลอง	4.55 ± 0.57	สูง	3.32 ± 0.88	ปานกลาง	1.23	0.92 ถึง 1.54	<0.001*

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	กลุ่มทดลอง (n=39)	ระดับ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
2.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	3.42 ± 0.88	ปานกลาง	3.38 ± 0.92	ปานกลาง	0.04	-0.35 ถึง 0.43	0.845
- หลังทดลอง	4.69 ± 0.52	สูง	3.45 ± 0.94	ปานกลาง	1.24	0.92 ถึง 1.56	<0.001*
2.4 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	2.22 ± 0.73	ต่ำ	2.24 ± 0.78	ต่ำ	-0.02	-0.35 ถึง 0.31	0.903
- หลังทดลอง	3.83 ± 0.86	สูง	2.31 ± 0.82	ต่ำ	1.52	1.16 ถึง 1.88	<0.001*
2.5 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	4.04 ± 0.81	มาก	4.01 ± 0.84	มาก	0.03	-0.33 ถึง 0.39	0.872
- หลังทดลอง	4.18 ± 0.72	มาก	4.05 ± 0.80	มาก	0.13	-0.20 ถึง 0.46	<0.001*
3. ด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (1-5 คะแนน)							
- ก่อนทดลอง	3.09 ± 0.83	ปานกลาง	3.11 ± 0.85	ปานกลาง	-0.02	-0.38 ถึง 0.34	0.914
- หลังทดลอง	4.26 ± 0.65	ดีมาก	3.18 ± 0.87	ปานกลาง	1.08	0.76 ถึง 1.40	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) หลังการทดลองคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.45 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 14.52 (ระดับ

ปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 3.93 คะแนน (95% CI: 3.04 ถึง 4.82)

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.71 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.18 (ระดับต่ำ) โดยมีความแตกต่าง 1.53 คะแนน (95% CI: 1.16 ถึง 1.90)

ด้านการรับรู้ความรุนแรง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.55 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 3.32 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.53 คะแนน (95% CI: 0.92 ถึง 1.54)

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.69 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 3.45 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.24 คะแนน (95% CI: 0.92 ถึง 1.56)

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.83 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.31 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 1.52 คะแนน (95% CI: 1.16 ถึง 1.88)

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.18 (ระดับสูง) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 4.05 (ระดับปานกลาง) โดยมีความแตกต่าง 0.13 คะแนน (95% CI: -0.20 ถึง 0.46)

3. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	กลุ่มทดลอง (n=39)	ระดับ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
- ก่อนทดลอง	3.09 ± 0.83	ปานกลาง	3.11 ± 0.85	ปานกลาง	-0.02	-0.38 ถึง 0.34	0.914
- หลังทดลอง	4.26 ± 0.65	ดีมาก	3.18 ± 0.87	ปานกลาง	1.08	0.76 ถึง 1.40	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน (p=0.914) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.09 (ระดับปานกลาง) และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 3.118 (ระดับปาน

กลาง) มีความแตกต่าง -0.02 คะแนน (95% CI: -0.38 ถึง 0.34) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 4.26 (ระดับดีมาก) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 3.18 (ระดับปานกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยมีความแตกต่าง 1.08 คะแนน (95% CI: 0.76 ถึง 1.40)

4. เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ดัชนีลูกน้ำ ยุงลาย	กลุ่มทดลอง (n=39)	ระดับ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=39)	ระดับ	Mean difference	95%CI	p-value
BI = Breteau Index							
ก่อนทดลอง	158.45 ± 35.62	มาก	155.82 ± 37.24	มาก	2.63	-12.74 ถึง 18.00	0.736
หลังทดลอง	68.25 ± 18.45	ปาน กลาง	152.35 ± 36.85	มาก	-84.10	-96.37 ถึง -71.83	<0.001*
CI = Container Index							
ก่อนทดลอง	25.85 ± 5.63	มาก	26.12 ± 5.84	มาก	-0.27	-2.89 ถึง 2.35	0.839
หลังทดลอง	12.35 ± 3.45	ปาน กลาง	25.68 ± 5.72	มาก	-13.33	-15.54 ถึง -11.12	<0.001*

หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง BI ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p=0.736$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 158.45 (ระดับมาก) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 155.82 (ระดับมาก) มีความแตกต่าง 2.63 คะแนน (95% CI: -12.74 ถึง 18.00) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 68.25 (ระดับปานกลาง) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีค่าเฉลี่ย 152.35 (ระดับมาก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีความแตกต่าง -84.10 คะแนน (95% CI: 96.37 ถึง -71.83) และค่า CI ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p=0.839$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 25.85 (ระดับมาก) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 25.12 (ระดับมาก) มีความแตกต่าง -0.27 คะแนน (95% CI: -2.89 ถึง 2.35) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 12.35

(ระดับปานกลาง) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีค่าเฉลี่ย 25.68 (ระดับมาก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีความแตกต่าง -13.33 คะแนน (95% CI: -15.54 ถึง -11.12)

อภิปรายผล

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลอง เป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันตนเองส่งผลให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.25 เป็น 18.45 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรณพัชร วงศ์ธีราพงษ์ (2565) และเกตุศิริ จันทนุสร (2565) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมและยังคงรักษาระดับความรู้ได้ต่อเนื่องแม้ผ่านไป 12 สัปดาห์ ปัจจัยที่ส่งผลให้ความรู้เพิ่มขึ้น การกระตุ้นความตระหนักถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค การ

ออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการลงมือปฏิบัติ การติดตามผลอย่างต่อเนื่องและให้ข้อมูลย้อนกลับ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 2.11) แต่หลังการทดลอง ระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนเป็นระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.71) โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคในพื้นที่ (ค่าเฉลี่ย 3.95) และการรับรู้เกี่ยวกับฝนตกชุกหรืออยู่ในช่วงฤดูฝน (ค่าเฉลี่ย 3.92) 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.28) และหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.55) โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก (ค่าเฉลี่ย 4.69) และการรับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพจากการแพร่ระบาดในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 4.64) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.42) และหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.69) โดยเฉพาะการรับรู้ประโยชน์ของการใช้มาตรการป้องกันโรคในระยะยาว (ค่าเฉลี่ย 4.79) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันในระดับครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 4.77) 4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 2.22) และหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.83) โดยเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับความไม่ใส่ใจหรือความไม่รู้จักวิธีการป้องกันโรคของผู้คนในชุมชน (ค่าเฉลี่ย 3.95) และการรับรู้เกี่ยวกับความขาดความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัวหรือชุมชน (ค่าเฉลี่ย 3.92) 5) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

ไข้เลือดออก ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมากอยู่แล้ว (ค่าเฉลี่ย 4.04) และหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย 4.18) โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถในการใช้วิธีการป้องกัน (ค่าเฉลี่ย 4.42) และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำจากหน่วยงานสาธารณสุข (ค่าเฉลี่ย 4.38) การทดลองนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการทดลองมีประสิทธิภาพในการพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการป้องกันโรค ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากระดับต่ำหรือปานกลางไปสู่ระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักเนื่องจากอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว แต่ก็ยังมีการเพิ่มขึ้นได้ในบางประเด็น

ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น โดยเฉพาะ การใช้มุ้งลวดหรือมุ้งกันยุงขณะนอนหลับ (ค่าเฉลี่ย 4.52) การปิดภาชนะเก็บน้ำอย่างมิดชิด (ค่าเฉลี่ย 4.48) การทำความสะอาดภายในบ้าน (ค่าเฉลี่ย 4.48) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ (2566) พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หลังเข้าร่วมโปรแกรม จินดาพร จันทรเทศ (2565) พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อประชาชนได้รับความรู้และเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันโรค จะเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกัน ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ประชาชนมักเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคที่ง่าย

และสะดวก (เช่น การใช้มุ้ง การปิดภาชนะ) ที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของตนเอง

ดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนตำบลอู่ปะดาก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้ ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย หลังการทดลอง ค่า Breteau Index (BI) ลดลงเป็น 68.25 (S.D. = 18.45) ค่า Container Index (CI) ลดลงเป็น 12.35 (S.D. = 3.85) การเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญทางสถิติ (t -test = -15.85, p -value < .001) ความสอดคล้องกับงานวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ เกตุศิริ จันทนุสร (2565)¹⁵ ที่พบว่าค่าร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรณพัชร วงศ์ธีราพงษ์ (2565) ที่พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานของ สมเกียรติ ศิริรัตนพุกข์ และคณะ (2563) เกี่ยวกับการผสมผสานมาตรการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การลดลงของค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเป็นผลมาจากการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers (2017) ที่กล่าวว่าการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองจะนำไปสู่แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ปัจจัยสำคัญคือการผสมผสานมาตรการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การรักษาระดับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่องเป็นความท้าทายสำคัญ ตามที่ นางลักขณ์ พรหมจันทร์ และคณะ (2564) เสนอแนะ ควรมีการพัฒนากลไกการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การสร้างความ

ยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับประสิทธิภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆ เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลในการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของประชาชน

1.2 ควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อเป็นผู้นำประสานงานและติดตามการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

1.3 ควรมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่มวัย

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท

2.3 ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2565). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย* [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค. เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://ddc.moph.go.th>
- เกตุศิริ จันทนุสร. (2565). *โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลทุ่งใหญ่ อำเภอฟือร์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จารุณี ระบายศรี, กนกรัตน์ ไพฑูรย์, จุฑามาศ ลิ้มสมบูรณ์, กษมาส สันธชัย, และชาโล สาณศิลป์. (2553). การประเมินผลโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่และเวชศาสตร์เขตเมือง. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง*.
- จินดาพร จันทร์เทศ. (2565). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอมะนัง จังหวัดพิจิตร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธีรพัฒน์ สุทธิประภา. (2557). ผลการพัฒนาสถานะแวดล้อม ความรู้และพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ตำบลกุดปลาเค้าและตำบลคุ้มเก่า อำเภอกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 7(1), 147-157. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/520>
- นงลักษณ์ พรหมจันทร์ และคณะผู้วิจัย. (2564). *รายงานสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2564*. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค.
- ปรณพชร วงศ์ธีรพงษ์. (2565). *ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่สวนมะม่วง ตำบลวังทับไทร อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประไพวรรณ ตันประดิษฐ์. (2566). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน*. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. (2567). *สถานการณ์โรคติดต่อฯโดยแมลง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566-2567*. โปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอู่ป่าด. (2566). *สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอู่ป่าด.
- สมเกียรติ ศิริรัตนพุก และคณะผู้วิจัย. (2563). *รายงานการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2563*. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค.
- สำนักกระบวนวิชา. (2566). *สถานการณ์โรคติดต่อฯโดยแมลง* [อินเทอร์เน็ต]. สำนักกระบวนวิชา. เข้าถึงเมื่อ 4 มีนาคม 2568 จาก <https://sites.google.com/view/ruthan/หน้าแรก>



สุทธิพงษ์ นาคมูล. (2556). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้นำ อสม.ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 492-501.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/255118>

สุรศักดิ์ จ้องสละ. (2563). การทบทวนวรรณกรรมผลต่างของปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของสูงและต่ำของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 9(2), กรกฎาคม-ธันวาคม.

อัญชลี ชัยมงคล. (2550). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลพรหมณี อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยมหิดล.

Becker, M. H. (1975). Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-15.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Pearson Education.

Bloom, B. S. (1986). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.

Rogers, E. M. (1976). *Communication and development*. Sage Publications.

World Health Organization. (2020). *Dengue and severe dengue* [Internet]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิง
ของโรงพยาบาลเชียรใหญ่

Development of Nursing Continuous Care Model for Dependent Elderly
Patients in ChianYai Hospital.

นภาพรณ์ บัวพันธ์

Naphaporn Buapan

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: May 1, 2025; Accepted: June 7, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการวิจัยใน 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง และ 3) การประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนา โดยใช้กระบวนการวางแผน-ดำเนินการ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง (Plan-Do-Check-Act: PDCA) และแนวทางวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทีมพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามการพยาบาลต่อเนื่อง แบบประเมินการดูแล และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านพยาบาลหลังจำหน่าย รวมถึงข้อมูลเวชระเบียน

ผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่าระบบบริการยังมีช่องว่างในหลายขั้นตอน เช่น การประเมินที่ไม่ครอบคลุม การขาดแผนจำหน่าย และการส่งต่อที่ไม่เป็นระบบ ในระยะที่ 2 มีการพัฒนารูปแบบที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน โดยเน้นการประเมิน ADL ตั้งแต่แรกรับ การเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลต่อเนื่องกับ รพ.สต. ผลการใช้รูปแบบในระยะที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนในทุกองค์ประกอบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งในด้านการประเมินวางแผน การดูแลทางการพยาบาล การดูแลด้านจิตใจ การให้คำแนะนำ และการส่งต่อสู่ชุมชน ผู้ดูแลมีความมั่นใจและรู้สึกเป็นภาระน้อยลง ขณะที่ทีมพยาบาลสามารถดำเนินการตามแผนได้อย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน จึงควรส่งเสริมให้มีการนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น และพัฒนาต่อยอดในระดับนโยบาย เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่กำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: การพยาบาลต่อเนื่อง, ผู้สูงอายุระยะพึ่งพิง, โรงพยาบาลชุมชน, การดูแลที่บ้าน, PDCA

Abstract

This study employed an action research design with the objective of developing a home-based continuous nursing care model for dependent elderly patients within the context of Chian Yai Community Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. The research was conducted in three phases: (1) assessing the current situation and challenges in caring for dependent elderly patients, (2) developing a continuous nursing care model, and (3) evaluating the outcomes of the implemented model. The study applied the Plan–Do–Check–Act (PDCA) cycle and adopted a Participatory Action Research (PAR) approach. The participants consisted of a multidisciplinary team of nurses, relevant personnel, and caregivers of dependent elderly patients. Both quantitative and qualitative data were collected using various tools, including a questionnaire on continuous nursing care, a caregiver burden assessment, a post-discharge nursing support questionnaire, and inpatient medical records.

Findings from Phase 1 revealed several gaps in the current service system, such as incomplete assessment procedures, the absence of standardized discharge planning, and a lack of structured referral mechanisms. In Phase 2, a care model was developed to integrate hospital and home-based care, with emphasis on early assessment of activities of daily living (ADL), caregiver preparedness before discharge, and coordination with sub-district health-promoting hospitals (HPHs). In Phase 3, the implementation of the model showed statistically significant improvements ($p < 0.05$) in all components, including medical care planning, nursing care, psychological support, health education, and community referral. Caregivers reported increased confidence and reduced burden, while the nursing team was able to implement the care plan more effectively and systematically. The findings indicate that the developed home-based continuous nursing care model is effective in enhancing the quality of care for dependent elderly patients, reducing complications, and strengthening caregiver capacity within the community. It is recommended that this model be adopted by other community hospitals and further developed into policy-level guidelines to meet the growing needs of aging societies.

Keywords : Continuous nursing care, dependent elderly, community hospital, home-based care, PDCA cycle

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะทวีปเอเชียซึ่งมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 58.54 ของผู้สูงอายุทั่วโลก (United Nations, 2024) ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” แล้ว โดยในปี 2566 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” ในอนาคตอันใกล้ ซึ่งเป็นสถานะที่มีผู้สูงอายุเกินร้อยละ 20 ของประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ก่อให้เกิดความท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศ พบว่ามีผู้สูงอายุระยะพึ่งพิงประมาณร้อยละ 21 ของกลุ่มที่ได้รับการประเมิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช รายงานว่าในปีงบประมาณ 2567 ผู้สูงอายุในพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 27.83 ของประชากรทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 48.7 และติดเตียงร้อยละ 0.71 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควบคุมได้ยาก เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ และไตวายเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ครอบครัวจำนวนมากยังไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และขาดความรู้ความสามารถในการดูแลอย่างเหมาะสม ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านขาดความต่อเนื่อง ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากมีภาวะเครียด เหนื่อยล้า และเกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ (ศิริณี

พงษ์ประดิษฐ์, 2556; นันทิกานต์ คำดี & อมรรัตน์ แสงคำ, 2566)

ที่ผ่านมา มีการพัฒนาแบบการดูแลที่เน้นการเสริมทักษะผู้ดูแล การดูแลแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง และการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการดูแลอย่างเหมาะสม (วิยะดา วรรณประเสริฐ & ประราณี เพชรแสงทอง, 2561)

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมและสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุระยะพึ่งพิงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเชียรใหญ่ เพื่อส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถอยู่บ้านอย่างมั่นคงและปลอดภัย

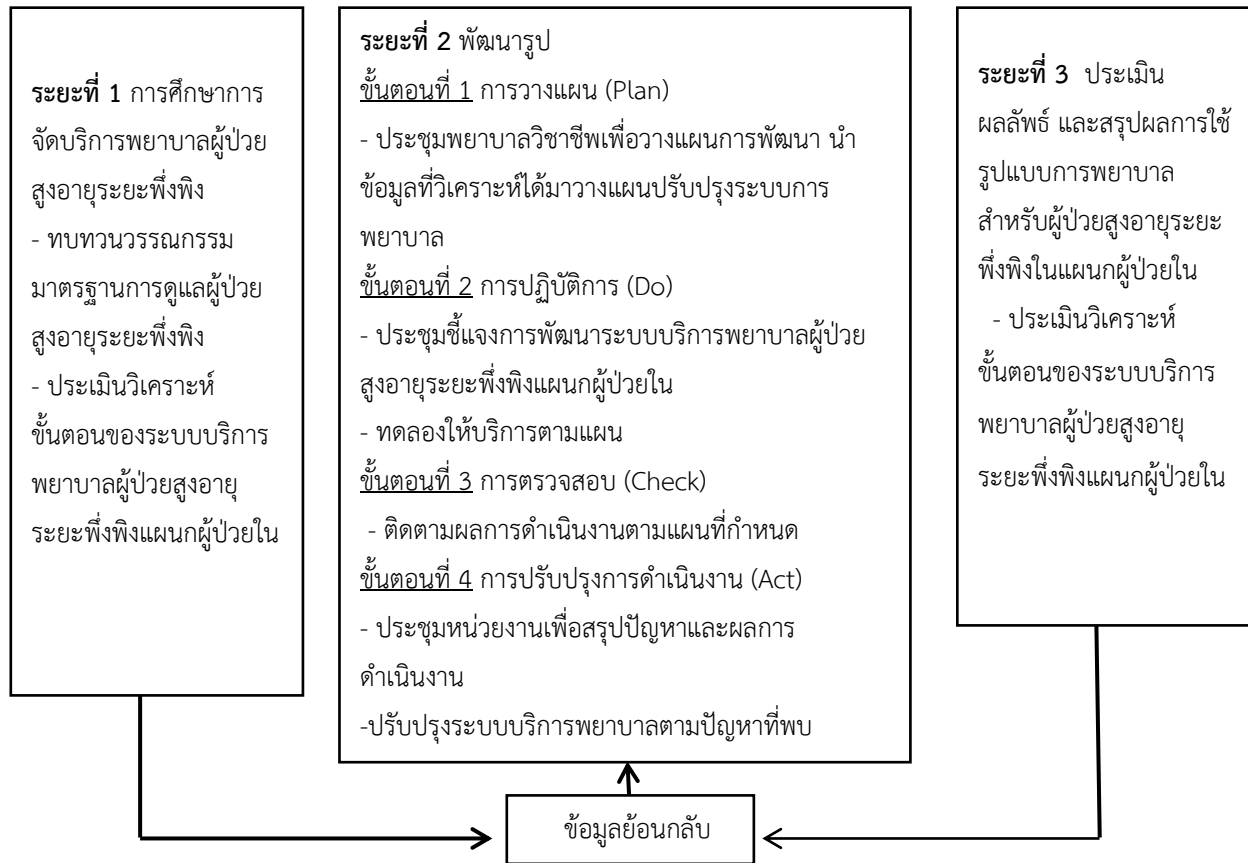
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลในบริบทของกระบวนการดำเนินงานต่อเนื่องแต่ละขั้นตอน ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ
2. เพื่อพัฒนาแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลเชียรใหญ่
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะพึ่งพิง ของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ภายหลังการพัฒนา

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ของ Kemmis & McTaggart แนวทาง

ในการดำเนินงาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย บทความวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง แบ่งการดำเนินงาน ออกเป็น 3 ระยะ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งกระบวนการออกเป็น 3 ระยะ และ 4 ขั้นตอน ตามวงจรปฏิบัติการวิจัย (Research Cycle) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2567 – มิถุนายน 2568

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของการดูแลต่อเนื่งที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง

โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานการดูแลต่อเนื่งที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง ร่วมกับการถอดบทเรียน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่งที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะยะฟ้งฟ้ง ใช้กระบวนการพัฒนา ด้านการวางแผน (Plan) การดำเนินการ (Do) การติดตาม (Check) และการปรับปรุง (Act)

ระยะที่ ๓ ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาล
ต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความ
ต้องการของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วย
ระยะฟุ้งฟิง โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการ
ปฏิบัติงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ร่วมกับ
การถอดบทเรียน ประชากรศึกษาประกอบด้วย คือ
คณะทำงาน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุ ของกลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานบริการ
ปฐมภูมิและองค์กรรวม ผู้รับผิดชอบผู้สูงอายุเครือข่าย
สุขภาพโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ดำเนินการในช่วงเดือน
กุมภาพันธ์ 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2568 จำนวน 12 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง
ที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง ใช้
กระบวนการพัฒนา ประชากรประกอบด้วย คณะทำงาน
และพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
4 คน และพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยใน 20 คน
ปฏิบัติงานในช่วงเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน
2568 รวม 23 คน

ระยะที่ ๓ ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาล
ต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุระยะฟุ้งฟิง ประชากร
ประกอบด้วย ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ
ฟุ้งฟิงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่เข้า
รับการรักษานในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียรใหญ่
ในช่วงเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือนมิถุนายน 2568
จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2
ประเภท ได้แก่ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล และ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดย

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับ
วัตถุประสงค์ของการศึกษา และผ่านการตรวจสอบความ
เหมาะสม ความชัดเจน และความตรงของเนื้อหาโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านเวชกรรม การ
พยาบาล และสาธารณสุข

เครื่องมือประเภทแรกคือ เครื่องมือที่ใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ฉบับ
ฉบับแรกเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุระยะ
ฟุ้งฟิง ซึ่งใช้เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพของ
โรงพยาบาลเชียรใหญ่ แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วย
2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ
แบบสอบถาม และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ
การดำเนินงานด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน
5 ประเด็น โดยใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประเมิน
ความถี่ (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ “ปฏิบัติ
เป็นประจำ” ถึง “ไม่เคยปฏิบัติ” ให้คะแนนตั้งแต่ 5 ถึง
1 ตามลำดับ การแปลผลใช้วิธีอัตราส่วน โดยกำหนด
ระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้องปรับปรุง
(1.00–2.33), ระดับปานกลาง (2.34–3.67) และระดับดี
(3.68–5.00) แบบสอบถามฉบับที่สองใช้สำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ส่วนที่ 2 ประเมินระดับ
การได้รับการสนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน
จากพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โดยมี 5
ประเด็นการประเมิน ใช้มาตราส่วนประเมินความถี่ 5
ระดับเช่นเดียวกับฉบับแรก และส่วนที่ 3 เป็นแบบ
ประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง โดยใช้
แบบประเมิน Zarit Burden Interview ฉบับย่อ (12
ข้อ) ซึ่งมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach’s
Alpha) เท่ากับ 0.88 แสดงถึงความเชื่อมั่นในระดับดี
แบบประเมินนี้มีการให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 โดยแปล

ผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ภาระระดับน้อย (0-10 คะแนน), ภาระระดับปานกลาง (11-20 คะแนน), ภาระระดับมาก (21-30 คะแนน) และภาระระดับมากที่สุด (31-48 คะแนน)

เครื่องมือประเภทที่สองคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งใช้สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ของการศึกษา โดยเป็นแนวคำถามสำหรับการประชุมกลุ่มร่วมกับคณะทำงาน และการเก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยชุดเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและโปรแกรม Hos-XP, แบบสำรวจขั้นตอนกระบวนการจัดการบริการพยาบาลต่อเนื่องในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ และแบบวิเคราะห์ความสูญเสียเปล่าและแนวทางลดความสูญเสียเปล่าในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน รวมถึงแนวคำถามปลายเปิดสำหรับการประชุมกลุ่มซึ่งครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค แนวทางการจัดการ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน เครื่องมือทั้งหมดนี้ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และอาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ได้จริงในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยจำแนกตามลักษณะของข้อมูลและวัตถุประสงค์ของแต่ละระยะของการวิจัย ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสรุป

ค่าต่าง ๆ ของตัวแปรหลัก ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และคะแนนต่ำสุด-สูงสุด (Min-Max)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อตรวจสอบสมมติฐานและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนา ดังนี้ การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed-Ranks Test) ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านก่อนและหลังการพัฒนาแบบเนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลแบบจับคู่ (paired data) ที่ไม่เป็นอิสระ และข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ (Non-parametric Test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามหนังสือรับรองเลขที่ NSTPH 21/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด มีการขอความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล และให้ความเคารพในสิทธิ ความลับ และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายตลอดระยะเวลาการศึกษา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุนะพียง โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วย ร่วมกับการถอดบทเรียน ผลการศึกษา ดังนี้

ข้อมูลจากบันทึกจากประวัติแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยสูงอายุนะพียง แฟ้มเวชระเบียน

ผู้ป่วยใน และโปรแกรม Hos-XP พบว่า ข้อมูลสำคัญที่สะท้อนถึงระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหลากหลายมิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งหมด 17 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะติดบ้าน จำนวน 8 ราย และติดเตียง จำนวน 9 ราย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ล้วนแล้วแต่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและการดำรงชีวิตประจำวันในระดับสูง ในด้านภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วย 9 รายจากทั้งหมดมีภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพเดิม ขณะที่ 8 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสัดส่วนเกือบครึ่งต่อครึ่งนี้แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงโรครวมและปัจจัยเสี่ยงที่ซับซ้อน ทั้งนี้จำนวนผู้ที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันมีเพียง 2 รายเท่านั้น แสดงถึงแนวโน้มเชิงบวกในการรักษาและการติดตามหลังจำหน่าย แม้ว่าจะยังต้องพิจารณาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การเข้าถึงบริการหลังจำหน่ายและการดูแลในครอบครัว เมื่อพิจารณาเรื่องจำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีจำนวนวันนอนที่แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 9.94 วันต่อราย ซึ่งค่อนข้างนานในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุ

การสำรวจขั้นตอนกระบวนการงานจัดบริการพยาบาลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุระยะพียง ในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมินแรกรับ การพยาบาลต่อเนื่อง การจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการสรุปเวชระเบียนหลังจำหน่าย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีผู้รับผิดชอบและระยะเวลาดำเนินงานที่ชัดเจน แต่กลับพบว่าเมื่ออุปสรรคสำคัญที่เป็นข้อจำกัดต่อการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ในขั้นตอนแรก “การประเมินแรกรับและการวางแผนการดูแล” ซึ่งดำเนินการโดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าของไข้ภายใน 1-7 วันแรกของการนอนโรงพยาบาล พบว่าการประเมินยังขาดรูปแบบมาตรฐานที่ชัดเจน โดยเฉพาะการใช้แบบประเมิน Barthel ADL ซึ่งเป็น

เครื่องมือสำคัญสำหรับประเมินระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ยังไม่ถูกนำมาใช้ในเวชระเบียนอย่างทั่วถึง ส่งผลให้การวางแผนการดูแลขาดความครอบคลุม และจำกัดการพัฒนาการฟื้นฟูตามศักยภาพของผู้ป่วย ในขั้นตอนที่สอง “การพยาบาลต่อเนื่องในระหว่างการรักษา” แม้ว่าทีมแพทย์และพยาบาลจะมีบทบาทในการดูแลภาวะเจ็บป่วยตลอดช่วงการรักษา แต่กลับพบปัญหาสำคัญ คือ ขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุระยะพียงที่นอนโรงพยาบาล อีกทั้งยังมีการที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากไม่มีแบบแผนที่แน่นอนสำหรับการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งมักมีผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้ขาดทักษะและความรู้ในการดูแลภายหลังออกจากโรงพยาบาล ต่อมาในขั้นตอน “การจำหน่ายผู้ป่วย” ซึ่งพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ดำเนินการในช่วงวันที่ 5-7 ของวันนอน พบว่าการจำหน่ายยังไม่มีรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และขาดการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ ขณะเดียวกัน บางกรณีไม่มีการสอนทักษะการดูแลต่อเนื่องให้กับญาติหรือผู้ดูแล และในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยชีวิต เช่น เครื่องออกซิเจนหรือเครื่องดูดเสมหะ ญาติไม่สามารถจัดหาได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาต่อโดยไม่จำเป็น ทั้งยังพบว่าผู้ดูแลจำนวนหนึ่งรู้สึกไม่มั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้การจำหน่ายล่าช้าและส่งผลกระทบต่อทรัพยากรเตียงในโรงพยาบาล ในขั้นตอนสุดท้าย “การสรุปเวชระเบียนและการลงข้อมูล” ดำเนินการหลังจำหน่ายภายใน 1-2 วัน พบว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ มักไม่มีการนำเวชระเบียนเดิมกลับมาทบทวนในทุกกรณี ทำให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมและไม่สามารถติดตามผลการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ แบบประเมินที่เกี่ยวข้องกับ

ผู้สูงอายุ เช่น แบบประเมิน ADL หรือแผนการจำหน่าย มักไม่สมบูรณ์หรือขาดตอน ส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูล ในการวางแผนการดูแลภายหลัง

แบบสำรวจขั้นตอนกระบวนการงานจัดบริการ พยาบาลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะพียง ใน โรงพยาบาลเชียรใหญ่ พบว่ากระบวนการทั้งหมด ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินแรกรับ การพยาบาลดูแลต่อเนื่อง การจำหน่ายและการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน และการสรุปเวชระเบียน โดยได้มีการ สำรวจปัญหาและระบุจุดที่พบความสูญเสียในแต่ละ ขั้นตอน พร้อมเสนอแนวทางปรับปรุงเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของกระบวนการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ใน กิจกรรมแรก คือ การประเมินแรกรับ พบความสูญเสีย เนื่องจากแบบประเมินที่ใช้อยู่ยังไม่ครอบคลุมการ ประเมินด้านความสามารถในการดำเนินกิจวัตร ประจำวัน (ADL) ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผน ดูแลผู้สูงอายุนะพียง แม้จะมีแบบประเมินแรกรับ ตามมาตรฐานอยู่แล้ว แต่การขาดคะแนน ADL ทำให้ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อขาดความชัดเจน ดังนั้น แนวทางในการลดความสูญเสียคือการปรับปรุง แบบประเมินแรกรับให้ครอบคลุมคะแนน ADL ตั้งแต่ต้น เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วนและไม่ต้องประเมินซ้ำในภายหลัง ในกิจกรรมที่สอง คือ การพยาบาลดูแลต่อเนื่อง ไม่พบ ความสูญเสียที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังคงมีโอกาส พัฒนาในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลการประเมิน และการ วางแผนระหว่างทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ การดูแลมีความต่อเนื่องและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สำหรับกิจกรรมที่สาม คือ การจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พบความสูญเสีย ที่สำคัญ เนื่องจากแผนการจำหน่ายมักจัดทำในช่วง ท้ายของการนอนโรงพยาบาล ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอใน การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ ผู้ดูแล หรือการส่ง

ต่อข้อมูลให้ทีมชุมชน แนวทางแก้ไขคือการจัดทำ แผนการจำหน่ายตั้งแต่วันแรกของการแรกรับ ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินความพร้อมและวางแผนล่วงหน้าได้ อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมสุดท้าย คือ การสรุปเวช ระเบียน พบปัญหาในเรื่องของข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน และ ไม่มีระบบติดตามที่เป็นรูปธรรม ทำให้การนำข้อมูลไปใช้ ในการดูแลต่อเนื่องหรือติดตามผู้ป่วยในกรณีที่เกิดกลับมา รักษาซ้ำทำได้ยาก แนวทางการพัฒนาคือการนำระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) เข้ามาช่วยจัดเก็บและเรียกดู ข้อมูลแทนการบันทึกแบบกระดาษ ซึ่งจะช่วยลดภาระ งานซ้ำซ้อน เพิ่มความถูกต้อง และอำนวยความสะดวก ในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมดูแล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง ที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะพียง เป็นกระบวนการ ที่มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยหลัง จำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ใน ระยะพียง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม โดยใช้กระบวนการพัฒนา แบบ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อพัฒนาและ ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผน (Plan) ในระยะ เริ่มต้น มีการประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อ วิเคราะห์ปัญหาจากเวชระเบียน การประเมิน ADL ที่ยังไม่ทั่วถึง การจำหน่ายที่ไม่มีแผนรองรับ และผู้ดูแลที่ขาด ความมั่นใจ จากนั้นจึงออกแบบแนวทางพัฒนารูปแบบ บริการพยาบาลต่อเนื่องให้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน แรกรับ การสื่อสารกับผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมด้าน อุปกรณ์ ไปจนถึงการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2: การปฏิบัติการ (Do) มีการประชุม ชี้แจงกับบุคลากรในแผนกผู้ป่วยในถึงแนวทางการ ดำเนินการตามรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น พร้อมเริ่มทดลอง

ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจริง โดยประเมินประสิทธิภาพผ่าน 2 เครื่องมือสำคัญ ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านพยาบาลต่อเนื้องที่บ้าน เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลในช่วงแรกก่อนโรงพยาบาลและก่อนจำหน่าย เพื่อวัดความพร้อมและการเตรียมการดูแล
2. ระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญสะท้อนถึงคุณภาพของรูปแบบการดูแลต่อเนื้อง โดยเก็บข้อมูลก่อนจำหน่าย และติดตามอีกครั้งหลังผู้ป่วยกลับบ้านครบ 4 สัปดาห์

การทดลองใช้รูปแบบนี้ช่วยให้เห็นผลลัพธ์จริงทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3: การตรวจสอบ (Check) ดำเนินการติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ โดยพิจารณาว่าแนวทางที่วางไว้สามารถปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลหรือไม่ เช่น มีแผนจำหน่ายในระยะเวลาหรือไม่ ผู้ดูแลได้รับการสอนก่อนกลับบ้านหรือไม่ และข้อมูลที่ส่งต่อให้ รพ.สต. มีความครบถ้วนหรือไม่ รวมถึงเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังจากใช้รูปแบบ ว่ามีการลดภาระผู้ดูแล และเพิ่มความพร้อมด้านการดูแลหรือไม่

ขั้นตอนที่ 4: การปรับปรุง (Act) หลังจากรวบรวมผลลัพธ์ มีการจัดประชุมสรุปร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งพยาบาล แพทย์ และทีมสหวิชาชีพ เพื่อสะท้อนปัญหา ปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน เช่น กำหนดแบบประเมิน ADL ให้เป็นมาตรฐาน เพิ่มการให้คำแนะนำกับผู้ดูแลก่อนจำหน่าย และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. รวมถึงพิจารณาใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มความรวดเร็วและแม่นยำในการติดตามผล

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์วิเคราะห์ข้อมูล ความแตกต่าง และสรุปผลการใช้รูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะพียงพียงในแผนกผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรูปแบบการพยาบาลต่อเนื้องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะพียงพียง ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ซึ่งเป็นสถิติที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มข้อมูลที่ไม่เป็นอิสระกัน ผลการศึกษาพบว่าในทุกองค์ประกอบของรูปแบบการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยองค์ประกอบที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญได้แก่ การประเมินวางแผนการรักษาและดูแลทางการแพทย์ ($Z = -3.62, p < 0.001$) การดูแลทางการพยาบาล ($Z = -3.73, p < 0.001$) การดูแลด้านจิตใจ ($Z = -2.35, p = 0.019$) การให้คำแนะนำ ($Z = -3.48, p = 0.001$) และการส่งต่อดูแลต่อเนื้องสู่ชุมชน ($Z = -4.00, p < 0.001$) ทั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาในทุกด้านสูงขึ้นจากการพัฒนาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการประเมินวางแผน การดูแลทางการพยาบาล และการให้คำแนะนำ ซึ่งเปลี่ยนระดับจาก "ปานกลาง" เป็น "ดี" แสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื้องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะพียงพียงของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพในเชิงประจักษ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะฟ้งฟง สำหรับสำหรับเจ้าหน้าที่ และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Wilcoxon Signed Ranks Test

รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย สูงอายุระยะฟ้งฟงในโรงพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (2-tailed)
	M	S.D.	แปลผล	M	S.D.	แปลผล		
1. การประเมินวางแผนการรักษา และดูแลทางการแพทย์ ในผู้ป่วย สูงอายุระยะฟ้งฟงก่อนจำหน่ายดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	2.84	0.62	ระดับ ปานกลาง	3.91	0.49	ระดับดี	-3.62	<0.001
2. การดูแลทางการพยาบาล	3.18	0.57	ระดับ ปานกลาง	3.91	0.22	ระดับดี	-3.73	<0.001
3. การดูแลด้านจิตใจ	3.61	0.98	ระดับ ปานกลาง	4.04	0.47	ระดับดี	-2.35	0.019
4. การให้คำแนะนำ	3.04	0.88	ระดับ ปานกลาง	4.13	0.46	ระดับดี	-3.48	0.001
5. การส่งต่อดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน	2.80	0.89	ระดับ ปานกลาง	3.63	0.46	ระดับ ปานกลาง	-4.00	<0.001

การเปรียบเทียบระดับการได้รับการสนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุระยะฟ้งฟง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการให้บริการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ซึ่งเหมาะสมกับข้อมูลที่ไม่เป็นอิสระ ผลการวิเคราะห์พบว่าทุกด้านของการพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการพัฒนา (p-value < 0.001 ใน 4 ด้าน และ p = 0.001 ในอีก 1 ด้าน) สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างชัดเจน ในด้านการประเมินวางแผนการรักษาและดูแลทางการแพทย์ก่อนจำหน่าย ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.25 (S.D. = 0.66) ซึ่งอยู่ในระดับต้องปรับปรุง เป็น 3.20 (S.D. = 0.38) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าสถิติ Z = -3.69 และ p-value < 0.001 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแล

ได้รับการมีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น ส่วนด้านการดูแลทางการพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.04 (S.D. = 0.56) เป็น 3.34 (S.D. = 0.18) พร้อมค่า Z = -3.93 และ p-value < 0.001 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาได้ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น สำหรับด้านการดูแลด้านจิตใจ ซึ่งถือเป็นมิติที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 1.85 (S.D. = 0.59) ซึ่งถือว่าต้องปรับปรุงอย่างมาก แต่หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.70 (S.D. = 0.47) ในระดับดี โดยมีค่าสถิติ Z = -3.98 และ p-value < 0.001 แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของรูปแบบในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการให้คำแนะนำ ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 2.08 (S.D. = 0.65) เป็น 3.35 (S.D. =

0.40) จากระดับต้องปรับปรุงเป็นระดับปานกลาง โดยมีค่าสถิติ $Z = -3.86$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ดูแลได้รับข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์มากขึ้น ขณะที่ด้านการส่งต่อดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน แม้ค่าเฉลี่ยจะยังอยู่ในระดับปานกลางหลังการทดลอง (M

$= 2.78$, $S.D. = 0.34$) แต่ก็เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ($M = 2.00$, $S.D. = 0.68$) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.34$, $p\text{-value} = 0.001$) แสดงให้เห็นว่ามีการประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ระบบบริการชุมชนได้ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการได้สนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง ก่อนและหลังการพัฒนา ใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Wilcoxon Signed Ranks Test

รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วย สูงอายุระยะฟุ้งฟิงในโรงพยาบาล	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (2-tailed)
	M	S.D.	แปลผล	M	S.D.	แปลผล		
1. การประเมินวางแผนการรักษา และดูแลทางการแพทย์ ในผู้ป่วย สูงอายุระยะฟุ้งฟิงก่อนจำหน่ายดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	2.25	0.66	ระดับต้อง ปรับปรุง	3.20	0.38	ระดับ ปานกลาง	-3.69	<0.001
2. การดูแลทางการแพทย์	2.04	0.56	ระดับต้อง ปรับปรุง	3.34	0.18	ระดับ ปานกลาง	-3.93	<0.001
3. การดูแลด้านจิตใจ	1.85	0.59	ระดับต้อง ปรับปรุง	3.70	0.47	ระดับดี	-3.98	<0.001
4. การให้คำแนะนำ	2.08	0.65	ระดับต้อง ปรับปรุง	3.35	0.40	ระดับ ปานกลาง	-3.86	<0.001
5. การส่งต่อดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน	2.00	0.68	ระดับต้อง ปรับปรุง	2.78	0.34	ระดับ ปานกลาง	-3.34	0.001

อภิปรายผลการวิจัย

ระบบบริการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง ของโรงพยาบาลในบริบทของกระบวนการดำเนินงานต่อเนื่องแต่ละขั้นตอน ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการ จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง จำนวน 17 ราย พบว่า มีผู้ป่วยติดบ้าน 8 ราย และติดเตียง 9 ราย แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและความต้องการ

ในการฟุ้งฟิงการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ

ปิยะวรรณ จิตต์จำนง (2564) ที่ระบุว่า ผู้สูงอายุในภาวะฟุ้งฟิงมักประสบปัญหาด้านร่างกายและการทำงานวัตรประจำวัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งจากระบบบริการสุขภาพและครอบครัว เมื่อพิจารณาภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วย 9 รายมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม ในขณะที่อีก 8 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดการ

โรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญในระบบการดูแล
ผู้สูงอายุนะพียงพียง สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุษณี
วงศ์ชัยวรกุล และคณะ (2563) ที่พบว่า โรคร่วม เช่น
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง
เป็นปัจจัยที่เพิ่มความซับซ้อนในการดูแลและต้องใช้แนว
ทางการประเมินแบบองค์รวม อัตราการกลับมารักษาซ้ำ
ภายใน 28 วันมีเพียง 2 ราย หรือคิดเป็นประมาณ
11.76% ซึ่งถือว่าต่ำเมื่อเทียบกับงานวิจัยของ อัจฉรา
หงษ์ทอง (2562) ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุนะพียงพียง
ในจังหวัดสระบุรี พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน
30 วันอยู่ที่ประมาณ 20% ผลการศึกษาชี้สะท้อนถึง
แนวโน้มที่ดีของการดูแลต่อเนื่องและการวางแผน
จำหน่ายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อมีการ
ประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและ
ครอบครัว จำนวนวันนอนเฉลี่ย 9.94 วันต่อราย บ่งชี้ถึง
ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ที่
ยาวนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลจาก
การศึกษาของ สุกัญญา เกิดเรือง (2561) ที่รายงานว่า
ผู้สูงอายุนะพียงพียงมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 10.2 วันใน
โรงพยาบาลชุมชน การนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานอาจ
เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสีย
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หากไม่มีการฟื้นฟู
ที่เหมาะสม ข้อมูลที่ได้จากระบบ Hos-XP และเวช
ระเบียนจึงเป็นหลักฐานสำคัญในการวางแผนการดูแล
เชิงระบบที่เชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพ โรงพยาบาล
ครอบครัว และชุมชน โดยควรส่งเสริมการพัฒนารูปแบบ
การดูแลต่อเนื่องที่ตอบสนองต่อบริบทของผู้สูงอายุนะพียงพียง
ละราย เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาระของระบบ
สุขภาพโดยรวม

จากการสำรวจขั้นตอนกระบวนการงานการ
จัดการพยาบาลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุนะพียงพียง
พียงพียงในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ พบว่าการดูแล
ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินแรกรับ
การพยาบาลดูแลต่อเนื่อง การจำหน่ายและการดูแล
ต่อเนื่องที่บ้าน และการสรุปเวชระเบียน ซึ่งสะท้อน
ภาพรวมของกระบวนการจัดการผู้สูงอายุนะพียงพียง
และความสูญเสียเปล่าบางประการ โดยเฉพาะในด้านการ
วางแผนและการสื่อสารข้อมูลต่อเนื่องในระบบบริการ
สุขภาพ กิจกรรมแรก คือการประเมินแรกรับ พบปัญหา
สำคัญในเรื่องการไม่ครอบคลุมข้อมูลด้านความสามารถ
ในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญต่อ
การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อผู้สูงอายุนะพียงพียง
งานวิจัยของ ชนิดา ชัยวรรณ และคณะ (2562)
สนับสนุนข้อค้นพบนี้ โดยระบุว่าแบบประเมิน ADL ควร
ถูกบูรณาการในระบบการประเมินตั้งแต่แรกเข้าเพื่อให้
ทีมสหวิชาชีพสามารถวางแผนการฟื้นฟูและจำหน่ายได้
อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในกิจกรรมการ
พยาบาลดูแลต่อเนื่อง แม้ไม่พบความสูญเสียชัดเจน แต่
ยังพบโอกาสในการพัฒนา โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร
และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมสหวิชาชีพ งานวิจัย
ของ ภัทรพร ศรีสมวงศ์ และคณะ (2564) พบว่าการ
ประสานงานที่ดีระหว่างทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ
สามารถลดความซ้ำซ้อนในการดูแลและเพิ่มประสิทธิภาพ
ของการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุนะพียงพียง

กิจกรรมที่สาม คือ การจำหน่ายและการดูแล
ต่อเนื่องที่บ้าน พบว่าการจัดทำแผนการจำหน่ายในช่วง
ท้ายของการรักษาส่งผลให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการ
เตรียมการและส่งต่อข้อมูล ซึ่งเป็นปัญหาที่มีลักษณะ
คล้ายกับผลการศึกษาของ นฤมล พงศ์สุวรรณ (2561) ที่

พบว่าการจัดทำ discharge plan ตั้งแต่วันแรกของการแรกรับช่วยลดปัญหาการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สุดท้ายกิจกรรมการสรุปเวชระเบียนยังพบปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่มีการติดตามที่เป็นระบบ งานวิจัยของ วัชรภรณ์ วงศ์คำ และคณะ (2565) ชี้ว่า การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาบูรณาการในกระบวนการบันทึกและติดตามผู้ป่วยสามารถเพิ่มความถูกต้องของข้อมูลและเอื้อต่อการส่งต่ออย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสรุป การพัฒนากระบวนการจัดบริการพยาบาลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะพียงพงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประเมินอย่างครอบคลุม การวางแผนการจำหน่ายที่เป็นระบบตั้งแต่วันแรก การสื่อสารระหว่างทีมอย่างบูรณาการ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างยั่งยืน ทั้งนี้จะช่วยลดความสูญเสียและยกระดับคุณภาพบริการในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของประเทศไทย

จากการดำเนินการในระยะที่ 2 ของการพัฒนากระบวนการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะพียงพง ซึ่งใช้กระบวนการ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกรอบในการพัฒนาและประเมินผลอย่างเป็นระบบ พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและลดภาระของผู้ดูแลได้จริงในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ในขั้นตอน Plan (การวางแผน) มีการระบุปัญหาเชิงระบบ ได้แก่ การประเมิน ADL ที่ยังไม่ทั่วถึง การไม่มีแผนจำหน่าย และผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโดย วัลย์ลดา ทองสุก (2561) ที่ชี้ว่าการไม่มีการวางแผนจำหน่ายที่เป็นระบบทำให้เกิดช่องว่างในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่พร้อมและเพิ่มความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ ในขั้นตอน

Do (การปฏิบัติ) มีการทดลองใช้รูปแบบบริการใหม่ โดยเน้นการสนับสนุนผู้ดูแลผ่านการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย รวมถึงการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลก่อนและหลังการดูแลที่บ้าน ซึ่งแนวทางนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล พงศ์สุวรรณ (2561) ที่เสนอว่าการเตรียมผู้ดูแลล่วงหน้าผ่านการสื่อสารอย่างเป็นระบบ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตก และยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ในขั้นตอน Check (การตรวจสอบ) มีการติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ และประเมินว่ากระบวนการดูแลสามารถนำไปใช้จริงได้ในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ เช่น มีแผนจำหน่ายชัดเจน ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน และข้อมูลการส่งต่อครบถ้วน ซึ่งแนวทางนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรรณภา กิตติสกุลชัย (2564) ที่ระบุว่ามีการมีระบบติดตามหลังจำหน่ายอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุ ในขั้นตอน Act (การปรับปรุง) มีการปรับปรุงกระบวนการอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การกำหนดแบบประเมิน ADL ให้เป็นมาตรฐาน การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล และการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ ศิริลักษณ์ ทองรอด และคณะ (2565) ที่พบว่ากระบวนการเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลและติดตามผู้ป่วย สามารถลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความถูกต้อง และส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมโรงพยาบาลและ รพ.สต. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบต่าง ๆ ในรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุนะพียงพง ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ซึ่งเหมาะสมกับข้อมูลที่ไม่เป็นอิสระ พบว่าในทุก



องค์ประกอบมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะด้านการประเมินวางแผน การดูแลทางการพยาบาล และการให้คำแนะนำที่เปลี่ยนระดับจาก “ปานกลาง” เป็น “ดี” ซึ่งสะท้อนผลสัมฤทธิ์ที่ชัดเจนของกระบวนการพัฒนา ผลการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพาวรรณ แก้วกันทา และคณะ (2563) ซึ่งดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในเขตชนบท โดยพบว่าหลังการดำเนินงานตามแผนที่มีระบบการประเมินและส่งต่อที่ชัดเจน ทำให้คุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยของวรรณ กิตติสกุลชัย (2564) ที่แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการวางแผน การสื่อสารกับผู้ดูแล และการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ปรากฏในผลการศึกษาของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ อีกทั้งผลการศึกษานี้ยังสะท้อนข้อเสนอของ อารยา ศรีรักษา และคณะ (2565) ที่เน้นว่าการใช้กระบวนการประเมินและพัฒนารูปแบบบริการอย่างเป็นระบบ โดยมีเครื่องมือวัดผลชัดเจน เช่น การวิเคราะห์เชิงสถิติ และการประเมินผลโดยตรงจากผู้ให้บริการ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลและทำให้เกิดการปรับปรุงต่อเนื่องในเชิงนโยบายระดับโรงพยาบาล โดยสรุป การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบที่ศึกษา แสดงถึงประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้งด้านคลินิกและการจัดการข้อมูล ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะฟุ้งฟิงในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผลการเปรียบเทียบระดับการได้รับการสนับสนุนด้านการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยสูงอายุระยะฟุ้งฟิง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test แสดงให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติของการดูแล ($p < 0.001$ ใน 4 ด้าน และ $p = 0.001$ ในอีก 1 ด้าน) ผลลัพธ์นี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการพัฒนา ที่สามารถยกระดับการดูแลจาก “ต้องปรับปรุง” ไปสู่ระดับ “ปานกลาง” หรือ “ดี” ในหลายองค์ประกอบ โดยเฉพาะในมิติที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ การสื่อสาร และการดูแลด้านจิตใจ ด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัดที่สุด ได้แก่ การดูแลด้านจิตใจ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.85 เป็น 3.70 และมีค่าสถิติ $Z = -3.98$, $p < 0.001$ แสดงถึงความสำเร็จของรูปแบบการพัฒนาในการส่งเสริมความมั่นใจ ลดความเครียด และให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณ จันทร์เขียว และคณะ (2562) ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่ดีไม่ควรจำกัดเฉพาะด้านกายภาพเท่านั้น แต่ต้องบูรณาการการดูแลทางอารมณ์และจิตใจควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดความสมดุลในระบบสนับสนุนที่บ้าน ในมิติของการประเมินวางแผนการรักษาและดูแลทางการแพทย์ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.25 เป็น 3.20 ($Z = -3.69$, $p < 0.001$) สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมที่มากขึ้นของผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลตั้งแต่ก่อนจำหน่าย ซึ่งคล้ายกับข้อค้นพบของ นฤมล พงศ์สุวรรณ (2561) ที่ชี้ว่าการมีแผนการจำหน่ายและดูแลที่ชัดเจนตั้งแต่ต้นช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถเตรียมความพร้อมและลดความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาในด้าน การดูแลทางการพยาบาล และการให้คำแนะนำ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ($Z = -3.93$ และ -3.86)



ตามลำดับ, $p < 0.001$) ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธา พันธุ์วิเศษ (2563) ซึ่งเน้นว่าการให้ข้อมูลและแผนการดูแลที่เข้าใจง่าย มีระบบติดตามที่ชัดเจน และมีกระบวนการประเมินซ้ำหลังจำหน่าย สามารถเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแลและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลที่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญ สุดท้าย ด้านการส่งต่อดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน ซึ่งมีการพัฒนาอย่างชัดเจน ($Z = -3.34$, $p = 0.001$) สะท้อนถึงการเชื่อมโยงระหว่างบริการในโรงพยาบาลกับระบบบริการปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งตรงกับข้อเสนอของ ศิริลักษณ์ ทองรอด และคณะ (2565) ที่ระบุว่าการจัดระบบส่งต่อด้วยข้อมูลที่ครบถ้วน และทันเวลา ช่วยให้ รพ.สต. และครอบครัวสามารถสานต่อการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะพียงพียงโดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการประเมิน การวางแผน การดูแล และการส่งต่อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน และควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลระดับอำเภอทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ส่งเสริมการใช้รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านเป็นแนวทางมาตรฐานในโรงพยาบาลระดับอำเภอ จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนะพียงพียงและลดภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ โรงพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบดังกล่าวไปปรับใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน โดยเน้นกระบวนการ PDCA ตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้บริการพยาบาลต่อเนื่องมีความครอบคลุมและยั่งยืน

2. พัฒนาเครื่องมือประเมินและระบบข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพระดับชุมชน ผลการศึกษาเน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. จึงควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศที่สามารถบันทึกประมวลผล และส่งต่อข้อมูลที่จำเป็น เช่น แบบประเมิน ADL แผนการจำหน่าย และคำแนะนำการดูแล เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลและลดความซ้ำซ้อนในการทำงานของทีมสุขภาพ

3. จัดอบรมเสริมศักยภาพแก่ผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุขในด้านการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าด้านจิตใจและการให้คำแนะนำมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างเด่นชัด หลังจากการพัฒนา ควรมีการจัดอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่องในด้านการสื่อสาร การประเมินสุขภาพจิต และการให้คำแนะนำเชิงรุก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในมิติร่างกาย อารมณ์ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่และหลากหลายมากขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการทั่วไปของผลการวิจัย ควรดำเนินการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจากหลายพื้นที่หรือหลายโรงพยาบาลที่มีบริบทต่างกัน ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและประสิทธิภาพของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย
2. ศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาวของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะเน้นผลลัพธ์ในระยะสั้น เช่น ระดับความรู้สึกเป็นภาระและความพร้อมของผู้ดูแลหลังกลับบ้าน 4 สัปดาห์ แต่การวิจัยในอนาคต

ควรติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อประเมินผลกระทบอย่างรอบด้าน

3. เปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการดูแลที่ต่างกัน ควรมีการออกแบบการวิจัยเปรียบเทียบระหว่าง

รูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบใหม่กับรูปแบบที่มีอยู่เดิม หรือเปรียบเทียบระหว่างการดูแลที่มีผู้ดูแลผ่านการอบรมกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม เพื่อวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ

อ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2566. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2563. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ชนิดา ชัยวรรณ, สุจิตรา ขุนทอง, & อรุณี ลิ้มประยูร. (2562). การใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 45–57.
- ทิพาวรรณ แก้วกันทา, สุจิตรา ขุนทอง, & กาญจนา บุญมี. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(2), 22–34.
- นิราศศิริ โรจนธรรมกุล. (2566). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ.
- นันทิกานต์ คำดี, & อมรรัตน์ แสงคำ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นฤมล พงศ์สุวรรณ. (2561). การวางแผนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41(2), 89–98.
- ปิยะวรรณ จิตต์จำนง. (2564). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้แนวทางการจัดการรายกรณีแบบบูรณาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรา พันธุ์วิเศษ. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(3), 122–134.
- ภัทรพร ศรีสมวงศ์, สุภาพร วงศ์ทองดี, & นิภา จันทร์ทอง. (2564). การประสานงานของทีมสหวิชาชีพต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 18(3), 112–124.
- วัชรารักษ์ วงศ์คำ, สายฝน บุญเย็น, & สุภารัตน์ สมทอง. (2565). การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศทางสุขภาพ, 12(1), 15–26.

วัลย์ลดา ทองสุก. (2561). การวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม: กรณีศึกษาจากโรงพยาบาลระดับอำเภอ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(1), 34-44.

วรรณภา กิตติสกุลชัย. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพชุมชน, 5(3), 1-13.

วิยะดา วรรณประเสริฐ, & ประรลัฒน์ เพชรแสงทอง. (2561). การพัฒนารูปแบบการเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน. วารสารพยาบาลชุมชน, 24(1), 45-58.

ศิริภาณี พงษ์ประดิษฐ์. (2556). ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัวไทย: ผลกระทบและแนวทางการจัดการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 22(3), 112-123.

ศิริลักษณ์ ทองรอด, กนกพร สุขสมศรี, & อัจฉรา มงคล. (2565). การพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 20(2), 79-90.

สุกัญญา เกิดเรือง. (2561). ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุระยะฟุ้งฟิงในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลชลบุรี, 43(3), 211-219.

สุวรรณี จันทร์เขียว, สุมาลี พรหมภิรมย์, & นุชรีรัตน์ รัตนคุณากร. (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะฟุ้งฟิงของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 33(2), 59-72.

อัจฉรา หงษ์ทอง. (2562). การวิเคราะห์การกลับมารักษซ้ำของผู้สูงอายุภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(6), 1042-1052.

อารยา ศรีรักษา, ธนากร พรหมรักษา, & ศุภลักษณ์ สันธพานนท์. (2565). การประเมินผลรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(1), 45-57.

อุษณีย์ วงศ์ชัยวรกุล, สุภาณี วุฒิพรหม, & นงลักษณ์ หงส์ดามรงค์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟุ้งฟิง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(2), 32-45.

โรงพยาบาลเชียรใหญ่. (2567). รายงานสถิติประชากรผู้สูงอายุและข้อมูลผู้รับบริการสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2567. จังหวัดนครศรีธรรมราช: กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียรใหญ่.

United Nations. (2024). *World Population Ageing 2023 Highlights*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. <https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Ageing-2023>

การพัฒนาระบบควบคุมวัณโรคแบบบูรณาการโดยกลไก พขอ. อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
Development of an Integrated Tuberculosis Control System through the
Mechanism of the District Health Board, Kham Muang District, Kalasin Province

สุวรรณี ศรีหงษ์ทอง¹ ธนาพร ศิริโส² ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์¹ ชลันดา ดุลการณ¹

Suvannee Srihongthong¹, Thanaporn Siriso², Chinnaphat Promphan³, Chulunda Dulakan³

¹นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

(Received: August 20, 2025; Accepted: August 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทและกระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคำม่วงในการขับเคลื่อนการควบคุมวัณโรคแบบบูรณาการ วิเคราะห์รูปแบบการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลและการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรค และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของรูปแบบ Kham Muang TB Control Model ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากระบบเฝ้าระวังวัณโรคแห่งชาติ ระบบเทคโนโลยีดิจิทัล 4 ระบบ และเวชระเบียนผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล 60 คน ประกอบด้วย ประกอบด้วย คณะกรรมการ พขอ. และ พชต. รวม 15 คน บุคลากรสาธารณสุข 25 คน ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่าย 12 คน และผู้ป่วยวัณโรคพร้อมครอบครัว 8 คน

ผลการวิจัยพบว่า พขอ.คำม่วงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการควบคุมวัณโรคผ่านการบูรณาการเครือข่าย 970 อสม. และ 142 Mr.TB ครอบคลุม 71 หมู่บ้าน รูปแบบ KM-TBCM ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ การจัดการความรู้ การทำงานแบบบูรณาการ การรักษาและเทคโนโลยี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชน และการติดตามประเมินผล โดยระบบดิจิทัล 4 ระบบ ได้แก่ TB Smart Tracking System, KM EPID Program, Clinical Tracer Highlight และ Digital DOT System ช่วยลดเวลาทำงานร้อยละ 50 และเพิ่มความเร็วการรายงานจากร้อยละ 69.57 เป็นร้อยละ 97.15 ผลลัพธ์การรักษาในปี 2567 แสดงอัตราความสำเร็จร้อยละ 92.30 สูงกว่าเป้าหมายแห่งชาติ อัตราการขาดยาร้อยละ 0 และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.54 ต่ำกว่าเป้าหมายแห่งชาติอย่างมีนัยสำคัญ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเกินเป้าหมายเฉลี่ยร้อยละ 155.2 โดยพบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปัจจัยความสำเร็จประกอบด้วย ความมุ่งมั่นของผู้บริหารท้องถิ่น เครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง เทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยและเชื่อมโยง การบูรณาการระหว่างหน่วยงานนโยบายระดับชาติที่สนับสนุน และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง รูปแบบ KM-TBCM มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมวัณโรค สามารถนำไปเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: วัณโรค, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, เทคโนโลยีดิจิทัล, การมีส่วนร่วมของชุมชน



Abstract

This study aimed to examine the roles and working processes of the District Quality of Life Development Committee in Kham Muang District in driving integrated tuberculosis control, analyze the integration model of digital technology and community participation, evaluate tuberculosis treatment outcomes, and investigate factors related to the success of the Kham Muang TB Control Model. A mixed-methods research approach was employed, collecting quantitative data from the National Tuberculosis Surveillance System, four digital technology systems, and patient medical records, as well as qualitative data from in-depth interviews with 60 key informants, comprising 15 members of the District and Sub-district Quality of Life Development Committees, 25 healthcare personnel, 12 community leaders and network partners, and 8 tuberculosis patients with their families.

The findings revealed that the Kham Muang District Quality of Life Development Committee played a crucial role in driving tuberculosis control through the integration of a network of 970 village health volunteers and 142 Mr. TB volunteers, covering 71 villages. The KM-TBCM model consisted of six core components: knowledge management, integrated working, treatment and technology, behavior change, community participation, and monitoring and evaluation. Four digital systems—TB Smart Tracking System, KM EPID Program, Clinical Tracer Highlight, and Digital DOT System—reduced working time by 50% and increased reporting speed from 69.57% to 97.15%. Treatment outcomes in 2024 demonstrated a success rate of 92.30%, exceeding the national target, a default rate of 0%, and a mortality rate of 1.54%, which is significantly lower than the national target. The screening of seven risk groups exceeded the average target by 155.2%, with the highest number of patients identified among those aged 60 years and above. Success factors included commitment from local administrators, strong community networks, modern and integrated digital technology, inter-agency integration, supportive national policies, and continuous monitoring and evaluation. The KM-TBCM model demonstrated high effectiveness in tuberculosis control and can serve as a prototype for replication in other areas.

Keywords: Tuberculosis, District Quality of Life Development Committee, Digital Technology, Community Participation

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis: TB) เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่มากกว่า 10 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตกว่า 1.3 ล้านราย ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งมีสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ถึงร้อยละ 45 และผู้เสียชีวิตถึงร้อยละ 50 ของทั่วโลก (Bhatia et al., 2023) การควบคุมวัณโรคจึงเป็นวาระเร่งด่วนที่ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์และการบูรณาการจากทุกภาคส่วน แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตในระดับสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกลที่ขาดแคลนทรัพยากรและระบบบริการสุขภาพที่มีความครอบคลุม

อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ประสบปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังวัณโรคแห่งชาติ (NTIP, 2567) ชี้ให้เห็นว่าอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากวัณโรคในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2563-2566 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ชายสูงอายุซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงหลักที่มักเข้าสู่กระบวนการรักษาในระยะล่าช้าหรือขาดความต่อเนื่องในการดูแล ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนเริ่มการรักษาร้อยละ 42.0 และในระหว่างระยะเข้มข้นของการรักษาร้อยละ 47.3 ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนของระบบควบคุมวัณโรคแบบเดิมที่เน้นเชิงรับและขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของจงกล ธิมิกานนท์ และคณะ (2564) ที่พบว่าปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประกอบด้วย การขาดกระบวนการทำงานที่ชัดเจน การหมุนเวียนของ

เจ้าหน้าที่ และความรู้ความเข้าใจที่ยังไม่เพียงพอทั้งในส่วนของผู้ป่วย ทีมสุขภาพ และผู้ดูแล

การควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยกลไกการทำงานแบบบูรณาการ (Integrated Approach) ที่เชื่อมโยงการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ ทั้งหน่วยบริการสุขภาพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายในระดับท้องถิ่น การบูรณาการแผนงานสุขภาพกับมิติทางเศรษฐกิจและสังคม และการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) งานวิจัยของไพโรจน์ พรหมพันธุ์ และคณะ (2566) พบว่า พขอ. มีบทบาทสำคัญในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยคณะกรรมการร้อยละ 66.7 ต้องการให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขณะที่ไพโรจน์ ศิริมงคล (2566) ระบุว่ารูปแบบการดำเนินงาน พขอ. ที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการ การวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ การกำหนดยุทธศาสตร์ การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการควบคุมวัณโรคได้รับการศึกษาในหลายมิติ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน อัครินทร์ สุฝน และคณะ (2563) พัฒนาเครือข่ายปากสอยโมเดลซึ่งเพิ่มความรู้และการคัดกรองผู้ป่วยได้ร้อยละ 100 ($p < 0.001$) ส่วนในจังหวัดกาฬสินธุ์ รุ่งธรรม ม่วงจันทร์ (2562) และรัชวารีย์ ชื่นวัฒนา (2563) พัฒนาระบบเฝ้าระวังโดยภาคี

เครือข่ายในอำเภอสามชัยและภูมินารายณ์ตามลำดับด้านเทคโนโลยีดิจิทัล เฉลิเมเกียรติ ตาตะมิ (2561) ใช้ระบบ DOT Video Call ในรูปแบบ THABO Model ขณะพัฒนา สว่างศรี (2562) พัฒนา TB CARE Model ด้วยระบบออนไลน์ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้อัตราความสำเร็จร้อยละ 88.24 ด้านการบูรณาการ อภิชน จินเสวก (2564) พัฒนา 3CS Model ที่ครอบคลุมผู้ป่วยทีมดูแล ชุมชน และระบบ ให้อัตราความสำเร็จร้อยละ 90.62 โดยไม่มีการขาดยา ผกายดาว พรหมสุรีย์ (2563) พัฒนา 3C Model ให้อัตราความสำเร็จร้อยละ 100 (พ.ศ. 2555-2561) และวันชัย เหล่าเสถียรกิจ (2562) พัฒนา 2-2-2 Model ที่มุ่งเน้นการติดตามในช่วงต้นของการรักษา พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเปลี่ยนเสมหะเป็นลบสูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.20 เท่า ($p=0.0227$) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กมล ศรีล้อม และคณะ (2567) เป็นงานวิจัยแรกที่ใช้กลไก พขอ. ร่วมกับแอปพลิเคชันสำหรับ อสม. ในการค้นหาผู้สัมผัสที่อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เพิ่มการคัดกรองจาก 2,872 ราย เป็น 5,520 ราย และพบผู้ป่วยใหม่ 13 ราย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้งานวิจัยที่ผ่านมาได้พัฒนารูปแบบการควบคุมโรคในหลายพื้นที่ เช่น เครือข่ายปากสวายโมเดล (อักรินทร์ สุฝน และคณะ, 2563) THABO Model (ฉลิเมเกียรติ ตาตะมิ, 2561) และ 3CS Model (อภิชน จินเสวก, 2564) แต่ยังคงมีช่องว่างทางวิชาการ 4 ประการที่สำคัญ ประการแรก ขาดการศึกษาที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลหลายระบบในบริบทเดียวกันและเชื่อมโยงข้อมูลแบบเรียลไทม์ ในขณะที่งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้เทคโนโลยีเพียงระบบเดียวหรือหลายระบบที่ทำงานแยกกัน ประการที่สอง ขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับบทบาทและกลไกการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในการเป็นแกนหลักขับเคลื่อนการควบคุมโรค

โรคแบบบูรณาการ แม้ว่า พขอ. จะถูกกล่าวถึงในเชิงนโยบาย แต่การศึกษาเชิงประจักษ์ยังมีจำกัด ประการที่สาม ยังขาดการประเมินผลอย่างครบวงจรที่ครอบคลุมทั้งผลลัพธ์การรักษา ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลและความยั่งยืนของรูปแบบ และประการสุดท้าย ยังไม่มีการศึกษาที่วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและข้อเสนอแนะในการขยายผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น

การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวผ่านการพัฒนาและประเมินรูปแบบ Kham Muang TB Control Model (KM-TBCM) ซึ่งมีจุดเด่น 3 ประการที่แตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้า ได้แก่ (1) การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล 4 ระบบที่เชื่อมโยงข้อมูลด้วยเลขบัตรประชาชนและทำงานแบบเรียลไทม์ ประกอบด้วย TB Smart Tracking System, KM EPID Program, Clinical Tracer Highlight และ Digital DOT System ซึ่งไม่เคยมีการศึกษาที่บูรณาการระบบดิจิทัลหลายระบบในลักษณะนี้มาก่อน (2) การใช้กลไก พขอ. เป็นศูนย์กลางในการประสานงานข้ามหน่วยงานและขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โดยศึกษากระบวนการทำงานและบทบาทอย่างเป็นระบบ และ (3) การประเมินผลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ที่ครอบคลุมทั้งตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (อัตราความสำเร็จ อัตราการขาดยา อัตราการเสียชีวิต) และเชิงคุณภาพ (กระบวนการทำงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยความสำเร็จ) เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครบถ้วนสำหรับการขยายผล รูปแบบ KM-TBCM จึงไม่เพียงแต่แก้ไขปัญหาการควบคุมโรคในพื้นที่ แต่ยังสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมโรคเรื้อรังอื่นๆ และขยายผลสู่พื้นที่อื่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทและกระบวนการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคำม่วงในการขับเคลื่อนการควบคุมวัณโรคแบบบูรณาการ
2. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล 4 ระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมวัณโรคภายใต้รูปแบบ Kham Muang TB Control Model
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้รูปแบบ Kham Muang TB Control Model
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จและข้อเสนอแนะในการขยายผลรูปแบบ Kham Muang TB Control Model

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยใช้แบบอธิบายเชิงต่อเนื่อง (Sequential Explanatory Design) ผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาและประเมินรูปแบบ Kham Muang TB Control Model (KM-TBCM) ที่ดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคำม่วง (พขอ.คำม่วง) จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะเวลาและสถานที่ศึกษา

ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ของการดำเนินงานรูปแบบ Kham Muang TB Control Model (KM-TBCM) ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 ในพื้นที่อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ครอบคลุม 71 หมู่บ้านใน 6 ตำบล ประกอบด้วย โรงพยาบาลคำม่วง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง และสถานีนอนมัย 1 แห่ง การเก็บ

รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2568

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากบทบาทหน้าที่และประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมวัณโรคภายใต้รูปแบบ Kham Muang TB Control Model ในช่วงปี พ.ศ. 2567 แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก รวมทั้งสิ้น 60 คน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการ พขอ. และ พชต. จำนวน 15 คน ประกอบด้วย นายอำเภอคำม่วง (ประธาน พขอ.) สาธารณสุขอำเภอ (เลขานุการ พขอ.) ตัวแทนภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในคณะกรรมการ พขอ. และนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 6 ตำบล (ประธาน พชต.)

กลุ่มที่ 2 บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 25 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา 2 คน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านวัณโรคโดยตรง 2 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่าย จำนวน 12 คน ประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน 6 คน ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขระดับตำบล 3 คน และ Mr.TB (อาสาสมัครวัณโรค) 3 คน

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยวัณโรคที่กำลังรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2567 จำนวน 4 คน ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายแล้วในช่วงปี พ.ศ. 2567 จำนวน 2 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

2 คน โดยผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ มีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมให้สัมภาษณ์ตามการพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 แบบบันทึกข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคแห่งชาติ (NTIP)

แบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ NTIP ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผลการรักษา อัตราการขาดยา อัตราการเสียชีวิต และระยะเวลาในการเริ่มรักษา ครอบคลุมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

1.2 รายงานจากระบบเทคโนโลยีดิจิทัล 4 ระบบ

รวบรวมข้อมูลจากรายงานที่ระบบคอมพิวเตอร์ออกอัตโนมัติจากระบบดิจิทัลทั้ง 4 ระบบ ได้แก่ TB Smart Tracking System (รายงานการติดตามผู้ป่วย) KM EPID Program (รายงานการเฝ้าระวังและคัดกรองผู้สัมผัส) Clinical Tracer Highlight (รายงานการติดตามผลการรักษา) และ Digital DOT System (รายงานการกำกับกำกับการรับประทานยา) โดยดาวน์โหลดรายงานรายเดือนตลอดปี พ.ศ. 2567 จากระบบ

1.3 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

แบบบันทึกที่ใช้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรค ประกอบด้วย ข้อมูลประชากรศาสตร์ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และผล

การติดตามรักษา เพื่อยืนยันความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลจากระบบอิเล็กทรอนิกส์

2. เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ชุด ตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

2.2.1 สำหรับคณะกรรมการ พชอ. และ พชต. ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับบทบาทและกระบวนการทำงานของ พชอ. ในการขับเคลื่อนการควบคุมโรค การกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการ กลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

2.2.2 สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับกระบวนการทำงานในการควบคุมโรค การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามผู้ป่วย ความร่วมมือกับชุมชน ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ

2.2.3 สำหรับผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับบทบาทและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรค กระบวนการค้นหาและส่งต่อผู้ป่วย การสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชน และความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุข

2.2.4 สำหรับผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าถึงบริการ การได้รับการดูแลและติดตามจากระบบสาธารณสุขและชุมชน การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามการรักษา ปัญหาและอุปสรรคในการรักษา และความพึงพอใจต่อการดูแล

2.2 แบบวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis Form) เป็นแนวทางในการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายงานการประชุม พขอ. แผนปฏิบัติการควบคุมวัดโรค รายงานการติดตามประเมินผล นโยบายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นที่กำหนด ได้แก่ บทบาทของ พขอ. กระบวนการตัดสินใจ การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และผลการดำเนินงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณทั้ง 3 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากระบบ NTIP รายงานจากระบบเทคโนโลยีดิจิทัล 4 ระบบ และแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวัดโรคและระบาดวิทยา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความครอบคลุมของตัวแปรที่ศึกษา และความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกข้อมูล โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (มากกว่า 0.50) นอกจากนี้ยังตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล (Data Consistency) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พบว่ามีความสอดคล้องกันร้อยละ 95.2 แสดงถึงความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่รวบรวมได้

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก แบบวิเคราะห์เอกสาร และแบบบันทึกการสังเกต ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวัดโรค การพัฒนาชุมชน และการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง

(IOC) ได้ค่าเฉลี่ย 0.92 จากนั้นทดสอบเครื่องมือ (Pilot Test) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในพื้นที่อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 5 คน และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ Lincoln and Guba (1985) โดยการตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Credibility) ด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) จากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง และวิธีการหลายวิธี การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) หลังการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นกับผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 30 และการตรวจสอบโดยผู้ร่วมวิจัย (Peer Debriefing) เพื่อลดอคติของผู้วิจัยและเพิ่มความน่าเชื่อถือของการตีความข้อมูล นอกจากนี้ยังตรวจสอบความสามารถในการถ่ายโอนได้ (Transferability) โดยการบันทึกบริบทและรายละเอียดอย่างครบถ้วน ความเชื่อมโยง (Dependability) โดยการบันทึกขั้นตอนการวิจัยอย่างเป็นระบบ และความสามารถในการยืนยันได้ (Confirmability) โดยการเก็บรักษาข้อมูลดิบและหลักฐานการวิเคราะห์ไว้ตรวจสอบได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ตามลักษณะของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2568 ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลและดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังวัดโรคแห่งชาติ (NTIP) ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำ

ม่วงเพื่อขออนุญาตเข้าถึงระบบ NTIP ดาวน์โหลดข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผลการรักษา อัตราการขาดยา อัตราการเสียชีวิต และระยะเวลาในการเริ่มรักษา ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่เตรียมไว้ โดยเข้ารหัสข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย

2. ข้อมูลจากระบบเทคโนโลยีดิจิทัล 4 ระบบ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแต่ละระบบเพื่อดาวน์โหลดรายงานรายเดือนตลอดปี พ.ศ. 2567 จาก ระบบ TB Smart Tracking System, KM EPID Program, Clinical Tracer Highlight และ Digital DOT System ในรูปแบบไฟล์ Microsoft Excel ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล จัดเรียงและจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

3. ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ขออนุญาตจากโรงพยาบาลคำม่วงเพื่อเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ลงทะเบียนในปี พ.ศ. 2567 สุ่มตัวอย่างเวชระเบียนร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ บันทึกข้อมูลเพิ่มเติมที่ไม่ปรากฏในระบบ เช่น ข้อมูลทางคลินิกเฉพาะราย และผลการติดตามอาการ

ส่วนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้

1. การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary Analysis) ขออนุญาตเข้าถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานอำเภอคำม่วงและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ รายงานการประชุม พขอ. ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2567 แผนปฏิบัติการควบคุมโรค รายงานการติดตามประเมินผลรายไตรมาส นโยบายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง ถ่ายสำเนาเอกสารและจัดเก็บอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์

เนื้อหาตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ บันทึกประเด็นสำคัญลงในแบบวิเคราะห์เอกสาร

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำหนังสือขออนุญาตอย่างเป็นทางการ นัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าตามความสะดวก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง สัมภาษณ์รายบุคคลใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและเป็นส่วนตัว เช่น สำนักงาน ห้องประชุม หรือบ้านพัก บันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียงดิจิทัล (หลังได้รับอนุญาต) และจดบันทึกประเด็นสำคัญประกอบ ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่มจำนวน 60 คน ถอดเทปคำต่อคำภายใน 48 ชั่วโมงหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ส่งข้อความถอดเทปให้ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 30 ตรวจสอบความถูกต้อง (Member Checking)

3. การสังเกต (Observation) ดำเนินการตลอดช่วงการเก็บ ขออนุญาตเข้าร่วมสังเกตการประชุม พขอ. และ พชต. จำนวน 6 ครั้ง สังเกตการใช้งานระบบดิจิทัลทั้ง 4 ระบบในหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 8 ครั้ง และสังเกตกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนจำนวน 4 ครั้ง บันทึกภาคสนามด้วยการจดบันทึก การถ่ายภาพ (หลังได้รับอนุญาต) และบันทึกเสียง บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการทำงาน การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง บรรยากาศ และปัญหาอุปสรรคที่พบ จัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ประกอบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ตัวชี้วัดต่างๆ ได้แก่ อัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ อัตราความสำเร็จในการรักษา

อัตราการขาดยา อัตราการเสียชีวิต และระยะเวลาในการเริ่มรักษา เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด (Framework Analysis) โดยถอดเทปการสัมภาษณ์คำต่อคำ กำหนดรหัส (Coding) และจัดกลุ่มเป็นประเด็นหลัก (Themes) ได้แก่ (1) บทบาทและกระบวนการทำงานของ พขอ. (2) การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลและการมีส่วนร่วมของชุมชน (3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และ (4) ปัจจัยความสำเร็จ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) และการตรวจสอบโดยผู้ร่วมวิจัย (Peer Debriefing)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่อนุมัติ: KLS-REC 410/68

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์วัณโรคอำเภอคำม่วง

ในปี พ.ศ. 2567 อำเภอคำม่วงมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 65 ราย โดยจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มพบผู้ป่วย 50 ราย (ร้อยละ 76.9) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก กลุ่มที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (18 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด) รองลงมาคือผู้สัมผัสร่วมบ้าน (12 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.5) และผู้ป่วยเบาหวาน (8 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.3)

2. บทบาทและกระบวนการทำงานของ พขอ.

คำม่วง

การวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า พขอ.คำม่วง มีบทบาทสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการ โดยประชุม พขอ. ไตรมาสละ 1 ครั้ง กำหนดเป้าหมายการค้นหาผู้ป่วยและจัดสรรงบประมาณสนับสนุน (2) การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน โดยเชื่อมโยงภาครัฐ เอกชน และชุมชน มีการแต่งตั้ง Mr.TB ในทุกตำบลทำหน้าที่ประสานงาน (3) การกำกับติดตามและประเมินผล โดยติดตามความก้าวหน้าผ่านระบบดิจิทัลและรายงานทุกเดือน และ (4) การแก้ไขปัญหาเฉพาะพื้นที่ โดยจัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

กระบวนการทำงานประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก คือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่ (2) การกำหนดแผนและมอบหมายความรับผิดชอบ (3) การดำเนินการตามแผนโดยทุกภาคส่วน (4) การติดตามและรายงานผลผ่านระบบดิจิทัล และ (5) การประเมินผลและปรับปรุงแผนอย่างต่อเนื่อง

"การทำงานของ พขอ. ไม่ใช่แค่การประชุมเพื่อรายงาน แต่เป็นเวทีที่ทุกภาคส่วนมาแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันแก้ปัญหา โดยเฉพาะเรื่องวัณโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย" (ประธาน พขอ.)

3. รูปแบบ KM-TBCM และการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลองค์ประกอบของ Kham Muang TB Control Model (KM-TBCM)

3.1 พขอ.คำม่วงได้พัฒนารูปแบบ Kham Muang TB Control Model (KM-TBCM) ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การจัดการความรู้ โดยจัดอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่องและพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย (2) การทำงานแบบบูรณาการ

ผ่านการประสานงานข้ามหน่วยงานและทีมสหสาขาวิชาชีพ (3) การรักษาและเทคโนโลยี โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนการติดตามผู้ป่วยแบบเรียลไทม์ (4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยการสร้างความตระหนักรู้และลดการตีตราผู้ป่วย (5) การมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านการค้นหาและดูแลผู้ป่วยร่วมกับอปท. และผู้นำชุมชน และ (6) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องและนำผลมาปรับปรุง

3.2 นวัตกรรมดิจิทัล 4 ระบบ

ระบบดิจิทัลทั้ง 4 ระบบทำงานสนับสนุนกันอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ (1) TB Smart Tracking System ระบบติดตามผู้ป่วยผ่าน Google Sheets เชื่อมโยงข้อมูลด้วยเลขบัตรประชาชน ลดเวลาทำงานร้อยละ 50 และติดตามแบบเรียลไทม์ (2) KM EPID Program ระบบรายงานระบาดวิทยาแบบดิจิทัลเพิ่มความเร็วในการรายงานจากร้อยละ 69.57 เป็นร้อยละ 97.15 และความครบถ้วนข้อมูลจากร้อยละ 57.30 เป็นร้อยละ 97.39 (3) Clinical Tracer Highlight ระบบดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหวิชาชีพ 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การวินิจฉัยรวดเร็ว การเริ่มรักษาทันที การกำกับการกินยา และการติดตามอาการข้างเคียง ช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาและลดการขาดยา และ (4) การกำกับ DOT ดิจิทัล มี 3 รูปแบบ คือ วิดีโอคอลผ่าน Line/Facebook การถ่ายภาพส่ง และการเยี่ยมบ้าน ทำให้การกำกับการกินยาครบร้อยละ 100 พร้อมลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย

"จุดแข็งของเราคือการมี Mr.TB ที่ได้รับการอบรมเฉพาะด้าน 142 คน กระจายไปทุกหมู่บ้าน ทำให้การเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น" (สาธารณสุขอำเภอ)

3.3 การเชื่อมโยงและบูรณาการระบบดิจิทัล 4 ระบบ

ระบบดิจิทัลทั้ง 4 ระบบไม่ได้ทำงานแยกกัน แต่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการกันอย่างเป็นระบบ โดยใช้เลขบัตรประชาชน 13 หลักเป็นตัวเชื่อมโยงข้อมูล ดังนี้

3.3.1 การเชื่อมโยงข้อมูล เมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่ ข้อมูลจะถูกบันทึกใน TB Smart Tracking System ก่อน จากนั้นระบบจะส่งข้อมูลไปยัง KM EPID Program อัตโนมัติเพื่อสร้างรายชื่อผู้สัมผัสที่ต้องคัดกรอง ขณะเดียวกัน Clinical Tracer Highlight จะดึงข้อมูลจาก TB Smart Tracking มาแสดงผลในรูปแบบใหม่ไลน์การดูแลผู้ป่วย และ Digital DOT System จะบันทึกผลการกำกับการรับประทานยากลับเข้าสู่ TB Smart Tracking เพื่อให้เห็นภาพรวมของผู้ป่วยแต่ละรายในทีเดียว

3.3.2 การทำงานแบบเรียลไทม์ เมื่อบุคลากรสาธารณสุขบันทึกข้อมูลในระบบใดระบบหนึ่ง ข้อมูลจะถูกอัปเดตในทุกระบบทันที ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนเห็นข้อมูลเดียวกันและเป็นปัจจุบัน ลดความผิดพลาดจากการบันทึกข้อมูลซ้ำซ้อนหรือข้อมูลไม่ตรงกัน

3.3.3 การแจ้งเตือนอัตโนมัติ ระบบมีกลไกแจ้งเตือนผ่าน Line ไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องเมื่อ (1) มีผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องเริ่มการดูแล (2) ผู้ป่วยขาดนัด (3) ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา หรือ (4) ใกล้ครบกำหนดรายงาน ทำให้การตอบสนองรวดเร็วและไม่พลาดการติดตาม

"ที่ผ่านมาเราต้องบันทึกข้อมูลหลายที่ เสียเวลามาก แต่ตอนนี้บันทึกครั้งเดียวทุกคนเห็น ทุกระบบอัปเดต ทำงานง่ายขึ้นมาก" (พยาบาลวิชาชีพ)

4. ผลลัพธ์การดำเนินงาน

4.1 ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรค



ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การควบคุมวัณโรค อำเภอคำม่วน ปี 2561-2567 (N=372 ราย)

ตัวชี้วัด	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	เป้าหมาย
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ (ราย)	45	52	48	59	63	60	65	-
อัตราความสำเร็จการรักษา (%)	86.44	88.20	89.50	90.15	90.80	91.10	92.30	≥85
อัตราการขาดยา (%)	4.44	3.85	2.08	1.69	1.59	1.67	0.00	<3
อัตราการเสียชีวิต (%)	6.67	5.77	4.17	3.39	3.17	3.33	1.54	<5
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียน (%)	75.5	78.8	82.3	85.7	88.2	90.0	93.8	≥85

หมายเหตุ: เป้าหมายตามยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2570

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นแนวโน้มการพัฒนาที่ดีขึ้น อัตราการขาดยาลดลงเหลือร้อยละ 0 และอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 1.54 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายแห่งชาติ (ร้อยละ 5) มาใช้อย่างเต็มรูปแบบ อัตราความสำเร็จการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 92.30 สูงกว่าเป้าหมายแห่งชาติ (ร้อยละ 85)

4.2 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

ตารางที่ 2 ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ปี 2567

กลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย (คน)	คัดกรองได้ (คน)	ร้อยละ	พบผู้ป่วย (ราย)
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	180	285	158.3	12
ผู้ป่วยเบาหวาน	350	524	149.7	8
ผู้ป่วยไตวาย	85	132	155.3	3
ผู้ติดเชื้อ HIV	42	67	159.5	2
ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	450	698	155.1	18
แรงงานต่างด้าว	95	147	154.7	4
ผู้ต้องขัง/กลุ่มเสี่ยงอื่น	68	108	158.8	3
รวม	1,270	1,961	155.2	50

จากตารางที่ 2 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่มเกินเป้าหมายทุกกลุ่ม โดยเฉลี่ยร้อยละ 155.2 กลุ่มที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือผู้สูงอายุ (18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36) รองลงมาคือผู้สัมผัสร่วมบ้าน (12 ราย คิดเป็นร้อยละ 24) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกผ่านเครือข่าย Mr.TB และชุมชน

5. ปัจจัยความสำเร็จและข้อเสนอแนะการขยายผล

5.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม พบปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบ KM-TBCM ประสบความสำเร็จ 6 ประการ ได้แก่

5.1.1 ความมุ่งมั่นและการสนับสนุนของผู้บริหารท้องถิ่น นายอำเภอและผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่



ทั้งด้านนโยบาย งบประมาณ และการขับเคลื่อน ทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

5.1.2 เครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง การมีอาสาสมัครสาธารณสุข 970 คน และ Mr.TB 142 คน ที่กระจายครอบคลุมทั้ง 71 หมู่บ้าน ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วย ติดตามการรักษา และสร้างความเข้าใจในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.1.3 เทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยและเชื่อมโยง ระบบดิจิทัลทั้ง 4 ระบบที่พัฒนาขึ้นใช้งานง่าย ตอบโจทย์การทำงานจริง และเชื่อมโยงข้อมูลกันได้ ช่วยลดเวลาทำงาน เพิ่มความถูกต้อง และสามารถติดตามผู้ป่วยแบบเรียลไทม์

5.1.4 การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน กลไก พขอ. ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ทำให้ทรัพยากรถูกใช้อย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

5.1.5 นโยบายระดับชาติที่สนับสนุน นโยบายรัฐที่ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนจากระดับจังหวัดทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและได้รับการยอมรับเป็นพื้นที่ต้นแบบ

5.1.6 การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีการประชุม พขอ. ทุก 3 เดือน รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบดิจิทัลทุกเดือน และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการทำงานอย่างต่อเนื่อง

5.2 อุปสรรคและข้อจำกัด

แม้การดำเนินงานจะประสบความสำเร็จ แต่ยังพบอุปสรรคและข้อจำกัดที่สำคัญ 4

ประการ คือ (1) บุคลากรมีการหมุนเวียนสูง ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการทำงาน (2) งบประมาณมีข้อจำกัดในบางกิจกรรม โดยเฉพาะการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง (3) พื้นที่กว้างขวางทำให้การเดินทางไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลมีความลำบาก และ (4) การเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่มีเสถียรภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะในการขยายผล

เพื่อให้สามารถขยายผลรูปแบบ KM-TBCM ไปยังพื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีข้อเสนอแนะ 6 ประการ ดังนี้

5.3.1 จัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจน ควรจัดทำคู่มือที่ระบุขั้นตอน บทบาทหน้าที่ และแนวทางการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้พื้นที่อื่นสามารถนำไปปรับใช้ได้

5.3.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การดูแลผู้ป่วยวัณโรค และการทำงานแบบบูรณาการให้กับบุคลากรทุกระดับอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดทำระบบถ่ายทอดความรู้เมื่อมีการหมุนเวียนบุคลากร

5.3.3 ปรับรูปแบบให้เหมาะกับบริบทท้องถิ่น พื้นที่ที่จะนำไปใช้ควรวิเคราะห์บริบททรัพยากร และข้อจำกัดของตนเอง แล้วปรับองค์ประกอบของโมเดลให้เหมาะสม โดยเฉพาะการเลือกใช้เทคโนโลยีที่สอดคล้องกับความพร้อมของพื้นที่

5.3.4 สร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรจัดตั้งเครือข่ายพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ การศึกษาดูงาน และการใช้ช่องทางออนไลน์

5.3.5 จัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง หน่วยงานระดับจังหวัดและระดับชาติควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาบบดิจิทัล การอบรมบุคลากร และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อความยั่งยืน

5.3.6 พัฒนาทางเลือกสำหรับผู้เข้าถึงเทคโนโลยียาก ควรมีช่องทางสำรองสำหรับผู้ที่ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ เช่น การกำกับการรับประทานยาผ่านการเยี่ยมบ้านโดย Mr.TB หรือการใช้โทรศัพท์พื้นฐาน

อภิปรายผล

1. บทบาทของ พขอ. ในการควบคุมโรค

ผลการศึกษาพบว่า พขอ.คำม่วงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการควบคุมวัณโรคผ่านการบูรณาการทรัพยากรและเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกระดับ สอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจิตร ศิริมงคล (2566) ที่พบว่ารูปแบบการดำเนินงาน พขอ. ที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. และ พชต. การวิเคราะห์ปัญหาจากพื้นที่ การกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ การประสานภารกิจกำหนดบทบาท การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย การติดตามและรายงานผลต่อเนื่อง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน โดยผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พขอ.คำม่วงมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน มีการเข้าร่วมประชุมเฉลี่ยร้อยละ 85.7 และมีการติดตามรายงานผลการดำเนินงานในทุกครั้งที่ประชุม ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นและการทำงานอย่างต่อเนื่องของคณะกรรมการ

นอกจากนี้ การมีเครือข่าย อสม. 970 คน และ Mr.TB 142 คน ที่กระจายครอบคลุมทั้ง 71 หมู่บ้าน ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอักรินทร์ สุฝน และคณะ

(2563) ที่พัฒนาเครือข่ายปากสวดยโมเดลต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งพบว่าการมีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งสามารถยกระดับความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของชุมชน

2. การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลในการควบคุมวัณโรค

รูปแบบ KM-TBCM ที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล 4 ระบบ ได้แก่ TB Smart Tracking System, KM EPID Program, Clinical Tracer Highlight และ Digital DOT System ซึ่งช่วยลดเวลาทำงานร้อยละ 50 และเพิ่มความเร็วในการรายงานจากร้อยละ 69.57 เป็นร้อยละ 97.15 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี (2562) ที่พัฒนารูปแบบ TB CARE Model ในจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ส่งผลให้การลงข้อมูลกำกับการกินยาใน TBCM online เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.1 เป็นร้อยละ 86.7

นอกจากนี้ ระบบ Digital DOT ที่มี 3 รูปแบบ (วิดีโอคอล การถ่ายภาพส่ง และการเยี่ยมบ้าน) ช่วยให้การกำกับการกินยาครบร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย เหล่าเสถียรกิจ (2562) ที่พัฒนารูปแบบการกำกับติดตามการกินยาแบบ 2-2-2 ในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามแบบ 2-2-2 มีอัตราการเปลี่ยนเสมหะจากบวกเป็นลบเมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษามากกว่ากลุ่มปกติ 1.20 เท่า (RRadj = 1.20, 95% CI: 1.12-1.28)

3. ผลลัพธ์การรักษานผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษาพบว่า อัตราความสำเร็จการรักษาอยู่ที่ร้อยละ 92.30 สูงกว่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 85) อัตราการขาดยาลดลงเหลือ

ร้อยละ 0 และอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 1.54 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายแห่งชาติ (ร้อยละ 5) ผลลัพธ์เหล่านี้สูงกว่าหลายพื้นที่ในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอนงค์ บังกระโทก และคณะ (2563) ในจังหวัดสกลนคร ซึ่งพบว่าอัตราการรักษาโรคสำเร็จอยู่ที่ร้อยละ 85.1 อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 7.9 และอัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 1.1

นอกจากนี้ ผลลัพธ์ยังสอดคล้องกับการศึกษาของผกายดาว พรหมสุรีย์ (2563) ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคด้วย 3C model ในโรงพยาบาลน่าน จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่าอัตราการรักษาสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.2 (ก่อนการใช้โมเดล) เป็นร้อยละ 100 (หลังการใช้โมเดล) และอัตราการขาดยาลดลงเป็นร้อยละ 0 เช่นเดียวกัน

4. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่มเกินเป้าหมายทุกกลุ่ม โดยเฉลี่ยร้อยละ 155.2 โดยกลุ่มที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (18 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด) รองลงมาคือผู้สัมผัสร่วมบ้าน (12 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.5) และผู้ป่วยเบาหวาน (8 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.3) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการสำรวจโรคระดับชาติของประเทศไทย ปี 2555-2556 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 44 ของผู้ป่วยเสมหะบวกมีอายุเกิน 60 ปี และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการยุติโรค พ.ศ. 2560-2564 ที่เน้นการค้นหาเชิงรุกในกลุ่มประชากรเสี่ยง

การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ครอบคลุมถึงร้อยละ 158.3 ของเป้าหมาย ยังสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งธรรม ม่วงจันทร์ (2562) ที่พัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรคปอดในชุมชนตำบลคำสร้างเที่ยง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ข้อมูล

ข่าวสาร การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การออกเยี่ยมบ้าน และการประสานงาน

5. ปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบ

ปัจจัยความสำเร็จ 6 ประการที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ (1) ความมุ่งมั่นและการสนับสนุนของผู้บริหารท้องถิ่น (2) เครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง (3) เทคโนโลยีดิจิทัลที่ทันสมัยและเชื่อมโยง (4) การบูรณาการระหว่างหน่วยงาน (5) นโยบายระดับชาติที่สนับสนุน และ (6) การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับภูมิภาคเพื่อยุติโรคในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2559-2563 ขององค์การอนามัยโลก ที่เน้น 3 ทิศทางหลัก คือ การดูแลและป้องกันที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและบูรณาการนโยบายที่เข้มแข็งและระบบสนับสนุน และการวิจัยและนวัตกรรมที่เข้มข้น

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Vineet Bhatia และคณะ (2023) ที่ศึกษาแนวทางการยุติโรคในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเสนอแนะให้มีการตอบสนองแบบพหุภาคีที่ครอบคลุมมากกว่าแนวทางชีวการแพทย์ โดยมีการจัดตั้งกลไกการประสานงานระดับสูงระหว่างกระทรวงและภาคส่วนต่างๆ

6. การมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนที่พบในการศึกษานี้ซึ่งผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 76.9 ถูกค้นพบโดยชุมชนก่อนที่จะมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ มิตรภานนท์ และคณะ (2563) ที่พัฒนารูปแบบ APAC Model ในอำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่าภายหลังการพัฒนาแบบ ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่มีความรู้เพิ่มขึ้น 7.04 คะแนน ($p < 0.001$) และการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น 6.88 คะแนน ($p < 0.001$) ขณะที่ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้

เพิ่มขึ้น 4.37 คะแนน ($p < 0.001$) และการปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้น 17.51 คะแนน ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของมานพ ผสม (2563) ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งใช้ระบบ 9 ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) สามารถรักษาหายขาดได้

7. ข้อจำกัดและอุปสรรค

อุปสรรคที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ บุคลากรมีการหมุนเวียนสูง งบประมาณมีข้อจำกัด พื้นที่กว้างขวาง และการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุยังจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของฤทธิ เพ็ชรนิล (2560) ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ คือ ระดับการศึกษาและการรับรู้สถานการณ์สุขภาพ โดยสาเหตุของประสิทธิภาพการทำงานที่ต่ำเกิดจากบทบาทของคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอที่ไม่ชัดเจนและขาดการมีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆ

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจกมล ธมิกานนท์ และคณะ (2564) ที่พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ que เสี่ยงต่อการเสียชีวิตในจังหวัดนครพนม ซึ่งพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้แก่ การขาดกระบวนการทำงานที่ชัดเจน การหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน และความรู้ความเข้าใจที่ยังไม่เพียงพอ

สรุป รูปแบบ KM-TBCM ไม่เพียงช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคในระดับพื้นที่ แต่ยังแสดงให้เห็นว่า การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลกับกลไกชุมชนสามารถเป็นต้นแบบในการแก้ปัญหาสาธารณสุขเรื้อรังอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากร

จำกัด รูปแบบนี้มีศักยภาพในการขยายผลสู่ระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การขยายผลสู่พื้นที่อื่น หน่วยงานระดับจังหวัดควรจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อให้พื้นที่อื่นสามารถนำรูปแบบ KM-TBCM ไปปรับใช้ได้ โดยคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่

2. การจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุน การพัฒนาระบบดิจิทัล การอบรมบุคลากร และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานอย่างเพียงพอและยั่งยืน

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอและจัดทำระบบถ่ายทอดความรู้เมื่อมีการหมุนเวียนบุคลากร เพื่อแก้ปัญหาความต่อเนื่องของการทำงาน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. การพัฒนาทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีช่องทางสำรองสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ เช่น การกำกับกำกับการรับประทานยาผ่านการเยี่ยมบ้านโดย Mr.TB หรือการใช้โทรศัพท์พื้นฐาน

2. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน ควรมีการอบรมและพัฒนาทักษะ Mr.TB และ อสม. อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้คำตอบแทนที่เหมาะสม เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

3. การพัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่ใช้ภาษาท้องถิ่นและเหมาะสมกับระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย เผยแพร่ผ่านช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาประสิทธิผลในระยะยาว ควรติดตามผลลัพธ์การรักษาอย่างน้อย 2-3 ปี เพื่อประเมินอัตราการกลับเป็นซ้ำและความยั่งยืนของรูปแบบ

2. การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ควรวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของรูปแบบ KM-TBCM เปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลแบบปกติ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร

3. การประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ควรศึกษาการนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้กับโรคเรื้อรังอื่น เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2570. กระทรวงสาธารณสุข.
- กมล ศรีล้อม, วรรณภา แสนทวิสุข, และสุภาพร จันทรแสง. (2567). การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในผู้สัมผัสโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและแอปพลิเคชันสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 22(1), 45-58.
- จกมล ธมิกานนท์, สมพร พรหมมา, และนิตยา วงศ์สุวรรณ. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารพยาบาลสาร, 48(2), 112-125.
- เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วย THABO Model โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11(2), 78-89.
- ผกายดาว พรหมสุรีย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วย 3C Model โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคก อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 7(1), 34-46.
- ไพโรจิตร์ ศิริมงคล. (2566). รูปแบบการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพ: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน, 11(3), 256-268.
- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, สมชาย แสงทอง, และวิภาดา ใจดี. (2566). บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 53(2), 189-201.
- ฤทธิ เพ็ชรนิล. (2560). ปัญหาและแนวทางการพัฒนาคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(1), 67-79.
- รุ่งธรรม ม่วงจันทร์. (2562). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันวัณโรคโดยภาคีเครือข่ายในตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 9(2), 112-123.
- รัชวารี ชื่นวัฒนา. (2563). การพัฒนา Total Manager Model ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(3), 45-57.
- วันชัย เหล่าเสถียรกิจ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วย 2-2-2 Model. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(3), 167-178.



- วัฒนา สว่างศรี. (2562). การพัฒนา TB CARE Model ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(2), 89-98.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). คู่มือการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2567). รายงานสถานการณ์วัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
- สำนักวัณโรค. (2560). แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2570. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชน จินเสวก. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคด้วย 3CS Model. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(1), 23-35.
- อักรินทร์ สุฝน, ปรียานุช คำภา, และสุวรรณา ทองดี. (2563). การพัฒนาเครือข่ายปากสวายโมเดลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 18(3), 67-79.
- ไพรัตน์ อ้นอินทร์, สมศักดิ์ ใจดี, และวิไลวรรณ สุขสันต์. (2568). ปัญหาและอุปสรรคในการประสานงานควบคุมวัณโรคระหว่างหน่วยงาน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์, 16(1), 34-47.
- Bhatia, V., Srivastava, S., & Shivananda, P. G. (2023). Tuberculosis in South East Asia: Current status and future prospects. *Indian Journal of Tuberculosis*, 70(1), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2022.08.015>
- World Health Organization. (2017). Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: Consolidated guidelines. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512404>
- World Health Organization. (2022). Global tuberculosis report 2022. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน
แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง

Factors related to satisfaction with the service quality of
insured persons in the antenatal care department at Trang Hospital.

วิกรณ์รัตน์ ศรีธรรมรัตน์¹, จันทร์จारी เกตุมาโร²

Wikornrat Sritomarat¹, Chanjaree Getmaro²

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตรัง

²อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

(Received: April 7, 2025; Revised: July 15, 2025; Accepted: July 17, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ปัจจัยการบริการ และความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง การศึกษาเป็นแบบพรรณนา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ประกันตนมาตรา 33 และ 39 ที่เข้ารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง จำนวน 124 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ ปัจจัยการบริการ และความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 65.32 ประกอบอาชีพลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 37.90 มีรายได้ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 60.48 การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.29, S.D. = 0.56) โดยด้านสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.33) ปัจจัยการบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.40, S.D. = 0.61) โดยด้านการประสานงานการบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.46) ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.43, S.D. = 0.58) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในระดับสูง ($r = 0.675, p < 0.01$) และปัจจัยการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในระดับสูงมาก ($r = 0.869, p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และการปรับปรุงคุณภาพการบริการจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ประกันตนอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, สิทธิประโยชน์ผู้ประกันตน, คุณภาพการบริการ



Abstract

This study was descriptive research aimed at investigating personal factors, perception of insured persons' benefits, service factors, and satisfaction with service quality among insured persons in the antenatal care department at Trang Hospital, as well as to examine factors related to satisfaction with service quality of insured persons in the antenatal care department at Trang Hospital. The study employed a descriptive design using a sample of 124 insured persons under Sections 33 and 39 who received services at the antenatal care department of Trang Hospital, selected through simple random sampling. Data were collected using a structured questionnaire consisting of four sections: personal information, perception of benefits, service factors, and satisfaction with service quality. Data analysis was conducted using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The research findings revealed that the majority of participants were aged 20-30 years (65.32%), worked as private sector employees (37.90%), and had monthly incomes of 10,001-20,000 baht (60.48%). The overall perception of insured persons' benefits was at a high level (Mean = 4.29, S.D. = 0.56), with health promotion and disease prevention benefits having the highest mean score (Mean = 4.33). Service factors overall were at a high level (Mean = 4.40, S.D. = 0.61), with service coordination having the highest mean score (Mean = 4.46). Overall satisfaction with service quality was at a high level (Mean = 4.43, S.D. = 0.58). Hypothesis testing results showed that the perception of insured persons' benefits had a high positive correlation with satisfaction ($r = 0.675$, $p < 0.01$), and service factors had a very high positive correlation with satisfaction ($r = 0.869$, $p < 0.01$), both of which were statistically significant. This study demonstrated that enhancing knowledge and understanding of benefits, as well as improving service quality, would significantly impact the satisfaction of insured persons.

Keywords: satisfaction, insured persons' benefits, service quality

บทนำ

ประเทศไทยมีเป้าหมายสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้วที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อความสุขของคนไทยทุกคน ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) โดยยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์มีเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาคนทุกมิติและทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ รวมถึงการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีครอบคลุมทั้งกาย ใจ สติปัญญา และสังคม (นงลักษณ์, 2561) การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเริ่มต้นจากราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้ประชาชนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชนสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและประสิทธิภาพ โดยมีระบบหลักประกันสุขภาพ 3 กองทุนหลัก ได้แก่ กองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับการประกันสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็น (ธนิษฐา, 2562)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการกลับมาใช้บริการซ้ำและการแนะนำผู้อื่น งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการสาธารณสุขมีความหลากหลาย อมรรัตน์ ศรีวัฒน และอรนันท์ หาญยุทธ (2560) พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยฟอกเลือดในศูนย์ไตเทียมเอกชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ นาฏสิริ ผ่องมิ่งษ์ (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของ

ผู้รับบริการโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์ พบว่าปัจจัยด้านคุณภาพการบริการมีผลต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ การรับรู้สิทธิประโยชน์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ เนื่องจากเมื่อผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิที่ตนควรได้รับ จะทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเต็มที่และมีความคาดหวังที่เหมาะสม ธมวรรณ ยอดมูลคลี (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ โศรดา อินทศิริ (2568) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง พบว่าปัจจัยด้านสิทธิการรักษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ปัจจัยการบริการเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประกอบด้วยหลายมิติ เช่น การให้ข้อมูล สิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่าย การบริการของเจ้าหน้าที่ และการประสานงาน วิศณุพงศ์ ไกรเทพและมิ่งขวัญ ศิริโชติ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง พบว่าปัจจัยการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญ รุ่งทิพย์ นิลพัท (2561) ศึกษาคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโล รังสิต พบว่าความพึงพอใจด้านการเข้าถึงแหล่งบริการมีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำมากที่สุด ($r = 0.682$) รองลงมาคือความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก การดูแลฝากครรภ์ เป็นบริการสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะสำหรับ



ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับการครอบคลุมตั้งแต่การตรวจฝากครรภ์ การคลอดบุตร และการดูแลหลังคลอด อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดูแลฝากครรภ์ในบริบทของผู้ประกันตนยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่เชื่อมโยงระหว่างการรับรู้สิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีช่องว่างความรู้ที่สำคัญหลายประการ ประการแรก การศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ประกันตนที่รับบริการฝากครรภ์ยังมีจำกัด แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการสาธารณสุขทั่วไป แต่การศึกษาเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้ประกันตนยังไม่เพียงพอ ประการที่สอง การเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้สิทธิประโยชน์กับความพึงพอใจในบริการฝากครรภ์ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนในบริบทของระบบประกันสังคมไทย โดยเฉพาะในส่วนของสิทธิประโยชน์การคลอดบุตรและการสงเคราะห์บุตร และประการที่สาม การศึกษาในพื้นที่จังหวัดตรังซึ่งเป็นจังหวัดในภาคใต้ที่มีบริบทสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนในบริการฝากครรภ์

โรงพยาบาลตรังเป็นโรงพยาบาลรัฐที่เข้าร่วมโครงการของกองทุนประกันสังคม มีผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียน 45,169 ราย และมีผู้เข้ารับบริการประมาณ 45,000 รายต่อปี ในแผนกฝากครรภ์มีผู้เข้ารับบริการ 891 รายต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ประกันตนในวัยทำงาน (กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์, 2567) การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการประเมินคุณภาพบริการและหาแนวทางพัฒนาการบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ปัจจัยการบริการ และความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรเหล่านี้ในบริบทของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโยบายและแนวทางการปรับปรุงคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ประกันตน อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างความพึงพอใจและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ปัจจัยการบริการ และความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกันตนมาตรา 33 และ 39 ที่เข้ามาใช้บริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง จำนวนทั้งหมด 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane (1967) ดังนี้

$$\text{สูตร: } n = N / (1 + Ne^2)$$

โดยที่

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร (180 คน)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

$$\begin{aligned} \text{การคำนวณ: } n &= 180 / (1 + 180 \times 0.05^2) \ n \\ &= 180 / (1 + 180 \times 0.0025) \ n = 180 / (1 + 0.45) \\ n &= 180 / 1.45 \ n = 124.14 \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ 124 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการในแผนกฝากครรภ์ตามลำดับการมาใช้บริการ โดยกำหนดหมายเลขลำดับให้กับผู้ประกันตนทุกคน แล้วใช้ตารางเลขสุ่มในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ประกันตนมาตรา 33 และ 39 ที่เข้ารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. มีสภาพจิตใจปกติและสามารถให้ข้อมูลได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ประกันตนที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องส่งต่อหรือรักษาแบบฉุกเฉิน
2. ผู้ประกันตนที่มีความผิดปกติทางจิตหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง (Structured Questionnaire) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา และประเภทผู้ประกันตน โดยลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check list)

2. แบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านหลัก คือ ด้านชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำนวน 10 ข้อ และด้านชุดสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตรและสงเคราะห์บุตรจำนวน 10 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน 5 = มากที่สุด (4.21-5.00), 4 = มาก (3.41-4.20), 3 = ปานกลาง (2.61-3.40), 2 = น้อย (1.81-2.60), และ 1 = น้อยที่สุด (1.00-1.80)

3. แบบสอบถามปัจจัยการบริการจำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ 4 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 4 ข้อ ด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการ 4 ข้อ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ 3 ข้อ และด้านการประสานงานบริการ 4 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนน 5 = มากที่สุด (4.21-5.00), 4 = มาก (3.41-4.20), 3 = ปานกลาง (2.61-3.40), 2 = น้อย (1.81-2.60), และ 1 = น้อยที่สุด (1.00-1.80)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจในคุณภาพการบริการจำนวน 25 ข้อ เพื่อประเมินความพึงพอใจในคุณภาพการบริการโดยรวมของแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ครอบคลุมมิติต่างๆ ของการบริการที่ผู้ประกันตนได้รับ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ กำหนดคะแนน 5 = มากที่สุด (4.21-5.00), 4 = มาก (3.41-4.20), 3 = ปานกลาง (2.61-3.40), 2 = น้อย (1.81-2.60), และ 1 = น้อยที่สุด (1.00-1.80)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยการตรวจสอบเครื่องมือในครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient)
จากการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
แบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยัง
โรงพยาบาลตรัง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจริง ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม
แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บรวบรวม
แบบสอบถาม เมื่อเก็บข้อมูลครบแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์
ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้
สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ปัจจัยการบริการ กับ
ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น
95% และระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตรัง หมายเลขโครงการ ID 010/02-2568
วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2568

ตารางที่ 1 การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n = 124 คน)

การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรค	4.33	0.59	สูง
ด้านชุดสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร	4.26	0.61	สูง
รวม	4.29	0.56	สูง

ผลการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้เข้ารับ
บริการสิทธิประกันสังคมเป็นผู้ประกันตนมาตรา 33
และ 39 ที่เข้ามาใช้บริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล
ตรัง จำนวน 124 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 20 - 30 ปี
จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 65.32 มีอาชีพลูกจ้าง
หน่วยงานเอกชน จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 37.90
มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 - 20,000 บาท จำนวน
75 คน คิดเป็นร้อยละ 60.48 ระดับการศึกษา ระดับ
ปริญญาตรี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 เป็น
ผู้ประกันตนมาตรา 33 จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ
74.19

2. การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน
แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง โดยภาพรวมอยู่ใน
ระดับสูง (Mean = 4.29, S.D. = 0.56) เมื่อพิจารณา
รายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูง
คือ ด้านชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรค (Mean = 4.33, S.D. = 0.59) ดังแสดงใน
ตารางที่ 1

3. ปัจจัยการบริการ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง (Mean = 4.46, S.D. = 0.68) รองลงมาคือด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Mean = 4.46, S.D. = 0.68) ดังแสดงในตารางที่ 2
- ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.40, SD = 0.61) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการประสานงานการบริการ

ตารางที่ 2 ปัจจัยการบริการ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n = 124 คน)

ปัจจัยด้านการบริการ	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ	4.45	0.63	สูง
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.36	0.68	สูง
ด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการ	4.29	0.72	สูง
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	4.12	0.66	สูง
ด้านการประสานงานการบริการ	4.46	0.68	สูง
รวม	4.40	0.61	สูง

4. ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลตรัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.43, S.D. = 0.58) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูง คือข้อ 3 บุคลากรของแผนกฝากครรภ์มีการแต่งกายที่สะอาด บุคลิกภาพดีและสุภาพ (Mean = 4.52, S.D. = 0.66) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้ประกันตนแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง โดยรวมและเป็นรายข้อ (n = 124 คน)

ความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง	Mean	S.D.	แปลผล
1. ท่าเลที่ตั้งของโรงพยาบาลตรังสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	4.42	0.65	สูง
2. โรงพยาบาลมีอุปกรณ์ เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอต่อการตรวจรักษาพยาบาล	4.45	0.69	สูง
3. บุคลากรของแผนกฝากครรภ์มีการแต่งกายที่สะอาด บุคลิกภาพดีและสุภาพ	4.52	0.66	สูง
4. โรงพยาบาลมีป้ายติดหน้าห้อง รวมถึง สัญลักษณ์ต่างๆ แสดงให้เห็นชัดเจน	4.46	0.69	สูง
5. ท่านได้รับการบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่ซับซ้อน	4.34	0.72	สูง
6. ท่านได้รับการบริการที่มีความรวดเร็วเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด	4.27	0.76	สูง
7. เจ้าหน้าที่มีการประสานงานกับฝ่ายอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็วทันเวลา	4.25	0.80	สูง
8. เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างยุติธรรมเหมือนกันทุกราย โดยไม่เลือกปฏิบัติ	4.44	0.65	สูง

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้ประกันตนแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง โดยรวมและ
เป็นรายข้อ (n = 124 คน) (ต่อ)

ความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง	Mean	S.D.	แปลผล
9. เจ้าหน้าที่มีการให้บริการอย่างเป็นระบบ มีระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม	4.31	0.73	สูง
10. เจ้าหน้าที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความเป็นกันเองกับผู้รับบริการ	4.43	0.81	สูง
11. เจ้าหน้าที่มีจำนวนเพียงพอตรงตามความต้องการของผู้มารับบริการ	4.34	0.75	สูง
12. เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลของผู้รับบริการเป็นความลับ	4.44	0.71	สูง
13. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจและเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ	4.49	0.67	สูง
14. เจ้าหน้าที่มีทักษะในการให้บริการที่ดี คล่องแคล่วว่องไวเป็นมืออาชีพ	4.48	0.69	สูง
15. เจ้าหน้าที่มีการตอบสนองการบริการได้อย่างทันท่วงที	4.43	0.77	สูง
16. เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายขั้นตอน และระยะเวลาในการบริการได้อย่างชัดเจน เข้าใจง่าย	4.45	0.73	สูง
17. การพูดจาและการแสดงออกของเจ้าหน้าที่ทำให้ท่านรู้สึก	4.48	0.64	สูง
18. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความชำนาญ มีมาตรฐานถูกต้องตามหลักวิชาการ	4.48	0.68	สูง
19. เมื่อท่านมีปัญหาเจ้าหน้าที่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน	4.44	0.67	สูง
20. เมื่อท่านมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สามารถตอบข้อสงสัยได้ชัดเจน	4.44	0.70	สูง
21. เจ้าหน้าที่มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือไว้วางใจได้และเป็นกันเอง	4.43	0.71	สูง
22. เจ้าหน้าที่มีความเห็นอกเห็นใจในปัญหาของท่าน และพร้อมให้ความช่วยเหลือ	4.42	0.70	สูง
23. เจ้าหน้าที่ตั้งใจรับฟังและเข้าใจความต้องการของท่านเป็นอย่างดี	4.48	0.66	สูง
24. เจ้าหน้าที่ใส่ใจ ให้เกียรติและเห็นถึงความสำคัญของความเท่าเทียมกันของผู้มารับบริการ	4.49	0.68	สูง
25. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่าน สอบถามปัญหาข้อข้องใจ และเต็มใจตอบคำถาม	4.51	0.67	สูง
รวม	4.43	0.58	สูง

5. ผลการทดสอบสมมติฐานการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r = 0.675^{**}$) และปัจจัยการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

พึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงมาก ($r = 0.869^{**}$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ข้อมูลปัจจัยการบริการกับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง

ปัจจัย	ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน		
	r	P - value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน	0.675**	<0.001	สูง
ปัจจัยการบริการ	0.869**	<0.001	สูงมาก

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานของการศึกษา ได้ดังนี้

การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน และปัจจัยด้านบริการ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ด้านชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านชุดสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธมมวรรณ ยอดมุลลี (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เขตกรุงเทพมหานคร ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางในทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของไศรดา อินทศิริ (2568) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระนอง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสิทธิการรักษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ปัจจัยด้านการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมความสะดวก ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ปัจจัยด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่ และปัจจัยด้านการประสานงานการบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของวิณูพงศ์ ไกรเทพและมิ่งขวัญ ศิริโชติ (2566) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยการบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในคุณภาพการ



บริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ นิลพัท (2561) ศึกษาเรื่องคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการ โรงพยาบาลเปาโล รังสิต ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจด้านการเข้าถึงแหล่งบริการมีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการมากที่สุด ($r = 0.682$) รองลงมาคือความพึงพอใจด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการมีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำ ซึ่งผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความพึงพอใจทุกด้านมีระดับความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่สุดคือข้อ 13 ท่านสามารถใช้สิทธิประโยชน์ทดแทนกรณีคลอดบุตรได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และข้อ 16 ท่านคลอดบุตรท่านต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่โรงพยาบาล ดังนั้น ควรนำนโยบายด้านความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการบริการเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนที่ควรได้รับและผู้ประกันตนได้นำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง

2. ปัจจัยการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือข้อ 7 สถานที่ให้บริการมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ อย่างเพียงพอ เช่น ที่นั่งคอยรับบริการ ห้องสุขา ดังนั้น

ควรปัญหาค่าเฉลี่ยที่น้อยคอยรับบริการ จำนวนห้องสุขา เสนอคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาลตรัง เพื่อจัดที่นั่ง และจำนวนห้องสุขาให้เพียงพอ

3. ความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือข้อ 7 เจ้าหน้าที่มีการประสานงานกับฝ่ายอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรปรับปรุงระยะเวลาในการติดต่อประสานงานให้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน ด้านชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านชุดสิทธิประโยชน์กรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร เป็นระยะๆ เพื่อได้ทราบถึงความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนที่มารับบริการ

2. ควรมีการประเมินผลความพึงพอใจในคุณภาพการบริการของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง เป็นระยะๆ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการ

3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง เพื่อให้ผู้ประกันตนได้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ ในการเข้ารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และหลังคลอดบุตร

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลตรัง. (2567). ข้อมูลสถิติประจำปี 2567. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง.
- ธมลวรรณ ยอดมูลคลี. (2563). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พักอาศัยเขตกรุงเทพมหานคร ในการใช้บริการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ธนัญญา ศุภวิชัย. (2562). การรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(7), 42-59.
- นงลักษณ์ ยอดมงคล. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนปฏิรูปประเทศ 11 ด้าน. สำนักพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- นาฏสิริ ผ่องมิ่งษ์. (2563). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อโรงพยาบาลค่ายเสนาณรงค์. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รุ่งทิพย์ นิลพัท. (2561). คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาล เปาโลรังสิต. การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- วิศณุพงศ์ ไกรเทพ และ มิ่งขวัญ ศิริโชติ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง: มิติใหม่ในการดูแล สุขภาพ : สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ. การประชุมวิชาการประจำปี 2566 (หน้า 675). สมาคมพยาบาลทหารบก วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ และคณะสาธารณสุขศาสตร์
- โศรดา อินทศิริ. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระนอง. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 3(1), 26-37.
- สำนักงานประกันสังคม สำนักงานใหญ่. (2565). สิทธิประโยชน์. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://www.sso.go.th/wpr/> [สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2568].
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). สิทธิสุขภาพดีป้องกันโรค. [ออนไลน์]. ได้จาก: <https://www.nhso.go.th/th/2024-08-22-03-33-6> [สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2568].
- อมรรัตน์ ศรีวานัด และ อรนนท์ หาญยุทธ. (2560). ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาลตำรวจ, 9(1), 187-196.



การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วย
SLIMNAS Model ในชุมชน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
Community Health Literacy Developing Process on Leptospirosis
Prevention among People with SLIMNAS Model in
Kanthararom District, Sisaket Province

วรรณวิทย์ วิเศษหมื่น

Wattanawich Wisetmuen

นักสาธารณสุขชำนาญการ

(Received: June 15, 2025; Revised: July 22, 2025; Accepted: July 24, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS จำนวน 67 คน และกลุ่มประเมินผลลัพธ์จำนวน 180 คน ขอบเขตการศึกษาครอบคลุมพื้นที่ 4 ตำบล 11 หมู่บ้าน การดำเนินการตามแบบจำลอง SLIMNAS ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ (S1) การเรียนรู้และการสร้างความรอบรู้ (L) นวัตกรรมและการบูรณาการ (I) การระดมพลังและการใช้สื่อ (M) เครือข่ายและการมีส่วนร่วม (N) การประเมินและการปรับตัว (A) และความยั่งยืนและการแบ่งปันความรู้ (S2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินการมีส่วนร่วม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มขับเคลื่อนบรรลุเป้าหมายในระดับหุ้นส่วนความร่วมมือ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.8 ± 0.6 คะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 93.8 ± 18.2 คะแนน เป็น 130.4 ± 19.8 คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 39.0 ($p < 0.001$) โดยมีผลการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันมีการพัฒนาสูงสุดร้อยละ 46.7 พฤติกรรมการป้องกันโรคเปลี่ยนแปลงในทางบวกทุกด้าน โดยการสวมใส่รองเท้าบูทยางเพิ่มขึ้นสูงสุดร้อยละ 55.5 รองลงมาคือการปิดแผลก่อนปฏิบัติงานร้อยละ 43.9 และการล้างมือหลังสัมผัสกับดินหรือน้ำร้อยละ 33.4 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์สูงสุดกับผลลัพธ์คือการเรียนรู้และการสร้างความรอบรู้ ($r = 0.638$) และการระดมพลังและการใช้สื่อ ($r = 0.589$) ชุมชนสามารถพัฒนาผู้นำสุขภาพระดับหมู่บ้าน (Health Champion) จำนวน 18 คน และจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรม 50,000 บาทต่อปี การศึกษาสรุปได้ว่า แบบจำลอง SLIMNAS เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน แบบจำลองดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพชุมชนในบริบทสังคมไทยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคเลปโตสไปโรซิส, SLIMNAS Model



Abstract

This study aimed to develop a health learning community for leptospirosis prevention by applying the SLIMNAS Model. The study employed a participatory action research design conducted over 6 months. The sample was divided into two groups: the SLIMNAS Model implementation group, consisting of 67 participants, and the outcome evaluation group, consisting of 180 participants. The study scope covered 4 sub-districts and 11 villages. The implementation of the SLIMNAS Model comprised seven core components: Situation Survey and Analysis (S1), Learning and Literacy development (L), Innovation and Integration (I), Mobilization and Media utilization (M), Network and participation (N), Assessment and Adaptation (A), and Sustainability and knowledge Sharing (S2). The research instruments included a health literacy assessment form, a participation evaluation form, and in-depth interview guides.

The study findings revealed that the participation level of the implementation group achieved the partnership cooperation target with a mean score of 3.8 ± 0.6 points. Health literacy increased significantly from 93.8 ± 18.2 points to 130.4 ± 19.8 points, representing a 39.0% increase ($p < 0.001$). The dimension of practical application in daily life showed the highest development at 46.7%. Disease prevention behaviors improved positively in all aspects, with rubber boot wearing showing the highest increase at 55.5%, followed by wound covering before work at 43.9%, and handwashing after contact with soil or water at 33.4%. The components with the highest correlation to outcomes were Learning and Literacy development ($r = 0.638$) and Mobilization and Media utilization ($r = 0.589$). The community was able to develop 18 village-level health champions and allocate a supporting budget of 50,000 baht per year for activities. The study concluded that the SLIMNAS Model is an effective approach for developing health literacy and changing leptospirosis prevention behaviors in communities. This model can be appropriately applied as a conceptual framework for community health development in the Thai social context.

Keywords: Health literacy, Leptospirosis, SLIMNAS Model

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสถือเป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญยิ่งต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชุมชนเกษตรกรรมซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงสูงจากการสัมผัสแหล่งน้ำและสิ่งแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค การศึกษาต่างๆ ในประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าโรคเลปโตสไปโรซิสยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่หลากหลาย (Hinjoy et al., 2019; Narkkul et al., 2021) แม้ว่าโรคเลปโตสไปโรซิสจะจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่ยังคงเป็นปัญหาท้าทายทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

จังหวัดศรีสะเกษเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอำเภอกันทรารมย์ซึ่งมีผู้ป่วยเฉลี่ย 15-20 รายต่อปี ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส การตรวจพบเชื้อเลปโตสไปราในสัตว์พาหะนำโรค และสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการคงอยู่ของเชื้อเลปโตสไปรา อาทิ ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ และปริมาณน้ำฝนรายปี (Wongbutdee et al., 2016; Jittimanee & Wongbutdee, 2014; Viroj et al., 2021)

แม้ว่าโรคเลปโตสไปโรซิสจะสามารถป้องกันได้ แต่การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ การทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบจำลองการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่มีอยู่ส่วนใหญ่เน้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงเดี่ยวหรือการดำเนินงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้ขาดการบูรณาการที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของสังคมไทย เพื่อแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว การศึกษานี้จึงได้พัฒนาแบบจำลอง SLIMNAS Model ซึ่งเป็นแนว

ทางการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการที่สังเคราะห์จากทฤษฎีและแนวคิดที่มีประสิทธิผลจาก 6 สาขาวิชา ประกอบด้วย กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012) แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) การวิจัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Israel et al., 2012) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและพฤติกรรม (Bandura, 1986) ทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรม (Rogers, 2003) และทฤษฎีการพัฒนาชุมชนเชิงบูรณาการ (Rothman, 2007)

แบบจำลอง SLIMNAS ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่อง ได้แก่ Survey & Situation Analysis (S1) Learning & Literacy (L) Innovation & Integration (I) Mobilization & Media (M) Networking & Participation (N) Assessment & Adaptation (A) และ Sustainability & Sharing (S2) แบบจำลองนี้มีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากแบบจำลองอื่น คือ การเป็นแบบจำลองเชิงวงจรต่อเนื่อง การมีความยืดหยุ่นในการปรับประยุกต์ใช้ การเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การมีกลไกสร้างความยั่งยืนในตัวแบบจำลอง และการมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติใช้จริงในบริบทสังคมไทย

การประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS กับ การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสจะเป็นการประเมินประสิทธิผลของแบบจำลองในสถานการณ์จริง และสร้างฐานความรู้ใหม่ที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพในอนาคต การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของแบบจำลอง SLIMNAS ในบริบทเฉพาะของอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านการประยุกต์ใช้ในการ

พัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทาง ผลการศึกษาจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงประยุกต์ปฏิบัติ และส่งผลในเชิงบวกต่อชุมชนในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อประเมินผลการประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพใน

การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS โดยชุมชนและนักวิจัยร่วมมือกันอย่างเป็นหุ้นส่วนในทุกขั้นตอนของการศึกษา ประกอบด้วย การระบุปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติตามแผน การติดตามและประเมินผล และการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่มีความยั่งยืนในชุมชน

พื้นที่ดำเนินการศึกษา

การศึกษาดำเนินการในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ครอบคลุม 4 ตำบล 11 หมู่บ้าน ประกอบด้วย ตำบลดุน (3 หมู่บ้าน) ตำบลคู (2 หมู่บ้าน) ตำบลยาง (2 หมู่บ้าน) และตำบลหนองหัวช้าง (4 หมู่บ้าน) การกำหนดขอบเขตพื้นที่ศึกษาใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้ 1) เป็นพื้นที่ที่มีการรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีซ้อนหลัง 2) มีกิจกรรมเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักของประชากรในพื้นที่ 3) มีระบบสุขภาพชุมชนที่มีความพร้อมในการให้ความร่วมมือ 4) ผู้นำชุมชนมีความสนใจและความตั้งใจที่จะเข้าร่วมโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้จำแนกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ตามบทบาทหน้าที่ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS

กลุ่มที่ 1 กลุ่มขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS จำนวน 67 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 14 คน ประกอบด้วย นายกเทศมนตรีตำบล หัวหน้ากองสาธารณสุข กำนัน และผู้ใหญ่บ้าน

2. กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและการศึกษา
จำนวน 19 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครูอนามัย
โรงเรียน

3. กลุ่มเยาวชนและองค์กรศาสนา จำนวน 12
คน ประกอบด้วย ตัวแทนเยาวชนในสถานศึกษาและ
พระภิกษุ

กลุ่มประชาชนและผู้ที่ได้รับผลกระทบ จำนวน
22 คน ประกอบด้วย ผู้ที่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรค
เลปโตสไปโรซิส ญาติของผู้ป่วย และตัวแทนกลุ่ม
เกษตรกร

กลุ่มที่ 2 กลุ่มประเมินผลลัพธ์ จำนวน 180
คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple
Random Sampling) และมีการกระจายตัวตามสัดส่วน
ประชากรในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ ออกเป็น 4 ตำบล
ได้แก่ ตำบลดุน 45 คน ตำบลคู 30 คน ตำบลยาง 30
คน และตำบลหนองหัวช้าง 75 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) มีถิ่นที่อยู่
อาศัยในอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็น
ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีความสามารถในการ
สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยหรือภาษาอีสาน 3) มีอายุตั้งแต่
18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 4) ให้ความยินยอมในการเข้าร่วม
การศึกษาโดยสมัครใจและมีข้อมูลครบถ้วน (Informed
Consent)

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถ
เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด 2) มีการ
เปลี่ยนแปลงถิ่นที่อยู่อาศัยออกนอกพื้นที่ศึกษาระหว่าง
การดำเนินการศึกษา 3) แสดงความประสงค์ขอถอนตัว
จากการเข้าร่วมด้วยเหตุผลส่วนบุคคลใดๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ได้รับการ
ดัดแปลงจากมาตรวัดความรู้ด้านสุขภาพ

(Health Literacy Scale) ให้มีความเหมาะสมกับบริบท
เฉพาะของโรคเลปโตสไปโรซิส ประกอบด้วย 5 มิติการ
วัด รวมทั้งสิ้น 35 ข้อคำถาม ได้แก่ มิติการเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพ 8 ข้อ มิติการเข้าใจและตีความข้อมูล 8 ข้อ มิติ
การประเมินคุณภาพข้อมูล 6 ข้อ มิติการประยุกต์ใช้ใน
ชีวิตประจำวัน 8 ข้อ และมิติการสื่อสารและแบ่งปัน
ข้อมูล 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลและจำแนกระดับ
เป็น 5 ระดับ

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือ
สำหรับวัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS จำนวน 35 ข้อ โดยยึด
ตามทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน 5 ระดับ ได้แก่
ระดับการรับรู้ข้อมูล (Informing) ระดับการเข้าร่วม
กิจกรรม (Consultation) ระดับการร่วมมือดำเนินงาน
(Involving) ระดับการเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือ
(Collaboration) และระดับการเป็นเจ้าของ
กระบวนการ (Empowerment)

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ได้รับการพัฒนาขึ้น 2
ชุดเครื่องมือ สำหรับการประเมินบริบทและการถอด
บทเรียนจากกระบวนการ โดยครอบคลุมเนื้อหาใน
ประเด็นต่างๆ ประกอบด้วย ประสพการณ์การเข้าร่วม
กิจกรรม กระบวนการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่
เกิดขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ อุปสรรคและ
ข้อจำกัดในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อการ
พัฒนาต่อยอด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้ผ่านการตรวจสอบ
คุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)
โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย
ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน ด้านโรคติดต่อและ
ระบาดวิทยา และด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วน
ร่วม นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่น
(Reliability Testing) โดยการทดลองใช้เครื่องมือกับ



กลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในพื้นที่ใกล้เคียง
กับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน

ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า แบบ
ประเมินความรู้ด้านสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินการมีส่วนร่วมมีค่า
สัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.92 ซึ่งค่าดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า
เครื่องมือทั้งสองชุดมีความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก และ
สามารถนำไปใช้ในการศึกษาได้อย่างเหมาะสม

การประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS

แบบจำลอง SLIMNAS ดำเนินการผ่าน
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดย
ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลักที่มีการเชื่อมโยงกันใน
ลักษณะของวงจรการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

เดือนที่ 1 การเตรียมความพร้อม: สร้างความ
เข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การศึกษา จัดการ
ประชุมชี้แจงแบบจำลอง SLIMNAS และ
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กำหนด
ข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงาน และจัดสรรบทบาท
หน้าที่ความรับผิดชอบ

เดือนที่ 2 Survey & Situation Analysis
(S1): กลุ่มขับเคลื่อนเข้าร่วมการสำรวจแบบมีส่วนร่วม
(Participatory Community Mapping) เพื่อระบุ
ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรซิส วิเคราะห์
ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน รวมทั้งการ
ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใน
ขณะเดียวกัน กลุ่มประเมินผลลัพธ์ได้รับการประเมิน
ความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้น (Pre-test) และการ
สำรวจพฤติกรรมในการป้องกันโรคในปัจจุบัน

เดือนที่ 3 Learning & Literacy (L): พัฒนา
ความรู้และทักษะของกลุ่มขับเคลื่อนโดยการจัดอบรมให้
ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส การพัฒนาสื่อการเรียนรู้

ที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น การอบรมผู้นำสุขภาพ
ชุมชน (Community Health Champions) และการ
ฝึกอบรมทักษะการสื่อสารและการถ่ายทอดความรู้

เดือนที่ 4 Innovation & Integration (I) และ
Mobilization & Media (M): กลุ่มขับเคลื่อนร่วมกัน
พัฒนานวัตกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบท
เฉพาะของท้องถิ่น โดยการบูรณาการภูมิปัญญาดั้งเดิม
เข้ากับองค์ความรู้สมัยใหม่ จัดกิจกรรมรณรงค์สร้าง
ความตื่นเฝ้าระวังในงานประเพณีท้องถิ่น ประยุกต์ใช้สื่อ
หลากหลายรูปแบบ และระดมทรัพยากรผ่านผู้นำในทุก
ระดับ

เดือนที่ 5 Networking & Participation (N)
และ Assessment & Adaptation (A): สร้างเครือข่าย
ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน จัดตั้ง
คณะกรรมการสุขภาพชุมชนเฉพาะทาง ดำเนินการ
ประเมินการมีส่วนร่วมและการเปลี่ยนแปลงระหว่าง
การดำเนินงาน รวมทั้งการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมตาม
ข้อเสนอแนะที่ได้รับ

เดือนที่ 6 Sustainability & Sharing (S2):
สร้างกลไกความยั่งยืนและแบ่งปันองค์ความรู้ โดยการ
จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียนร่วมกัน
การวางแผนความยั่งยืนอย่างมีส่วนร่วม การเตรียมความ
พร้อมสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น และการจัดทำ
คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับชุมชน ในขณะเดียวกัน กลุ่ม
ประเมินผลลัพธ์ได้รับการประเมินผลขั้นสุดท้าย (Post-
test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การ
ทดสอบแบบ Paired t-test สำหรับเปรียบเทียบคะแนน

■ ■ ■
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการ
ประยุกต์ใช้แบบจำลอง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ
Correlation analysis สำหรับศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างระดับการมีส่วนร่วมกับผลลัพธ์ของการศึกษา
โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดย
ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยเริ่ม
จากกระบวนการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และ
การประชุมอย่างละเอียด การจำแนกและจัดหมวดหมู่
เนื้อหาตามองค์ประกอบของแบบจำลอง SLIMNAS และ
การสร้างระบบรหัส (Coding Scheme) ตามกรอบ
แนวคิดที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ ยังดำเนินการวิเคราะห์
เชิงธีม (Thematic Analysis) ซึ่งมุ่งเน้นการระบุและ
พัฒนาธีมหลักและธีมย่อยจากประสบการณ์การมีส่วน
ร่วมของชุมชน และการวิเคราะห์แบบสามเส้า
(Triangulation) โดยการเปรียบเทียบและยืนยันข้อมูล
จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างความตรงและ
ความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่ม
ขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS จำนวน 67 คน และ
กลุ่มประเมินผลลัพธ์จำนวน 180 คน รวมทั้งสิ้น 247 คน

กลุ่มขับเคลื่อนแบบจำลอง SLIMNAS
ประกอบด้วยผู้เข้าร่วมเพศชายร้อยละ 56.7 และเพศ
หญิงร้อยละ 43.3 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 46-60 ปี คิด

เป็นร้อยละ 41.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ
46.3 เมื่อจำแนกตามบทบาทหน้าที่ พบว่า เป็นกลุ่ม
ประชาชนและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคร้อยละ 32.8
กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและการศึกษาร้อยละ 28.4
กลุ่มผู้นำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ
20.9 และกลุ่มเยาวชนและผู้นำองค์กรศาสนาร้อยละ 17.9

กลุ่มประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วยผู้เข้าร่วม
เพศชายร้อยละ 52.2 และเพศหญิงร้อยละ 47.8 มีอายุ
เฉลี่ย 45.3 ± 12.8 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ
70.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.0
และมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000-10,000
บาท คิดเป็นร้อยละ 46.7

การดำเนินงานตามแบบจำลอง SLIMNAS

การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพโดย
ประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ได้ดำเนินการอย่าง
ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยการวิเคราะห์อัตรา
การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มขับเคลื่อนในแต่ละ
องค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบที่มีอัตราการเข้าร่วม
สูงสุดคือ S2 (Sustainability & Sharing: ความยั่งยืน
และการแบ่งปันความรู้) ร้อยละ 97.0 รองลงมาคือ M
(Mobilization & Media: การระดมทรัพยากรและการ
ใช้สื่อ) ร้อยละ 95.5 และ S1 (Survey & Situation
Analysis: การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์) ร้อยละ
94.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมตามองค์ประกอบ SLIMNAS Model

องค์ประกอบ	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	ระดับการมีส่วนร่วม
S1: การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์	3.8 ± 0.9	หุ้นส่วน
L: การเรียนรู้และความรอบรู้	4.2 ± 0.7	หุ้นส่วน
I: นวัตกรรมและการบูรณาการ	3.9 ± 0.8	หุ้นส่วน
M: การระดมพลังและสื่อ	4.1 ± 0.6	หุ้นส่วน
N: การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม	3.6 ± 0.9	หุ้นส่วน
A: การประเมินและปรับตัว	3.7 ± 0.8	หุ้นส่วน
S2: ความยั่งยืนและการแบ่งปัน	3.5 ± 1.0	หุ้นส่วน
รวม	3.8 ± 0.6	หุ้นส่วน

จากตารางที่ 1 แสดงระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มขับเคลื่อนในแต่ละองค์ประกอบของแบบจำลอง SLIMNAS พบว่า องค์ประกอบ L (การเรียนรู้และความรอบรู้) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.2 ± 0.7 คะแนน รองลงมาคือ องค์ประกอบ M (การระดมพลังและสื่อ) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 4.1 ± 0.6 คะแนน และองค์ประกอบ I (นวัตกรรมและการบูรณาการ) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 3.9 ± 0.8 คะแนน ตามลำดับ

องค์ประกอบ S1 (การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์) มีคะแนนเฉลี่ย 3.8 ± 0.9 คะแนน องค์ประกอบ A (การประเมินและปรับตัว) มีคะแนนเฉลี่ย 3.7 ± 0.8 คะแนน องค์ประกอบ N (การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม) มีคะแนนเฉลี่ย 3.6 ± 0.9 คะแนน และองค์ประกอบ S2 (ความยั่งยืนและการแบ่งปัน) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.5 ± 1.0 คะแนน

เมื่อพิจารณาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า องค์ประกอบ M มีค่าความผันแปรต่ำสุด ($SD = 0.6$) แสดงให้เห็นถึงความสม่ำเสมอของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนี้ ขณะที่องค์ประกอบ S2 มีค่าความผันแปรสูงสุด ($SD = 1.0$) แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของ

ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านความยั่งยืนและการแบ่งปัน

คะแนนรวมทุกองค์ประกอบมีค่าเฉลี่ย 3.8 ± 0.6 คะแนน โดยทุกองค์ประกอบจัดอยู่ในระดับ "หุ้นส่วน" ซึ่งหมายความว่า ผู้เข้าร่วมมีการมีส่วนร่วมในระดับที่มีการแบ่งปันอำนาจในการตัดสินใจและร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงานอย่างแท้จริง

การเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติ ($p < 0.001$) โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 93.8 ± 18.2 คะแนน เป็น 130.4 ± 19.8 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 36.6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 39.0

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีการพัฒนาสูงสุด โดยเพิ่มขึ้น 9.2 คะแนน จาก 19.7 เป็น 28.9 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.7) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพิ่มขึ้น 8.8 คะแนน จาก 22.4 เป็น 31.2 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.3) ด้านการเข้าใจและตีความข้อมูล เพิ่มขึ้น 8.2 คะแนน จาก 21.6 เป็น 29.8 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 38.0) ด้านการประเมินคุณภาพข้อมูล เพิ่มขึ้น 5.8

คะแนน จาก 16.3 เป็น 22.1 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 35.6) และด้านการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูล เพิ่มขึ้น 4.6 คะแนน จาก 13.8 เป็น 18.4 คะแนน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.3) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง (n=180)

ความรู้	คะแนนเต็ม	ก่อน (M±SD)	หลัง (M±SD)	Mean Difference	95% CI	p-value
การเข้าถึงข้อมูล	40	22.4 ± 4.8	31.2 ± 5.1	8.8	7.8-9.8	<0.001*
การเข้าใจข้อมูล	40	21.6 ± 5.2	29.8 ± 4.9	8.2	7.3-9.1	<0.001*
การประเมินข้อมูล	30	16.3 ± 3.9	22.1 ± 4.2	5.8	5.2-6.4	<0.001*
การนำไปใช้	40	19.7 ± 5.4	28.9 ± 5.6	9.2	8.3-10.1	<0.001*
การสื่อสาร	25	13.8 ± 3.6	18.4 ± 3.8	4.6	4.1-5.1	<0.001*
รวม	175	93.8 ± 18.2	130.4 ± 19.8	36.6	33.1-40.1	<0.001*

*p < 0.001

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสและการทดสอบทางสถิติ (n=180)

พฤติกรรมในการป้องกันโรค	ก่อน n (%)	หลัง n (%)	การเปลี่ยนแปลง n (%)	χ^2	p-value
สวมรองเท้าบูทเมื่อทำนา	34 (18.9)	134 (74.4)	+100 (+55.5)	89.10	<0.001*
ปิดแผลก่อนทำงาน	62 (34.4)	141 (78.3)	+79 (+43.9)	69.93	<0.001*
ล้างมือหลังสัมผัสดิน/น้ำ	94 (52.2)	154 (85.6)	+60 (+33.4)	52.74	<0.001*
ไปหาแพทย์เมื่อมีอาการ	75 (41.7)	133 (73.9)	+58 (+32.2)	50.77	<0.001*
หลีกเลี่ยงการลุยน้ำขัง	83 (46.1)	128 (71.1)	+45 (+25.0)	39.51	<0.001*
กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์หนู	106 (58.9)	144 (80.0)	+38 (+21.1)	32.60	<0.001*

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (p < 0.001) โดยมีการเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 38 คน (ร้อยละ 21.1) ถึง 100 คน (ร้อยละ 55.5)

การสวมรองเท้าบูทเมื่อทำนา มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุดและมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด ($\chi^2 = 89.10$, p < 0.001) โดยเพิ่มขึ้น 100 คน จาก 34 คน เป็น 134 คน

การปิดแผลก่อนทำงาน มีการเปลี่ยนแปลงรองลงมา ($\chi^2 = 69.93$, p < 0.001) โดยเพิ่มขึ้น 79 คน จาก 62 คน เป็น 141 คน พฤติกรรมอื่น ๆ ทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับสูงมาก ($\chi^2 = 32.60-52.74$, p < 0.001) แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคในทุกด้านอย่างชัดเจน

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จและอุปสรรคใน การดำเนินงาน

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ

การวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จใน
การประยุกต์ใช้แบบจำลอง SLIMNAS พบองค์ประกอบ
สำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในทุกระดับ
ตั้งแต่ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ
ผู้นำทางความคิด ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับและการ
ขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. การออกแบบแบบจำลอง SLIMNAS ที่
สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของชุมชนท้องถิ่น โดย
คำนึงถึงลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของ
พื้นที่ศึกษา
3. การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับองค์
ความรู้สมัยใหม่ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีความหมายและ
สามารถประยุกต์ใช้ได้จริง
4. การประยุกต์ใช้สื่อการสื่อสารที่หลากหลาย
รูปแบบ ทั้งสื่อดั้งเดิมและสื่อสมัยใหม่ เพื่อให้เข้าถึง
กลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุม
5. การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นทั้งในด้านการนโยบาย งบประมาณ และการ
อำนวยความสะดวก

อุปสรรคในการดำเนินงาน

การศึกษาระบุอุปสรรคหลัก 5 ประการที่ส่งผล
กระทบต่อการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ข้อจำกัดด้านเวลาของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงฤดูกาลทำการเกษตร ซึ่งส่งผล
ต่ออัตราการเข้าร่วมและความต่อเนื่องของการ
ดำเนินงาน

2. ความแตกต่างของระดับการศึกษาในกลุ่ม
ผู้เข้าร่วม ทำให้การถ่ายทอดข้อมูลและการสร้างความ
เข้าใจร่วมกันต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย

3. ความเชื่อและทัศนคติเดิมของชุมชนที่ฝัง
แน่น ซึ่งต้องใช้เวลาและกระบวนการที่เหมาะสมในการ
เปลี่ยนแปลง

4. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพอากาศและ
ความสะดวกในการเดินทาง ซึ่งส่งผลต่อการจัดกิจกรรม
และการเข้าร่วมของชุมชน

5. การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง อันเนื่องมาจากความแตกต่างของภารกิจ
ขั้นตอนการทำงาน และระยะเวลาการดำเนินงาน

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบกับ ผลลัพธ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสหสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบ L (การเรียนรู้และการสร้างความ
รอบรู้) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดกับการ
เปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.638, p < 0.001$) รองลงมาคือองค์ประกอบ M (การระดม
ทรัพยากรและการใช้สื่อ) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ในระดับสูง ($r = 0.589, p < 0.001$)

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของแบบจำลอง SLIMNAS ใน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่มี
นัยสำคัญของแบบจำลอง SLIMNAS ในการพัฒนาความ
รอบรู้ด้านสุขภาพของชุมชน โดยคะแนนรวมเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 93.8 คะแนน เป็น 130.4
คะแนน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 39.0 ($p < 0.001$) พร้อมทั้ง
มีขนาดผลกระทบในระดับสูงมาก (Effect Size = 1.93)

การเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ที่เน้นการพัฒนาทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการนำไปใช้ข้อมูลสุขภาพแบบบูรณาการ และสนับสนุนแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ที่ระบุถึงความสำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Ruangkiatkul และคณะ (2022) ที่พบว่าประชากรไทยโดยรวมมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยกลุ่มวัยกลางคนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษานี้แสดงให้เห็นการปรับปรุงที่เป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.7

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรค

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคในการศึกษานี้มีความชัดเจนและมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสวมใส่รองเท้าบูทยางที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 55.5 (จากร้อยละ 18.9 เป็นร้อยละ 74.4) ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้สามารถอธิบายได้ด้วยการบูรณาการระหว่างการให้ความรู้ การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันอย่างเป็นรูปธรรม และการสร้างแรงจูงใจผ่านกลุ่มเพื่อนในชุมชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและพุทธิปัญญา (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) เกี่ยวกับความสำคัญของการเรียนรู้จากแบบอย่าง (Modeling) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วม

การที่ชุมชนสามารถบรรลุระดับการมีส่วนร่วมในชั้น "หุ้นส่วนความร่วมมือ" โดยมีคะแนน 3.8 ± 0.6

ซึ่งเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับที่ 3 (ความร่วมมือ) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้หลักการของการวิจัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Community-Based Participatory Research) ตามแนวคิดของ Israel และคณะ (2012) ที่เน้นการสร้างความเป็นหุ้นส่วนที่มีความเท่าเทียมกันระหว่างนักวิจัยและชุมชน

การที่องค์ประกอบ L (การเรียนรู้และการสร้างความรอบรู้) ได้รับคะแนนการมีส่วนร่วมสูงสุด 4.2 ± 0.7 คะแนน สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองของชุมชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ของ Knowles (1984) ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการแก้ไขปัญหาในชีวิตจริง

ในทางตรงข้าม การที่องค์ประกอบ S2 (ความยั่งยืนและการแบ่งปันความรู้) มีคะแนนต่ำสุด 3.5 ± 1.0 คะแนน แสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการสร้างความมุ่งมั่นในระยะยาวและการถ่ายโอนความรับผิดชอบให้แก่ชุมชน อย่างไรก็ตาม การที่ชุมชนสามารถพัฒนาผู้นำสุขภาพระดับหมู่บ้าน (Health Champion) จำนวน 18 คน และจัดทำแผนงบประมาณสนับสนุนกิจกรรม 50,000 บาทต่อปี แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การบูรณาการแบบจำลอง SLIMNASสู่การปฏิบัติ

แบบจำลอง SLIMNAS แสดงให้เห็นถึงนวัตกรรมในการบูรณาการทฤษฎีจากหลายสาขาวิชาอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) และ Sørensen et al. (2012) แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ของ Green และ Kreuter (2005) การวิจัยชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ร่วมของ Israel et al. (2012) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและพฤติกรรมของ Bandura (1986) ทฤษฎีการแพร่กระจายและยอมรับนวัตกรรมของ Rogers (2003) และทฤษฎีการพัฒนาชุมชนเชิงบูรณาการของ Rothman (2007)

การจัดลำดับองค์ประกอบ 7 ขั้นตอนที่มีการเชื่อมโยงกันเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องมีความแตกต่างจากแนวทางเดิมที่มักเน้นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าหรือการดำเนินงานแยกเป็นส่วนๆ การออกแบบให้มีองค์ประกอบ A (Assessment & Adaptation) ที่เน้นการประเมินและการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และองค์ประกอบ S2 (Sustainability & Sharing) ที่เน้นความยั่งยืนและการแบ่งปันความรู้ แสดงให้เห็นถึงการเรียนรู้จากข้อจำกัดของโครงการพัฒนาชุมชนในอดีต

การสร้างผู้นำสุขภาพแบบบูรณาการ

การพัฒนาผู้นำสุขภาพระดับหมู่บ้าน (Health Champion) จำนวน 18 คนจากแบบจำลอง SLIMNAS เป็นนวัตกรรมที่มีความแตกต่างจากการอบรมผู้นำแบบดั้งเดิม โดยผู้นำเหล่านี้ไม่เพียงแต่มีความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสเท่านั้น แต่ยังได้รับการพัฒนาทักษะเชิงบูรณาการที่ครอบคลุมการสื่อสาร การจัดกิจกรรม การประเมินผล และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

ข้อจำกัดและความท้าทาย

อุปสรรคหลักที่พบในการดำเนินงานประกอบด้วย ข้อจำกัดด้านเวลาของผู้เข้าร่วมในช่วงฤดูกาลเก็บเกี่ยว ความแตกต่างของระดับการศึกษา โดยผู้เข้าร่วมร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและความเชื่อและทัศนคติดั้งเดิมของประชากรบางกลุ่ม นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคด้านสิ่งแวดล้อม อาทิ สภาพอากาศและการเดินทางในช่วงฤดูฝน และความท้าทายในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

การที่ยังสามารถบรรลุเป้าหมายได้แม้จะมีอุปสรรคเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นและความเหมาะสมของแบบจำลอง SLIMNAS ในการปรับประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับมิติการประยุกต์ใช้เป็นหลัก เนื่องจากผลการศึกษาแสดงการพัฒนาสูงสุดในมิตินี้ (ร้อยละ 46.7) การพัฒนาควรดำเนินการอย่างเป็นระบบตามลำดับมิติ เริ่มจากการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล ตามด้วยทักษะการประเมินและการสื่อสาร พร้อมบูรณาการการเรียนรู้เชิงปฏิบัติเพื่อสร้างนวัตกรรมในชุมชน

1.2 การสร้างการมีส่วนร่วมควรเริ่มจากการพัฒนาองค์ประกอบ L (การเรียนรู้และความรอบรู้) ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงสุดกับผลลัพธ์ ($r = 0.638$) และใช้องค์ประกอบ M (การระดมทรัพยากรและสื่อ) เป็นกลไกขับเคลื่อน ($r = 0.589$) ควรสร้างกลไกติดตามองค์ประกอบ S2 (ความยั่งยืนและการแบ่งปัน) อย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืน

1.3 การพัฒนาผู้นำสุขภาพชุมชนควรใช้กระบวนการคัดเลือกแบบมีส่วนร่วมเพื่อความน่าเชื่อถือ พัฒนาทักษะครอบคลุมทั้ง 7 องค์ประกอบ ทั้งความรู้เฉพาะโรค ทักษะการสื่อสาร การจัดกิจกรรม และการสร้างเครือข่าย พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุน 50,000 บาทต่อปี ตามแนวทางการศึกษานี้ที่สามารถพัฒนาผู้นำสุขภาพ 18 คน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial โดยใช้หมู่บ้านเป็นหน่วยการสุ่มเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของแบบจำลอง SLIMNAS



เปรียบเทียบกับวิธีการดั้งเดิม พร้อมการติดตามผลระยะ
ยาว 2-3 ปี และการศึกษาต้นทุนประสิทธิผลเพื่อ
สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

2.2 การศึกษาการประยุกต์ใช้ในหลายพื้นที่ที่มี
บริบทแตกต่างกันเพื่อประเมินความสามารถในการปรับ
ใช้และขยายผล รวมทั้งการเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้

กับโรคติดต่ออื่นและปัญหาสุขภาพเรื้อรังเพื่อพัฒนาเป็น
แบบจำลองสากล

2.3 ควรพัฒนาเทคโนโลยีประกอบด้วย
แพลตฟอร์มประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ระบบ
ปัญญาประดิษฐ์วิเคราะห์การมีส่วนร่วม และเทคโนโลยี
VR/AR สำหรับฝึกอบรมผู้นำสุขภาพชุมชน เพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice Hall.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). McGraw-Hill.
- Hinjoy, S., Chadsuthi, S., Petcharat, N., Wongkanjana, N., Adisasmito, W., & Triampo, W. (2019). Environmental and behavioral risk factors for severe leptospirosis in Thailand. *BMC Public Health*, 19, 350. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6641-4>
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (Eds.). (2012). Methods in community-based participatory research for health (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Jittimanee, J., & Wongbutdee, J. (2014). Survey of pathogenic *Leptospira* in rats by polymerase chain reaction in Sisaket Province. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(Suppl 4), S20-S24. PMID: 26817234.
- Knowles, M. S. (1984). The adult learner: A neglected species (3rd ed.). Gulf Publishing Company.
- Narkkul, U., Thaipadungpanit, J., Srisawat, N., Whitwam, T., Navacharoen, N., Chantratita, N., Kerdsin, A., Chongsuvivatwong, V., & Thamthitiwat, S. (2021). Human, animal, water source interactions and leptospirosis in Thailand. *Scientific Reports*, 11, Article 3493. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82290-5>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations (5th ed.). Free Press.
- Rothman, J. (2007). Multi modes of intervention at the macro level. *Journal of Community Practice*, 15(4), 11-40. https://doi.org/10.1300/J125v15n04_02

- 
- Ruangkiatkul, N., Sirison, K., Techasrivichien, T., Suphanchaimat, R., Topothai, T., Topothai, C., & Tangcharoensathien, V. (2022). General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. *Heliyon*, 8(5), Article e09431. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09431>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Viroj, J., Punpanich Vandepitte, W., Storset, A. K., Kristensen, B., Blasband, T., & Phetsouvanh, R. (2021). Climate factors and prevalence of leptospirosis and melioidosis infections in Thailand. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 6(3), 152. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed6030152>
- Wongbutdee, J., Saengnill, W., Jittimanee, J., & Daendee, S. (2016). Perceptions and risky behaviors associated with Leptospirosis in an endemic area in a village of Ubon Ratchathani Province, Thailand. *African Health Sciences*, 16(1), 170-176. <https://doi.org/10.4314/ahs.v16i1.23>

การพัฒนาแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยกลไก

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปี 2567

Development of a Road Safety Management Model through the District
Quality of Life Committee Mechanism in Sawang Daen Din District,
Sakon Nakhon Province, 2024.

กานต์นิธิ ไชยบุตร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

(Received: May 18, 2025; Revised: July 22, 2025; Accepted: August 3, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มขับเคลื่อนกลไก 52 คน และกลุ่มประเมินผลลัพธ์ 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการขับขี่ แบบประเมิน D-RTI PLUS การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ได้พัฒนา "รูปแบบ 4S MODEL" ประกอบด้วย S1-System Approach (การจัดการเชิงระบบ) S2-Stakeholder Collaboration (ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย) S3-Stimulus Control (การควบคุมสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมเสี่ยง) และ S4-Social Learning (การเรียนรู้ทางสังคม) โดยขับเคลื่อนผ่านวงจร PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection) การทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 3 เดือน ดำเนินกิจกรรมได้ร้อยละ 88.9 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร (12.31) สูงวก่อนทดลอง (8.42) และมีคะแนนพฤติกรรมการขับขี่ (29.22) สูงวก่อนทดลอง (21.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการประเมิน D-RTI PLUS เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.4 เป็น 83.3 ซึ่งอยู่ในระดับดีเยี่ยม สถิติอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 17.0 ผู้บาดเจ็บลดลงร้อยละ 19.6 และผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 33.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย กระบวนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอ

คำสำคัญ: การจัดการความปลอดภัยทางถนน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง



Abstract

This action research aimed to develop, pilot, and evaluate a road safety management model focusing on risky behavior modification through the District Quality of Life Development Committee (DQLDC) mechanism in Sawang Daen Din District, Sakon Nakhon Province. The sample consisted of 52 people in the mechanism implementation group and 45 people in the outcome evaluation group. Data were collected using questionnaires on knowledge and driving behavior, D-RTI PLUS assessment forms, in-depth interviews, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, and content analysis.

The research found that the "4S MODEL" was developed, comprising S1-System Approach, S2-Stakeholder Collaboration, S3-Stimulus Control, and S4-Social Learning, driven through the PAOR cycle (Plan-Action-Observation-Reflection). The three-month pilot implementation achieved an 88.9% activity completion rate. After the pilot, participants had significantly higher scores in traffic law knowledge (12.31) compared to before (8.42) and driving behavior scores (29.22) compared to before (21.76) at the .05 statistical significance level. D-RTI PLUS assessment results increased from 51.4% to 83.3%, reaching an excellent level. Accident statistics decreased by 17.0%, injuries decreased by 19.6%, and fatalities decreased by 33.3%. Success factors included leadership and management, community and stakeholder participation, systematic operational processes, and adequate supporting resources.

Keywords : Road Safety Management, District Health Board Committee, Risk Behavior Modification

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญยิ่งของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ในอันดับ 9 ของโลก คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เฉลี่ย 60 คนต่อวัน และ 22,491 คนต่อปี (World Health Organization, 2018) สถิติการเกิดอุบัติเหตุในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 โดยมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตอย่างต่อเนื่องทุกปี จังหวัดสกลนครมีสถิติอุบัติเหตุในช่วง 5 ปี (2561-2565) จำนวน 12,196; 12,202; 11,991; 10,807 และ 9,955 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 14,626; 15,285; 15,105; 13,084 และ 12,098 ราย และผู้เสียชีวิต 276; 270; 270; 265 และ 261 ราย ตามลำดับ อำเภอสว่างแดนดินในปีงบประมาณ 2564 มีอุบัติเหตุ 1,717 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 2,115 ราย ผู้เสียชีวิต 46 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 37.62 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

งานวิจัยในประเทศไทยสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยทางถนนแบบบูรณาการโดยวาระศัตวรรษที่ 21 (2548) ได้วิเคราะห์ความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรทางบกและเสนอความจำเป็นในการพัฒนามาตรการป้องกันที่ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้างพื้นฐานและพฤติกรรมของผู้ใช้ถนน ขณะที่สถาบันพระปกเกล้า (2548) ได้ประเมินผลนโยบายการป้องกันอุบัติเหตุจราจรและชี้ให้เห็นว่าการขาดบูรณาการระหว่างหน่วยงานเป็นอุปสรรคสำคัญต่อประสิทธิภาพของนโยบาย นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายได้รับการยืนยันว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะในงานของ ญัฐวุฒิ พิมพ์ทอง (2559) ซึ่งศึกษาการบริหารจัดการแบบบูรณาการเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในระดับท้องถิ่น และ

พบว่าการประสานงานระหว่างองค์กรภาครัฐกับชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานของพรตณัย วัชรณพัฒน์ธาดา (2562) ที่พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการของจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งตอกย้ำถึงความจำเป็นของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพและความปลอดภัยทางถนนอย่างยั่งยืน

งานวิจัยด้านพฤติกรรมจราจรในประเทศไทยสะท้อนความซับซ้อนของปัญหา ธรรมมา เจียรธรวานิช (2559) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุในการใช้จักรยานและระบุความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ความเชื่อมั่นในตนเอง และการควบคุมอารมณ์มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุ สรศักดิ์ ต้นทอง (2560) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากรถจักรยานยนต์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและระบุพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขับเร็วและการไม่สวมหมวกนิรภัย เป็นปัจจัยสำคัญ บุญยืน ศรีสว่าง (2561) วิเคราะห์แนวโน้มอุบัติเหตุทางถนนและความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงในอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช และระบุการแก้ไขปัญหาต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

ด้านกลไกการขับเคลื่อนงานระดับอำเภอ อารุณรัตน์ อรุณนุมาศ (2562) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน และระบุการมีกลไกการทำงานที่ชัดเจนและการใช้ข้อมูลเป็นฐานในการตัดสินใจเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ สมรณมพอง (2561) ประเมินผลด้านชุมชนเพื่อลดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในเขตสุขภาพที่ 9 และระบุการมีส่วน

ร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันมีประสิทธิภาพในการลดอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ ๒๕๖๓ (2563) ถอดบทเรียนโครงการแก้ไขจุดเสี่ยงทางถนนในชุมชนโดยหน่วยจัดการร่วม ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และระบบการทำงานแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา

แม้งานวิจัยที่ผ่านมาจะสะท้อนความสำคัญของการจัดการความปลอดภัยทางถนนแบบบูรณาการ แต่ยังคงมีช่องว่างทางวิชาการสำคัญหลายประการ ประการแรก การขาดรูปแบบการทำงานที่เชื่อมโยงการจัดการเชิงระบบ (System Approach) กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเป็นรูปธรรม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงด้านใดด้านหนึ่ง มิได้บูรณาการทั้งด้านระบบและพฤติกรรมร่วมกัน ประการที่สอง การขาดการประยุกต์ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ แม้ พชอ. จะมีศักยภาพในการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน แต่ขาดการศึกษาการใช้กลไกในการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างจริงจัง ประการที่สาม การขาดรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการพัฒนาและทดสอบรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่สามารถนำไปใช้ในบริบทอำเภอได้จริง งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจหรือการประเมินผลโครงการที่มีอยู่เดิม มิได้พัฒนารูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่

ด้วยเหตุดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ซึ่งจะเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการดังกล่าวและสร้างองค์ความรู้

ใหม่ที่สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ความสำคัญของการวิจัยนี้คือการสร้างรูปแบบการทำงานที่บูรณาการทั้งการจัดการเชิงระบบและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้กลไกที่มีอยู่เดิมในระบบบริหารราชการไทย ซึ่งส่งผลให้สามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน อีกทั้งผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยจะมีประโยชน์โดยตรงต่อการลดอุบัติเหตุทางถนนและการรักษาชีวิตของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลสู่อำเภออื่นทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่พัฒนาขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การ

สังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบและประเมินผล ซึ่งทุกระยะดำเนินการตามวงจร PAOR อย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. กลุ่มขับเคลื่อนกลไกจำนวน 52 คน ซึ่งเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับอำเภอ (6 คน) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (8 คน) บุคลากรสาธารณสุข (6 คน) หน่วยงานความปลอดภัย (4 คน) หน่วยงานการศึกษา (4 คน) ผู้นำชุมชน (10 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (10 คน) และเด็กและเยาวชน (4 คน) กลุ่มนี้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผล

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์จำนวน 45 คน ซึ่งเป็นประชาชนในพื้นที่อำเภอสว่างแดนดินที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ด้วยค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ขับขี่รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อายุระหว่าง 18-60 ปี สมัครใจเข้าร่วม

โครงการวิจัย อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสว่างแดนดิน และสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์หรือ Line official

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับกลุ่มขับเคลื่อนกลไก

1.1 แบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนภายใต้ยุทธศาสตร์หลัก 5 ด้าน (5 Es) ประกอบด้วย ด้านการบังคับใช้กฎหมาย ด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ และด้านการประเมินผลและสารสนเทศ โดยมีลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงน้อยที่สุด (1 คะแนน)

1.2 แบบการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI PLUS) ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 9 กิจกรรมหลัก โดยมีลักษณะการตอบคำถาม คือ มี (1 คะแนน) และ ไม่มี (0 คะแนน)

1.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นและการสนทนากลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นในการพัฒนารูปแบบ

2. เครื่องมือสำหรับกลุ่มประเมินผลลัพธ์

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ ใบอนุญาตขับขี่ การสวมหมวกนิรภัยขณะประสบอุบัติเหตุ และลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรจำนวน 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิดหรือไม่ทราบ (0 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้ระดับดี ร้อยละ 60-79 หมายถึง

ระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับน้อย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกับความรู้

เครื่องมือดำเนินกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ เครื่องมือจัดการเชิงผลลัพธ์ 5 ชิ้น ประกอบด้วย สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดปัญหา แผนภูมิต้นไม้ บ้านโดผลลัพธ์ การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน และการรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน และเครื่องมือวิเคราะห์จุดเสี่ยงจำนวน 8 ใบงาน ประกอบด้วย การทำแผนที่และคัดเลือกจุดเสี่ยงในชุมชน การค้นหารูปแบบการชนที่เกิดขึ้นบ่อย การค้นหาปัจจัยเสี่ยงจากถนน การสรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดการชน การเรียนรู้จากอดีต การจัดทำแผนปฏิบัติการแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชน การจัดการที่ทำได้เอง และมาตรการประเมินผลเฝ้าระวังและติดตามผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำไปทดลองใช้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพังโคน จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดำเนินการตามนโยบายเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรเท่ากับ 0.88 และแบบสอบถาม

พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์เท่ากับ 0.82 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูง

การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับงานอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 5 คน ซึ่งได้รับการฝึกอบรมในการใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามของกลุ่มขับขี่เคลื่อนกลไกและกลุ่มประเมินผลลัพธ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน การสนทนากลุ่มโดยจัดกลุ่มย่อย 6-8 คนต่อกลุ่มใช้เวลาประมาณ 1.5-2 ชั่วโมงต่อกลุ่ม และการสังเกตการณ์บันทึกข้อมูลระหว่างการดำเนินกิจกรรม และข้อมูลเชิงสถิติจากการรวบรวมข้อมูลสถิติอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งก่อนและหลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

1.2 วิเคราะห์ระดับการดำเนินการตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนและระดับการดำเนินการตามแนวทาง D-RTI PLUS โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

1.3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ก่อนและหลังการพัฒนาแบบโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05



2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยถอดเทปการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม จัดระเบียบข้อมูลและจำแนกข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา

2.2 วิเคราะห์แก่นเรื่อง (Thematic Analysis) เพื่อหาแบบแผนหรือประเด็นสำคัญ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) จากนั้นสรุปและตีความผลการวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติการดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร SKN REC 2024-103 ลงวันที่ 17 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มขับเคลื่อนกลไกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.3) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 44.2) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 53.8) ปฏิบัติงานในภาคประชาสังคม (ร้อยละ 34.6) รองลงมาคือด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 30.8) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 11-15 ปี (ร้อยละ 32.7) และมีระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับงานอุบัติเหตุทางถนน 5-10 ปี (ร้อยละ 46.2)

กลุ่มประเมินผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.2) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 33.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.6) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 31.1) มีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ 6-10 ปี

(ร้อยละ 37.8) มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 60.0) และไม่สวมหมวกนิรภัยขณะประสบอุบัติเหตุ (ร้อยละ 53.3)

สถานการณ์อุบัติเหตุและการประเมินการดำเนินงานตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

สถิติอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอสว่างแดนดินระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหา โดยในปี 2564 เกิดอุบัติเหตุ 1,717 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 2,115 ราย และผู้เสียชีวิต 46 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 37.62 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2565 เกิดอุบัติเหตุ 1,590 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 1,945 ราย และผู้เสียชีวิต 42 ราย (อัตราการเสียชีวิต 34.35 ต่อประชากรแสนคน) และในปี 2566 เกิดอุบัติเหตุ 1,485 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 1,725 ราย และผู้เสียชีวิต 38 ราย (อัตราการเสียชีวิต 31.08 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งแม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง

การประเมินการดำเนินงานตามนโยบายป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีระดับการดำเนินงานมาก (ค่าเฉลี่ย 3.65) ในขณะที่ด้านการบังคับใช้กฎหมาย (ค่าเฉลี่ย 2.88) ด้านวิศวกรรมจราจร (ค่าเฉลี่ย 2.54) และด้านการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ (ค่าเฉลี่ย 2.62) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการประเมินผลและสารสนเทศอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.42) ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.82) ผลการประเมิน D-RTI PLUS ก่อนการพัฒนารูปแบบพบว่า ภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 51.4 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ระดับดี โดยกิจกรรมที่มีการดำเนินการมากที่สุดคือการตั้งคณะทำงาน Core Team และการประชุมขับเคลื่อน (ร้อยละ 75.0) ในขณะที่กิจกรรมที่มีการ

ดำเนินการน้อยที่สุดคือการกำหนดเป้าหมายและสร้าง
บันไดผลลัพธ์ (ร้อยละ 25.0)

รูปแบบ 4S MODEL ที่พัฒนาขึ้น

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้วย
เครื่องมือ 5 ชั้น การระดมความคิดเห็นจากภาคี
เครือข่าย และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้พัฒนา
"รูปแบบ 4S MODEL" สำหรับการจัดการความปลอดภัย
ทางถนนที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงใน
อำเภอสว่างแดนดิน ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ
หลัก ได้แก่

S1: System Approach (การจัดการเชิง
ระบบ) ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน
งานภายใต้ พขอ. โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน การ
สร้างระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันระหว่าง
หน่วยงาน การพัฒนาระบบการสอบสวนอุบัติเหตุและ
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการติดตามและประเมินผล
อย่างเป็นระบบ

S2: Stakeholder Collaboration (ความ
ร่วมมือของภาคีเครือข่าย) ประกอบด้วย การบูรณาการ
ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และ
ประชาชน การจัดตั้งทีมงานระดับตำบลและหมู่บ้าน
(RTI Team) ที่มาจากหลายภาคส่วน การส่งเสริมให้
ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการ และ
ประเมินผล และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง
ภาคีเครือข่าย

S3: Stimulus Control (การควบคุมสิ่ง
กระตุ้นพฤติกรรมเสี่ยง) ประกอบด้วย การจัดการ
สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การแก้ไขจุดเสี่ยง การ
ติดตั้งป้ายเตือน การลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรม
เสี่ยง เช่น การควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
การบังคับใช้กฎหมายและมาตรการทางสังคม เช่น ด้าน

ชุมชน ด้านครอบครัว และการติดตั้งกล้องตรวจจับ
ความเร็วในจุดเสี่ยง

S4: Social Learning (การเรียนรู้ทางสังคม)
ประกอบด้วย การให้ความรู้และสร้างความตระหนักผ่าน
สื่อและกิจกรรมที่หลากหลาย การพัฒนาทักษะการขับขี่
ปลอดภัยผ่านการฝึกอบรม การสร้างต้นแบบพฤติกรรม
ขับขี่ปลอดภัยในชุมชน และการเสริมแรงทางบวก
สำหรับผู้มีพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย

รูปแบบ 4S MODEL นี้ขับเคลื่อนผ่านวงจร
PAOR (Plan-Action-Observation-Reflection)
เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และมีการบูรณา
การกับกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ (พขอ.) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน

ผลการทดลองใช้รูปแบบ 4S MODEL

การทดลองใช้รูปแบบ 4S MODEL เป็น
ระยะเวลา 3 เดือน (พฤษภาคม - กรกฎาคม 2567)
สามารถดำเนินกิจกรรมได้ร้อยละ 88.9 (32 จาก 36
กิจกรรม) โดยองค์ประกอบ S1 - System Approach
มีการดำเนินการครบถ้วน (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ
S4 - Social Learning (ร้อยละ 90.0) S2 -
Stakeholder Collaboration (ร้อยละ 87.5) และ S3
- Stimulus Control (ร้อยละ 83.3) ตามลำดับ ผลการ
ดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้

S1: System Approach สามารถจัดตั้ง
คณะกรรมการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยทางถนน
ภายใต้ พขอ. โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน พัฒนา
ระบบข้อมูลสารสนเทศโดยเชื่อมโยงข้อมูลจาก 3 ฐาน
ได้แก่ ข้อมูลจากโรงพยาบาล ข้อมูลจากตำรวจ และ
ข้อมูลจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จัดทำ
แผนที่จุดเสี่ยงและกำหนดแนวทางการแก้ไข พัฒนาทีม
สอบสวนอุบัติเหตุระดับอำเภอโดยใช้ Haddon's Matrix

และจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อติดตามความก้าวหน้า
ทุกเดือน

S2: Stakeholder Collaboration สามารถ
จัดตั้งทีมงานระดับตำบล (RTI Team) ใน 5 ตำบลนำ
ร่อง จัดเวทีประชาคมในหมู่บ้านเพื่อค้นหาปัญหาและ
แนวทางแก้ไข บูรณาการแผนงานและงบประมาณจาก
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนหลักประกัน
สุขภาพตำบล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง
ทีมงานระดับตำบล

S3: Stimulus Control สามารถดำเนินการ
แก้ไขจุดเสี่ยง 10 จุด โดยการติดตั้งป้ายเตือน ไฟ
กระพริบ และปรับปรุงผิวจราจร จัดตั้งด้านชุมชนใน 15
หมู่บ้านนำร่อง บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดโดยเน้น
การตรวจจับความเร็ว เมาแล้วขับ และการไม่สวมหมวก
นิรภัย และรณรงค์ให้ร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์แก่เด็กและเยาวชน

S4: Social Learning สามารถจัดอบรมให้
ความรู้เรื่องกฎจราจรและการขับขี่ปลอดภัยแก่
กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 225 คน จัด
กิจกรรมรณรงค์ "ขับขี่ปลอดภัย ใส่ใจกฎจราจร" ใน
โรงเรียนและชุมชน ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์หลากหลาย
รูปแบบ และคัดเลือกและยกย่อง "คนต้นแบบขับขี่
ปลอดภัย" ในชุมชน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมการขับขี่ก่อนและหลังการ
ทดลองใช้รูปแบบ (n=45)

ตัวแปร	ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร	ก่อนการทดลอง	8.42	2.53	-11.67	<0.001*
	หลังการทดลอง	12.31	1.87		
พฤติกรรมการขับขี่	ก่อนการทดลอง	21.76	4.35	-9.82	<0.001*
	หลังการทดลอง	29.22	3.67		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง
ใช้รูปแบบ**

ด้านความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ผลการ
เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรพบว่า หลังการ
ทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้
(12.31) สูงกว่าก่อนการทดลอง (8.42) อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -11.67, p < 0.001$) (ดัง
ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาตามระดับความรู้ พบว่า ก่อน
การทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปาน
กลาง (ร้อยละ 48.9) ในขณะที่หลังการทดลองส่วนใหญ่
มีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 68.9) โดยสัดส่วนผู้มีความรู้
ระดับน้อยลดลงจากร้อยละ 35.6 เหลือร้อยละ 4.4
(ดังตารางที่ 2)

ด้านพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ผล
การเปรียบเทียบพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์
พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย
คะแนนพฤติกรรมการขับขี่ (29.22) สูงกว่าก่อนการ
ทดลอง (21.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
($t = -9.82, p < 0.001$) (ดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณา
ตามระดับพฤติกรรม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง (ร้อยละ
57.8) ในขณะที่หลังการทดลองส่วนใหญ่มีพฤติกรรม
ระดับดี (ร้อยละ 62.2) โดยสัดส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมระดับ
ต้องปรับปรุงลดลงจากร้อยละ 31.1 เหลือร้อยละ 4.4
(ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและพฤติกรรมการขับขี่ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=45)

ตัวแปร	ระยะเวลา	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย/ต้องปรับปรุง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร	ก่อนการทดลอง	7 (15.6)	22 (48.9)	16 (35.6)
	หลังการทดลอง	31 (68.9)	12 (26.7)	2 (4.4)
พฤติกรรมการขับขี่	ก่อนการทดลอง	5 (11.1)	26 (57.8)	14 (31.1)
	หลังการทดลอง	28 (62.2)	15 (33.3)	2 (4.4)

ผลการประเมิน D-RTI PLUS ผลการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI PLUS) หลังการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.4 เป็นร้อยละ 83.3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.9 ซึ่งอยู่ในระดับดีเยี่ยม (Advance) โดยกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือการ

คัดเลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์ด้วยแผนภูมิต้นไม้ และการกำหนดเป้าหมายและสร้างบันไดผลลัพธ์ ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือการสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.5 และกิจกรรมอื่น ๆ เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.0 แต่ละกิจกรรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI PLUS) ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

กิจกรรม D-RTI PLUS	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การเปลี่ยนแปลง
	มี (ร้อยละ)	มี (ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. การตั้งคณะทำงาน Core Team และการประชุมขับเคลื่อน	75.0	100.0	+25.0
2. การจัดการข้อมูลเฝ้าระวังและจัดทำแนวโน้มสถานการณ์	62.5	87.5	+25.0
3. การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต	50.0	75.0	+25.0
4. การคัดเลือกประเด็นปัญหาและวิเคราะห์ด้วยแผนภูมิต้นไม้	37.5	87.5	+50.0
5. การกำหนดเป้าหมายและสร้างบันไดผลลัพธ์	25.0	75.0	+50.0
6. การจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน	62.5	87.5	+25.0
7. การดำเนินมาตรการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	50.0	75.0	+25.0
8. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง	62.5	87.5	+25.0
9. การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผล	37.5	75.0	+37.5
ภาพรวม	51.4	83.3	+31.9

หมายเหตุ: ระดับดีเยี่ยม (Advance) = ร้อยละ 80.00-100.00



สถิติอุบัติเหตุทางถนนหลังการทดลองใช้รูปแบบ การเปรียบเทียบสถิติอุบัติเหตุทางถนนในช่วง 3 เดือนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่น่าพอใจ โดยจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุลดลงจาก 376 ครั้ง เป็น 312 ครั้ง คิดเป็นการลดลงร้อยละ 17.0 จำนวนผู้บาดเจ็บลดลงจาก 423 ราย เป็น 340 ราย คิดเป็นการลดลงร้อยละ 19.6 และจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงจาก 12 ราย เป็น 8 ราย คิดเป็นการลดลงร้อยละ 33.3

ในด้านตัวชี้วัดพฤติกรรมและการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.5 เป็นร้อยละ 58.4 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.9 อัตราการตรวจจับความเร็วเพิ่มขึ้นจาก 428 ครั้ง เป็น 712 ครั้ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 66.4 และจำนวนจุดเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขเพิ่มขึ้นจาก 3 จุด เป็น 10 จุด เพิ่มขึ้นร้อยละ 233.3 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบ 4S MODEL ในการลดอุบัติเหตุทางถนนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบสถิติอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอสว่างแดนดินก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (ช่วง 3 เดือน)

ตัวชี้วัด	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การเปลี่ยนแปลง
ด้านอุบัติเหตุ			
จำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ	376 ครั้ง	312 ครั้ง	-17.0%
จำนวนผู้บาดเจ็บ	423 ราย	340 ราย	-19.6%
จำนวนผู้เสียชีวิต	12 ราย	8 ราย	-33.3%
ด้านพฤติกรรมและการบังคับใช้กฎหมาย			
อัตราการสวมหมวกนิรภัย	37.5%	58.4%	+20.9%
อัตราการตรวจจับความเร็ว	428 ครั้ง	712 ครั้ง	+66.4%
จำนวนจุดเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไข	3 จุด	10 จุด	+233.3%

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ 4S MODEL พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.35) โดยประเด็นที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม (ค่าเฉลี่ย 4.53) รองลงมาคือความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบ (ค่าเฉลี่ย 4.51) และความรู้ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ย 4.49) ในขณะที่ประเด็นที่มีคะแนนต่ำสุด แต่ยังอยู่ในระดับมาก คือความต่อเนื่องและยั่งยืนของรูปแบบ (ค่าเฉลี่ย 4.07)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการถอดบทเรียนและสะท้อนผลการดำเนินงาน พบปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบ 4S MODEL 4 ด้านหลัก

1. ด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ ประกอบด้วย นายอำเภอให้ความสำคัญและเป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนงาน มีการบูรณาการงานและงบประมาณจากหลายภาคส่วน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีการติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผล ทุกภาคส่วนร่วมมือกันแบบบูรณาการ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน มีการพัฒนาทีมงานระดับตำบลและหมู่บ้านที่เข้มแข็ง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และช่วยเหลือกันระหว่างพื้นที่

3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย ใช้ข้อมูลเป็นฐานในการวางแผนและตัดสินใจ มีการวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้านด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย มีการดำเนินมาตรการที่ครอบคลุมทั้งด้านคน รถ ถนน และสิ่งแวดล้อม และมีการประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4. ด้านทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน ประกอบด้วย ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหลายแหล่ง มีทรัพยากรบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ มีองค์ความรู้และเครื่องมือในการดำเนินงานที่เหมาะสม และได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากหน่วยงานระดับจังหวัดและส่วนกลาง

ปัจจัยเหล่านี้ทำให้รูปแบบ 4S MODEL สามารถประสบความสำเร็จในการลดอุบัติเหตุทางถนน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่อำเภอสว่างแดนดิน โดยเฉพาะการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีอยู่แล้วในระบบบริหารราชการไทย ทำให้สามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบ 4S MODEL และประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นความสำเร็จของรูปแบบ 4S MODEL ในการจัดการความปลอดภัยทางถนนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสามารถลดจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 17.0 ลดจำนวนผู้บาดเจ็บร้อยละ 19.6 และลดจำนวนผู้เสียชีวิตร้อยละ 33.3 ในระยะเวลาเพียง 3 เดือน ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Safe System Approach ที่เน้นการจัดการความปลอดภัยทางถนนแบบองค์รวม (U.S. Department of Transportation, 2025) และการใช้แนวทาง Behavior-Based Safety (BBS) ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Geller, 2001; Bowdler et al., 2023) ความสำเร็จของรูปแบบ 4S MODEL เกิดจากการบูรณาการ 4 องค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งการจัดการเชิงระบบ (S1) ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย (S2) การควบคุมสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมเสี่ยง (S3) และการเรียนรู้ทางสังคม (S4) ที่ทำงานร่วมกันผ่านวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart (1988)

ประสิทธิภาพสูงสุดของ S1 - System Approach (ร้อยละ 100) สะท้อนถึงความสำคัญของการมีกลไกการทำงานที่ชัดเจนและการใช้ข้อมูลเป็นฐานในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารุณรัตน์ อรุณนุมาศ (2562) ที่พบว่าการทำงานที่ชัดเจนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ การที่ S4 - Social Learning มีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 90.0 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Social

Cognitive Theory ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการสังเกตและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Prochaska et al., 2008)

การปรับเปลี่ยนความรู้และพฤติกรรม

ผลการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบแสดงให้เห็นการปรับเปลี่ยนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรเพิ่มขึ้นจาก 8.42 เป็น 12.31 และคะแนนพฤติกรรมการขับขี่เพิ่มขึ้นจาก 21.76 เป็น 29.22 ($p < 0.001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mahmoodabad, Zeidabadi และ Rajabalipour (2023) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี Planned Behavior (TPB) เพื่อคาดการณ์พฤติกรรมการขับขี่อย่างปลอดภัยของผู้ขับขี่ในเมือง พบว่าความตั้งใจเชิงพฤติกรรม (behavioral intention) และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมตนเอง (perceived behavioral control) เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยได้อย่างมีนัยสำคัญ การที่สัดส่วนผู้มีความรู้ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.6 เป็น 68.9 และผู้มีพฤติกรรมระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็น 62.2 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

ความสำเร็จด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถอธิบายได้ผ่านแนวคิด Information Motivation Behavioral Skills (IMB) ซึ่งการให้ความรู้ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจช่วยเพิ่มทักษะการตัดสินใจบนท้องถนน (Fisher & Fisher, 1992/2003; Rongkavilit et al., 2010) การที่ S3 – Stimulus Control สามารถดำเนินการได้ร้อยละ 83.3 แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Behavioral Reinforcement ที่เน้นการใช้แรงเสริมทางบวก (Geller, 2001)

ประสิทธิผลของกลไก พขอ. และการบูรณาการ

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยทางถนนแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของกลไกที่มีอยู่แล้วในระบบบริหารราชการไทย ผลการประเมิน D-RTI PLUS ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.4 เป็น 83.3 (ระดับดีเยี่ยม) แสดงให้เห็นถึงการพัฒนากระบวนการที่ครบถ้วนและเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ พรศณัย วัชรธนพัฒนาธาดา (2562) ที่พบว่าการใช้กลไก พขอ. ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพแบบบูรณาการมีประสิทธิภาพสูง

การที่รูปแบบ 4S MODEL สามารถเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัยจากร้อยละ 37.5 เป็น 58.4 และเพิ่มการตรวจจับความเร็วจาก 428 ครั้ง เป็น 712 ครั้ง (เพิ่มขึ้นร้อยละ 66.4) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบูรณาการระหว่างมาตรการทางสังคม (S2, S4) และมาตรการทางกฎหมาย (S3) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ สมร นุ่มผอง (2561) ที่พบว่าความร่วมมือของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันมีประสิทธิภาพในการลดอุบัติเหตุ

ข้อจำกัดและความท้าทาย

แม้ว่ารูปแบบ 4S MODEL จะประสบความสำเร็จ แต่ยังพบข้อจำกัดและความท้าทายที่สำคัญ การที่ S3: Stimulus Control มีประสิทธิภาพต่ำสุด (ร้อยละ 83.3) สะท้อนถึงความท้าทายในการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งต้องอาศัยงบประมาณสูงและการประสานงานระหว่างหน่วยงานหลายระดับ ความท้าทายในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีภักดีเสี่ยงการมีส่วนร่วมเนื่องจากทัศนคติเชิงลบต่อกฎหมาย (World Health Organization, 2018) ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระยะยาว

ระยะเวลาการทดลองใช้รูปแบบเพียง 3 เดือน อาจไม่เพียงพอต่อการประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับข้อจำกัดที่ Lu (2006) ชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน อีกทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่ (ปัญหาร้อยละ 12.5) สะท้อนความท้าทายในการนำทฤษฎี Collaborative Governance ไปปฏิบัติจริง ในบริบทของระบบราชการไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการขยายผลรูปแบบ 4S MODEL

รูปแบบ 4S MODEL ควรได้รับการขยายผลไปยังอำเภออื่นทั่วประเทศ โดยเฉพาะในอำเภอที่มีสถิติอุบัติเหตุทางถนนสูง เพื่อสร้างเครือข่ายความปลอดภัยทางถนนระดับชาติที่เข้มแข็งและยั่งยืน การดำเนินการควรเริ่มจากการพัฒนาคู่มือการใช้งานรูปแบบ 4S MODEL ที่ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับนายอำเภอและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการสร้างระบบติดตามประเมินผลร่วมกันระหว่างอำเภอต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง สำนักงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางชาติควรเป็นหน่วยงานประสานหลักในการขับเคลื่อนการขยายผลนี้ โดยร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น

2. ข้อเสนอแนะด้านนโยบายและการบูรณาการระดับชาติ

ผลการวิจัยนี้ควรนำไปสู่การปรับปรุงนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย

โดยเน้นการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นตัวขับเคลื่อนหลักในการจัดการความปลอดภัยทางถนน แทนการสร้างกลไกใหม่ที่จะก่อให้เกิดความซ้ำซ้อน กระทรวงสาธารณสุขควรบูรณาการรูปแบบ 4S MODEL เข้าในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการบาดเจ็บระดับชาติ และกระทรวงมหาดไทยควรกำหนดให้การดำเนินงานตามรูปแบบ 4S MODEL เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการของอำเภอ นอกจากนี้ ควรมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการดำเนินงานตามรูปแบบ 4S MODEL ในงบประมาณรายจ่ายประจำปีของแต่ละอำเภอ และสร้างระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลอุบัติเหตุระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยและพัฒนาต่อเนื่อง

การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ 4S MODEL ในระยะยาว (มากกว่า 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบต่อการลดอุบัติเหตุทางถนน รวมถึงการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบ 4S MODEL ในบริบทที่แตกต่าง เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิศาสตร์พิเศษ เพื่อพัฒนารูปแบบให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับความหลากหลายของบริบทไทย การวิจัยควรเน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และ Internet of Things (IoT) ในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบติดตามและประเมินผล นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์ (Cost-Benefit Analysis) ของการใช้รูปแบบ 4S MODEL เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการลงทุนในด้านความปลอดภัยทางถนน และควรมีการ

พัฒนาดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่สามารถนำไปใช้
เปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างพื้นที่ต่างๆ ได้อย่าง
เป็นมาตรฐาน

อ้างอิง

- กิตติพิมพานนท์, ก., & ไกรถาวร, ผ. (2016). ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการหกล้มที่ใช้ชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถภาพทางกายและการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(1), 160–172.
- ณัฐวุฒิ พิมพ์ทอง. (2559). การบริหารจัดการเชิงบูรณาการเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 13(2), 45–66.
- ธรรมมา เจียรธรวานิช. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้ใช้จักรยานในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ).
- พชรดนัย วัชรธนพัฒนธาดา. (2562). การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนตำบลสุขภาพ. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 2(3), 799–814.
- บุญยืน ศรีสว่าง. (2561). การวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยเสี่ยงของอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(1), 83–94.
- วรเวชม์ สุวรรณระดา. (2548). ความสูญเสียเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย: วิเคราะห์ระดับความคุ้มค่าของงบประมาณถนนปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยงผู้ขับขี่. ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมร นุ่มผอง. (2561). การประเมินผลการดำเนินงานด้านชุมชนเพื่อลดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในเขตสุขภาพที่ 9 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
- สถาบันพระปกเกล้า. (2548). *การประเมินผลนโยบายการป้องกันอุบัติเหตุจราจร: บทสรุปสำหรับผู้บริหาร*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.
- สรศักดิ์ ต้นทอง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 9 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม).
- อรุณรัตน์ อรุณนุมาศ. (2562). การพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ: กรณีศึกษาอำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์).
- อุดมกฤษณ์ ศรีนนท์. (2563). ถอดบทเรียนโครงการแก้ไขจุดเสี่ยงทางถนนในชุมชนโดยหน่วยจัดการร่วม ศูนย์เรียนรู้ สุภาพะ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

- Bowdler, M., Steijn, W. M. P., & van der Beek, D. (2023). Effective components of behavioural interventions aiming to reduce injury within the workplace: A systematic review. *Safety*, 9(3), 46. <https://doi.org/10.3390/safety9030046>
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. (2003). The Information-Motivation-Behavioral Skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In J. Suls & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 82–106). Blackwell Publishing.
- Geller, E. S. (2001). *The psychology of safety handbook* (2nd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781420032567>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- Mahmoodabad, S., Zeidabadi, B., & Rajabalipour, M. (2023). An application of the Theory of Planned Behavior to predict the protective behaviors from urban traffic accidents. *The Journal of Tolooebehdasht*, 22(4). <https://doi.org/10.18502/tbj.v22i4.14142>
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 97–121). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rongkavilit, C., Naar-King, S., Kaljee, L. M., Panthong, A., Koken, J. A., Bunupuradah, T., & Parsons, J. T. (2010). Applying the Information-Motivation-Behavioral Skills model in medication adherence among Thai youth living with HIV: A qualitative study. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(12), 787–794. <https://doi.org/10.1089/apc.2010.0069>
- U.S. Department of Transportation. (2025). *National Roadway Safety Strategy: Update 2025*. <https://www.transportation.gov/NRSS>
- World Health Organization. (2018). *Global status report on road safety 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
ภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
Development of Stakeholder Network Participation Model for Drug
Rehabilitation under CBTx Project in Dinjee Sub-district, Kham Muang
District, Kalasin Province.

พูลศิลป์ แสงบุตร

Poonsin Saengbut

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาล

(Received: April 7, 2025; Accepted: July 17, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดินจี่ (2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น การวิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 วงรอบ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ตำรวจ ครู และผู้นำศาสนา เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินการมีส่วนร่วม แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินผลการดำเนินงาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (2.95 ± 0.70) โดยด้านการติดตามและประเมินผลมีคะแนนต่ำสุด (2.48 ± 0.81) การวิจัยได้พัฒนารูปแบบ 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 ดังนั้นควรปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น บูรณาการเข้ากับนโยบาย CBTx ระดับชาติ และศึกษาประสิทธิผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, การบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดโดยชุมชน, DINJEE Model



Abstract

This study aimed to: (1) examine the current situation of stakeholder network participation in drug rehabilitation under the CBTx project in Dinji Sub-district; (2) develop a stakeholder network participation model; and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. The research employed a participatory action research methodology, conducted over three cycles, with a sample of 50 participants comprising healthcare personnel, community leaders, village health volunteers, staff from local administrative organizations, police officers, teachers, and religious leaders. The research instruments included semi-structured interviews, participation assessment questionnaires, focus group discussion guidelines, and operational performance evaluation forms. Data analysis employed descriptive statistics and paired t-tests for quantitative data, as well as content analysis for qualitative data.

The research findings revealed that stakeholder network participation before development was at a moderate level (2.95 ± 0.70), with monitoring and evaluation having the lowest scores (2.48 ± 0.81). The study developed the DINJEE Model, consisting of six interconnected components in a continuous cycle: Direction (shared direction), Integration (integration), Network Committee (network committee), Joint Activities (joint activities), Empowerment (empowerment), and Evaluation & Exchange (evaluation and exchange). After implementing the DINJEE Model, statistically significant improvements were observed in all aspects ($p < .001$), with overall participation scores increasing to 4.18 ± 0.54 . Meeting attendance increased by 43.8%, patient follow-up increased by 38.2%, relapse rates decreased by 53.1%, and a "community mentoring system" innovation emerged. Stakeholder networks expressed high satisfaction with the model (4.28 ± 0.62). The DINJEE Model proved effective in enhancing stakeholder network participation and addressing key challenges in CBTx implementation. Recommendations include adapting the model to local contexts, integrating it with national CBTx policies, and conducting long-term effectiveness studies.

Keywords : stakeholder network participation, community-based drug rehabilitation, DINJEE Model

บทนำ

ปัญหาเสพติดเป็นภัยคุกคามสำคัญต่อสุขภาพประชาชนและความมั่นคงของประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดทั่วประเทศ 164,294 ราย โดยร้อยละ 86.7 เป็นผู้เสพยาใหม่ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) สะท้อนการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รัฐบาลไทยได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยหลักการ "ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย" โดยเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์และสาธารณสุขแทนกระบวนการยุติธรรมทางอาญา สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ที่เน้นการพัฒนาคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) เป็นนวัตกรรมสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เป็นกลยุทธ์หลักตั้งแต่ปี 2565 CBTx เป็นแนวทางที่ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตาม (UNODC, 2020) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ได้เน้นย้ำว่า CBTx เป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสุขภาพปฐมภูมิที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

แม้ว่า CBTx จะมีศักยภาพในการเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่การดำเนินงานในพื้นที่ยังประสบปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ยังไม่เป็นระบบ ขาดความต่อเนื่อง และไม่มีรูปแบบการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของวิชฌุ โคตรวิชา และคณะ (2567) และนิภาพรรณ ตติยันทพร (2565) ที่พบว่าการดำเนินงานต้องการการพัฒนาเครือข่ายการดูแลและกลไกการประสานงานที่เป็นระบบและต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการดำเนินงาน CBTx ตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff (1980) ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ซึ่งต้องมีกลไกการทำงานที่เป็นระบบและการพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสม

ตำบลดิ่ง อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นพื้นที่ที่มีปัญหายาเสพติดค่อนข้างสูง โดยมีผู้เข้ารับการบำบัด 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.34 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำม่วง, 2566) ตำบลดิ่งได้เริ่มดำเนินการโครงการ CBTx ในปี 2567 โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และบูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การประเมินสถานการณ์เบื้องต้นพบปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การขาดกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่าย (2) บทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีไม่ชัดเจน (3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและทรัพยากรไม่เป็นระบบ และ (4) ขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การดำเนินงาน CBTx

ไม่สามารถบรรลุประสิทธิภาพสูงสุดในการเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลผู้ติดยาเสพติดได้อย่างยั่งยืน

จากสถานการณ์และปัญหาดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างเป็นระบบและครอบคลุม การวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้อง (1) ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในปัจจุบันอย่างละเอียดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (2) ออกแบบและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ (3) ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อยืนยันความเป็นไปได้ในการนำไปขยายผลและพัฒนาเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะชุมชนในพื้นที่อื่น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลคันทิ จี ในด้านการวางแผน การดำเนินงาน การประสานงาน และการติดตามประเมินผล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในด้านกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการ 3 วงรอบ ระยะเวลา 6 เดือน (มกราคม-มิถุนายน 2567) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (2000)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ในตำบลคันทิ จี

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 50 คน ประกอบด้วย

1. บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคันทิ จี จำนวน 5 คน
 2. ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 11 คน
 3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 คน (หมู่บ้านละ 2 คน)
 4. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลคันทิ จี จำนวน 3 คน
 5. เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 2 คน
 6. ครู/บุคลากรทางการศึกษา จำนวน 5 คน
 7. ผู้นำศาสนา จำนวน 2 คน
- เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน CBTx ในตำบลคันทิ จี มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 5 ด้าน (1) ข้อมูลทั่วไป (2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดนโยบาย (3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม (4) การประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากร (5) การติดตามและประเมินผลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 0.89

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การวางแผน (10 ข้อ) การดำเนินกิจกรรม (12 ข้อ) การประสานงาน (8 ข้อ) และการติดตามประเมินผล (7 ข้อ) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = 0.87

3. แนวทางการสนทนากลุ่ม ครอบคลุม 5 ประเด็น: สถานการณ์ปัญหาเสพติด การดำเนินงาน CBTx ปัญหาและอุปสรรค แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วม และการประเมินผลหลังการพัฒนา

4. แบบประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วม (8 ข้อ) ประสิทธิภาพการประสานงาน (6 ข้อ) ความเข้าใจบทบาท (5 ข้อ) และการนำไปใช้ประโยชน์ (5 ข้อ) มีค่าความเชื่อมั่น = 0.91

5. แบบติดตามผลการดูแลผู้ติดยาเสพติด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติการใช้สารเสพติด การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดฟื้นฟู การติดตามเยี่ยมบ้าน และการประเมินคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

วงรอบที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และวางแผนพัฒนา

1. การวางแผน ประสานงานหน่วยงาน ศึกษาสถานการณ์ จัดประชุมภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ SWOT และวางแผนพัฒนา

2. การปฏิบัติ อบรมให้ความรู้ CBTx จัดตั้งคณะทำงาน จัดทำแนวทางประสานงาน พัฒนาทักษะ

3. การสังเกต สังเกตการมีส่วนร่วม ประเมินความรู้ ติดตามการนำไปใช้ บันทึกปัญหา

4. การสะท้อนผล ประชุมสะท้อนผล วิเคราะห์ปัจจัยสำเร็จ กำหนดแนวทางพัฒนา

วงรอบที่ 2 การพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน

1. การวางแผน ทบทวนผลวงรอบที่ 1 วางแผนพัฒนาระบบ กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา

2. การปฏิบัติ พัฒนากลไกคณะกรรมการพัฒนาระบบคัดกรอง-ส่งต่อ-ติดตาม จัดทำแนวทางปฏิบัติ พัฒนาศักยภาพภาคี พัฒนาระบบสารสนเทศ

3. การสังเกต ติดตามการปฏิบัติตามบทบาท ประเมินประสิทธิภาพระบบ สังเกตปฏิสัมพันธ์ บันทึกปัญหา

4. การสะท้อนผล ประชุมสะท้อนผล วิเคราะห์ประสิทธิภาพ กำหนดแนวทางพัฒนาต่อ

วงรอบที่ 3 การพัฒนากิจกรรมและความยั่งยืน

1. การวางแผน ทบทวนผลวงรอบที่ 2 วางแผนกิจกรรมต่อเนื่อง วางแผนความยั่งยืน

2. การปฏิบัติ ขยายผลสู่พื้นที่อื่น พัฒนานวัตกรรมชุมชน สร้างกลไกประเมินผล จัดทำคู่มือ

3. การสังเกต ติดตามผลการขยาย ประเมินนวัตกรรม สังเกตความยั่งยืน บันทึกบทเรียน

4. การสะท้อนผล ถอดบทเรียน ประเมินผลรวม กำหนดแนวทางต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ แบบประเมินการมีส่วนร่วม แบบประเมินผลการดำเนินงาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ: สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และ Paired t-test เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการพัฒนา ($\alpha = .05$)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา และสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 221/2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 50 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 32 คน (ร้อยละ 64.0) และเพศชาย 18 คน (ร้อยละ 36.0) มีช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด 22 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือช่วงอายุ 30-40 ปี และ 51-60 ปี

อย่างละ 14 คน (ร้อยละ 28.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 45.2 ปี ($SD = 8.7$) ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 24 คน (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี 16 คน (ร้อยละ 32.0) ระดับประถมศึกษา 6 คน (ร้อยละ 12.0) และสูงกว่าปริญญาตรี 4 คน (ร้อยละ 8.0) เมื่อจำแนกตามประเภทภาคีเครือข่าย พบว่า กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดคืออาสาสมัครสาธารณสุข 22 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือผู้นำชุมชน 11 คน (ร้อยละ 22.0) บุคลากรสาธารณสุขและครู/บุคลากรการศึกษา อย่างละ 5 คน (ร้อยละ 10.0) เจ้าหน้าที่ อบต. 3 คน (ร้อยละ 6.0) และเจ้าหน้าที่ตำรวจและผู้นำศาสนา อย่างละ 2 คน (ร้อยละ 4.0) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การทำงานในชุมชนเฉลี่ย 8.4 ปี ($SD = 5.2$)

สถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนา

ผลการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ตำบลดิ่งจี่ ก่อนการพัฒนา พบว่า การมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.95 ± 0.70) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการดำเนินกิจกรรมมีคะแนนสูงสุด (3.42 ± 0.58) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือด้านการวางแผนและกำหนดนโยบาย (3.24 ± 0.67) อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ขณะที่ด้านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากร (2.65 ± 0.72) และด้านการติดตามและประเมินผล (2.48 ± 0.81) อยู่ในระดับน้อย โดยด้านการติดตามและประเมินผลมีคะแนนต่ำสุด

ตารางที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนา (n=50)

ด้านการมีส่วนร่วม	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
การวางแผนและกำหนดนโยบาย	3.24	0.67	ปานกลาง
การดำเนินกิจกรรม	3.42	0.58	ปานกลาง
การประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากร	2.65	0.72	น้อย
การติดตามและประเมินผล	2.48	0.81	น้อย
รวม	2.95	0.70	ปานกลาง

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า แม้ตำบลคันทิ จี่ จะมีความร่วมมือพื้นฐานที่ดีระหว่างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสาธารณสุขทั่วไป โดยมีการประชุมประจำและการทำโครงการร่วมกันมาก่อน แต่การดูแลผู้ติดยาเสพติดภายใต้โครงการ CBTx ต้องการความต่อเนื่องและการประสานงานที่เข้มข้นกว่างานสาธารณสุขปกติ จึงจำเป็นต้องพัฒนากลไกการทำงานที่เป็นระบบและวัดผลได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการวัดประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันก่อนการวิจัย จึงใช้การประเมินสถานการณ์เริ่มต้นเป็นจุดอ้างอิงในการพัฒนา

การวิเคราะห์ปัญหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มพบประเด็นสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการที่ขาดกลไกการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างภาคีเครือข่าย บทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคียังไม่ชัดเจน การแลกเปลี่ยนข้อมูลและทรัพยากรยังไม่เป็นระบบ และขาดแผนการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ด้านการดำเนินงานพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายยังจำกัดอยู่เฉพาะบางกิจกรรม ขาดการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงาน การติดตามและประเมินผลยังไม่เป็นระบบ และการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมด้านผลลัพธ์ พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดบางส่วนยังขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมและอาชีพยังไม่ครอบคลุม และขาดการประเมินผลลัพธ์การ

ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ส่วนด้านความยั่งยืนพบว่า ขาดกลไกการขับเคลื่อนงานที่ต่อเนื่อง มีการพึ่งพาบุคลากรหลักมากเกินไป และขาดการสร้างแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมระยะยาว

อย่างไรก็ตาม มีภาคีเครือข่ายบางส่วนแสดงความกังวลและความเห็นที่แตกต่าง โดยเฉพาะด้านภาระงานที่อาจเพิ่มขึ้นจากการมีระบบใหม่ ในขณะที่มีงานประจำอยู่แล้วเยอะ ด้านความยั่งยืนของการสนับสนุนที่กังวลว่าเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงอาจกลับไปเป็นแบบเดิม และด้านความเป็นส่วนตัวของข้อมูลที่ต้องระวังในการแชร์ข้อมูลผู้ป่วย เนื่องจากบางครอบครัวอาจไม่ยอมให้คนอื่นทราบ ประเด็นเหล่านี้ได้รับการนำไปพิจารณาในการออกแบบรูปแบบ DINJEE Model ให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดของทุกฝ่าย

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 วงรอบ การวิจัยได้พัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชื่อ "DINJEE Model" ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันแบบวงจรต่อเนื่อง โดย Direction และ Integration เป็นรากฐาน, Network Committee เป็นกลไกขับเคลื่อน, Joint Activities เป็นการปฏิบัติ, Empowerment เป็นการพัฒนาศักยภาพ และ Evaluation & Exchange เป็นการปรับปรุงต่อเนื่อง รายละเอียดแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: Direction (ทิศทางร่วม) เน้นการกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วม การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ และการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ CBTx แบบมีส่วนร่วม กิจกรรมหลัก ได้แก่ การระดมความคิดเห็น การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการกำหนด MOU ระหว่างหน่วยงาน ทิศทางที่ชัดเจนนี้ นำไปสู่การบูรณาการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 2: Integration (บูรณาการ) มุ่งเน้นการบูรณาการทรัพยากร ครอบคลุมคน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ และข้อมูล รวมทั้งการประสานแผนงานระหว่างหน่วยงาน กิจกรรมหลัก ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรร่วม การประสานแผนงานประจำปี และการจัดสรรงบประมาณร่วม การบูรณาการที่เป็นระบบต้องมีกลไกบริหารจัดการที่เข้มแข็ง

องค์ประกอบที่ 3: Network Committee (คณะกรรมการเครือข่าย) เป็นกลไกขับเคลื่อนผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการ CBTx ที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน การกำหนดโครงสร้างและบทบาทที่ชัดเจน และการประชุมประจำเดือน กิจกรรมหลัก ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการ การประชุมประจำ และการรายงานผลคณะกรรมการที่มีประสิทธิภาพจะขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมร่วมที่เป็นรูปธรรม

องค์ประกอบที่ 4: Joint Activities (กิจกรรมร่วม) เป็นการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ ผ่านกิจกรรมที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การค้นหาและคัดกรองแบบบูรณาการ การบำบัดฟื้นฟูและพัฒนาอาชีพ และการติดตามแบบทีมสหวิชาชีพ กิจกรรมหลัก ได้แก่ การสำรวจชุมชน การจัดกลุ่มบำบัด การฝึกอาชีพ และการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยภาคีที่มีศักยภาพ

องค์ประกอบที่ 5: Empowerment (เสริมพลัง) มุ่งพัฒนาศักยภาพภาคีตามบทบาท สร้างความ

เชื่อมั่นและแรงจูงใจ และส่งเสริมการเรียนรู้ กิจกรรมหลัก ได้แก่ การอบรมพัฒนาศักยภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างแรงจูงใจ ภาคีที่ได้รับการเสริมพลังต้องมีระบบประเมินเพื่อการปรับปรุง

องค์ประกอบที่ 6: Evaluation & Exchange (ประเมินและแลกเปลี่ยน) เป็นกลไกการเรียนรู้และปรับปรุงต่อเนื่อง ผ่านการติดตามประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการปรับปรุงการดำเนินงาน กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประเมินรายไตรมาส การถอดบทเรียน และการปรับปรุงแผนงาน ผลการประเมินนำกลับไปสู่การปรับปรุงทิศทางในรอบใหม่ ทำให้เป็นระบบที่พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

DINJEE Model จึงเป็นระบบองค์รวมที่องค์ประกอบทั้ง 6 ทำงานร่วมกันในลักษณะของวงจรการพัฒนาต่อเนื่อง โดยที่ Direction และ Integration สร้างรากฐานที่เข้มแข็งและทิศทางที่ชัดเจน Network Committee ทำหน้าที่เป็นกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อน Joint Activities แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมของความร่วมมือ Empowerment สร้างความยั่งยืนผ่านการพัฒนาศักยภาพ และ Evaluation & Exchange รับประกันการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อมโยงแบบวงจรนี้ทำให้รูปแบบมีประสิทธิภาพสูง สามารถปรับตัวตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงได้ และสอดคล้องกับหลักการ Participatory Action Research ที่เน้นการเรียนรู้และการปรับปรุงผ่านการปฏิบัติจริง

ผลการประเมินการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น

หลังการใช้รูปแบบ DINJEE Model การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) โดยด้านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากรมีการปรับปรุงสูงสุด จากระดับ

น้อย (2.65 ± 0.72) เป็นระดับมาก (4.12 ± 0.48) คิดเป็น
การเพิ่มขึ้น 1.47 คะแนน (95% CI: 1.28-1.66)
รองลงมาคือด้านการติดตามและประเมินผลที่เพิ่มขึ้น
1.46 คะแนน (95% CI: 1.25-1.67) ด้านการวางแผน
และกำหนดนโยบายเพิ่มขึ้น 1.12 คะแนน (95% CI:

0.94-1.30) และด้านการดำเนินกิจกรรมเพิ่มขึ้น 0.86
คะแนน (95% CI: 0.69-1.03) คะแนนการมีส่วนร่วม
โดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (2.95 ± 0.70) เป็น
ระดับมาก (4.18 ± 0.54) คิดเป็นการปรับปรุง 1.23
คะแนน (95% CI: 1.06-1.40) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

ด้านการมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา Mean (S.D.)	การเปลี่ยนแปลง Mean $\pm$ S.D.	95% CI	t	p-value
การวางแผนและ กำหนดนโยบาย	3.24 (0.67)	4.36 (0.52)	+1.12 $\pm$ 0.63	0.94-1.30	12.45	<.001*
การดำเนินกิจกรรม	3.42 (0.58)	4.28 (0.61)	+0.86 $\pm$ 0.61	0.69-1.03	9.87	<.001*
การประสานงานและ แลกเปลี่ยนทรัพยากร	2.65 (0.72)	4.12 (0.48)	+1.47 $\pm$ 0.68	1.28-1.66	15.23	<.001*
การติดตามและ ประเมินผล	2.48 (0.81)	3.94 (0.56)	+1.46 $\pm$ 0.75	1.25-1.67	13.67	<.001*
รวม	2.95 (0.70)	4.18 (0.54)	+1.23 $\pm$ 0.59	1.06-1.40	14.56	<.001*

ผลการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและ
หลังการพัฒนารูปแบบ DINJEE Model พบการเพิ่มขึ้น
ในทุกตัวชี้วัด โดยการเข้าร่วมประชุมของภาคีเครือข่าย
เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 64.0 (32/50) เป็น ร้อยละ 92.0
(46/50) คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 43.8 การติดตาม
ผู้ป่วยยาเสพติดเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 68.0 (32/47) เป็น
ร้อยละ 94.0 (44/47) คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 38.2
การประสานงานผ่านระบบสื่อสารเพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญจาก 2.4 ± 1.2 ครั้งต่อเดือน เป็น 15.6 ± 3.8
ครั้งต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 550.0 จำนวน

กิจกรรมร่วมเพิ่มขึ้นจาก 1.8 ± 0.9 กิจกรรมต่อเดือน เป็น
 4.2 ± 1.1 กิจกรรมต่อเดือน คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ
133.3 ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นจาก
 3.12 ± 0.68 เป็น 4.28 ± 0.52 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ
37.2 จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้าระบบการดูแลเพิ่มขึ้น
จาก 32 คน เป็น 47 คน คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ
46.9 และอัตราการกลับไปเสพซ้ำลดลงจาก ร้อยละ
32.0 (8/25) เป็น ร้อยละ 15.0 (6/40) คิดเป็นการลดลง
ร้อยละ 53.1 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	การเปลี่ยนแปลง (%)	หมายเหตุ
การเข้าร่วมประชุมของภาคีเครือข่าย (%)	64.0 (32/50)	92.0 (46/50)	+43.8	*ข้อมูลจาก 6 ครั้งการประชุม
การติดตามผู้ป่วยยาเสพติด (%)	68.0 (32/47)	94.0 (44/47)	+38.2	*ติดตาม 3 เดือน, dropout 3 คน
การประสานงานผ่านระบบสื่อสาร (ครั้ง/เดือน)	2.4 ± 1.2	15.6 ± 3.8	+550.0	*ข้อมูลจากกลุ่มไลน์และโทรศัพท์
จำนวนกิจกรรมร่วม (กิจกรรม/เดือน)	1.8 ± 0.9	4.2 ± 1.1	+133.3	*ไม่รวมการประชุมประจำ
ความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย (คะแนน/5)	3.12 ± 0.68	4.28 ± 0.52	+37.2	*n=50, paired t-test
จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่เข้าระบบการดูแล (คน)	32	47	+46.9	*ข้อมูลสะสม 6 เดือน
อัตราการกลับไปเสพยา (%)	32.0 (8/25)	15.0 (6/40)	-53.1	*ติดตาม 6 เดือน, lost to follow-up 7 คน

ความพึงพอใจต่อรูปแบบ DINJEE Model

ผลการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบ DINJEE Model พบว่า ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระดับมากทุกประเด็น โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 4.28 ± 0.62 เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมมีคะแนนสูงสุด (4.38 ± 0.52) รองลงมาคือการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน (4.35 ± 0.55) ความเหมาะสมของรูปแบบการมีส่วนร่วม (4.32 ± 0.58) ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ (4.28 ± 0.62) และความเป็นไปได้ในการขยายผล (4.26 ± 0.61) ประสิทธิภาพของการประสานงาน (4.24 ± 0.65) และความต่อเนื่องของการดำเนินงาน (4.22 ± 0.68) ตามลำดับ ประเด็นที่มีคะแนนต่ำสุดคือการได้รับการพัฒนาศักยภาพ (4.18 ± 0.72) ซึ่งมีค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐานสูงที่สุด บ่งชี้ว่าอาจมีความแตกต่างของความเห็นในกลุ่มภาคีเครือข่ายในประเด็นนี้

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

จากการวิเคราะห์เนื้อหา พบประเด็นสำคัญ 4 หมวดหมู่หลัก ดังนี้

หมวดหมู่ที่ 1 กลไกการทำงาน ภาคีเครือข่ายให้ความเห็นว่าการมีคณะกรรมการ CBTx ที่มีบทบาทชัดเจนช่วยให้การทำงานเป็นระบบมากขึ้น "ตอนนี้เรามีคณะกรรมการ CBTx ที่ทุกคนรู้หน้าที่ชัดเจน มีการประชุมประจำเดือน มีการติดตามงานกันเป็นระบบ ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่งานกระจัดกระจาย" (ผู้นำชุมชน)

หมวดหมู่ที่ 2 ความร่วมมือ การทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ มีพัฒนาการที่ดีขึ้น "การทำงานร่วมกันดีขึ้นมาก ทุกหน่วยงานช่วยกันตาม



บทบาท ไม่ใช่ปล่อยให้สาธารณสุขทำคนเดียว" (บุคลากร
สาธารณสุข)

หมวดหมู่ที่ 3 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย คุณภาพ
การดูแลผู้ติดยาเสพติดและทัศนคติของชุมชนมีการ
เปลี่ยนแปลงในทางบวก"ผู้ป่วยได้รับการดูแลดีขึ้น มีคน
ติดตาม มีกิจกรรมให้เข้าร่วม ชุมชนก็เริ่มมองผู้เสพเป็น
ผู้ป่วยมากขึ้น" (อาสาสมัครสาธารณสุข)

หมวดหมู่ที่ 4 นวัตกรรมชุมชน การเกิดขึ้นของ
ระบบพี่เลี้ยงชุมชนเป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการมีส่วนร่วม
ร่วมของภาคีเครือข่าย

อภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย

ผลการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่ายก่อนการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมโดย
รวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.95 ± 0.70)
เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการติดตามและ
ประเมินผลมีคะแนนต่ำสุด (2.48 ± 0.81) และด้านการ
ประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากรอยู่ในระดับน้อย
(2.65 ± 0.72) ผลการศึกษานี้สะท้อนปัญหาหลักที่พบใน
การดำเนินงาน CBTx คือ การขาดกลไกการทำงาน
ร่วมกันที่เป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ
นิภาวรรณ ตติยันทพร (2565) ที่พบว่า การมีส่วนร่วม
ของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด
ในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ยังต้องการการ
พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ติดยาเสพติดในระดับ
ครอบครัวและชุมชนให้เข้มแข็งมากขึ้น รวมถึงการ
ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ
สนับสนุนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

การค้นพบที่สำคัญคือ แม้ว่าด้านการดำเนิน
กิจกรรมจะมีคะแนนสูงสุด (3.42 ± 0.58) แต่ยังอยู่ใน

ระดับปานกลาง สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายมี
ความพร้อมในการปฏิบัติงาน แต่ขาดการเชื่อมโยงและ
การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาของวิชญ์ โคตรวิชา และคณะ (2567) ที่พบว่า
การมีส่วนร่วมของชุมชนต้องการการสนับสนุนจาก
หน่วยงานภายนอกควบคู่กับความเข้มแข็งของผู้นำ
ชุมชน เพื่อให้เกิดกลไกการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหา
ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย

การพัฒนารูปแบบ DINJEE Model ที่
ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันแบบวงจร
ต่อเนื่อง เป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบ
ดังกล่าวได้รับการพัฒนาผ่านกระบวนการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 วงรอบ ซึ่งสอดคล้อง
แนวคิดของ Hayashi และคณะ (2012) ที่เน้นว่า การ
วิจัยแบบมีส่วนร่วมมิได้เป็นเพียงกลยุทธ์ในการเข้าถึง
กลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องมือในการส่งเสริม
ศักยภาพของประชากรกลุ่มนี้เป็นอย่างเป็นรูปธรรม

องค์ประกอบของ DINJEE Model มีความ
เชื่อมโยงกับแนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายเรื่อง
โดย Direction และ Integration สอดคล้องกับ
การศึกษาของอณัญญา ขุนศรี และคณะ (2564) ที่เน้น
การสร้าง ความเข้าใจและการบูรณาการทรัพยากร
Network Committee สะท้อนแนวคิดของ Lazarus
และคณะ (2014) ที่เน้นการจัดตั้งคณะกรรมการที่
ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน Joint Activities
สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญา นาคะเสถียร และคณะ
(2566) ที่เน้นกิจกรรมร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
Empowerment สะท้อนแนวคิดของประพัทธ์ ธรรม
วงศา (2567) ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพภาคี และ
Evaluation & Exchange สอดคล้องกับการศึกษาของ

เยาวชน ชาววิเศษ (2568) ที่เน้นความต่อเนื่องของการติดตามประเมินผล

ความแตกต่างที่สำคัญของ DINJEE Model คือ การเชื่อมโยงองค์ประกอบทั้ง 6 แบบวงจรต่อเนื่อง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่มักเน้นองค์ประกอบแยกจากกัน การออกแบบแบบวงจรนี้ทำให้รูปแบบมีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Participatory Action Research ที่เน้นการเรียนรู้และการปรับปรุงผ่านการปฏิบัติจริง

รูปแบบ DINJEE Model ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของ Cohen และ Uphoff (1980) อย่างเป็นระบบ โดย Direction และ Network Committee สะท้อนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ Joint Activities และ Integration แสดงการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน Empowerment เป็นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ Evaluation & Exchange เป็นการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นคือการบูรณาการ 4 ขั้นตอนให้เกิดขึ้นพร้อมกันในรูปแบบวงจรต่อเนื่อง และการสร้างกลไกป้อนกลับที่ทำให้ระบบพัฒนาตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ Participatory Action Research ที่เน้นการเรียนรู้และปรับปรุงผ่านการปฏิบัติจริง

การประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น

ผลการประเมินการใช้รูปแบบ DINJEE Model แสดงให้เห็นการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) โดยคะแนนการมีส่วนร่วมโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.95 ± 0.70 เป็น 4.18 ± 0.54 คิดเป็นการปรับปรุง 1.23 คะแนน (95% CI: 1.06-1.40) ผลลัพธ์นี้มีความโดดเด่นเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ ในสาขาเดียวกัน

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Kaewkham และคณะ (2019) ที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม FAST กับ PMK พบว่า DINJEE Model ให้ผลการปรับปรุงที่ครอบคลุมมากกว่า โดยเฉพาะด้านการประสานงานและแลกเปลี่ยนทรัพยากรที่เพิ่มขึ้น 1.47 คะแนน ซึ่งเป็นการปรับปรุงสูงสุด สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขปัญหาหลักที่พบในการดำเนินงาน CBTx ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ด้านการติดตามผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจาก 68.0% เป็น 94.0% และการลดลงของอัตราการกลับไปเสพซ้ำจาก 32.0% เป็น 15.0% สอดคล้องกับการศึกษาของนริศ คมจิตร (2567) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมแรงจิตใจและสร้างความต่อเนื่องในกระบวนการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม อัตราการกลับไปเสพซ้ำที่ลดลงถึง 53.1% ในการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นผลลัพธ์ที่ดีเยี่ยมเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ ในรูปแบบ DINJEE Model ที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

ข้อจำกัดและความท้าทายในการปฏิบัติ

การดำเนินงาน 3 วงรอบพบความท้าทายสำคัญ ได้แก่ การจัดเวลาประชุมของภาคีที่มีภาระงานหนาแน่น การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีวัฒนธรรมองค์กรแตกต่าง และความกังวลเรื่องความยั่งยืนหลังสิ้นสุดโครงการ ความสำเร็จของการวิจัยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเอื้ออำนวยหลายประการ เช่น ผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง การมีประสบการณ์ทำงานร่วมกันมาก่อน และการสนับสนุนจากระดับอำเภอ ซึ่งอาจไม่พบในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ ระยะเวลาติดตาม 6 เดือนอาจไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนระยะยาว และการไม่

มีกลุ่มควบคุมทำให้ไม่สามารถแยกแยะผลกระทบจากปัจจัยอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยและข้อจำกัดที่พบ ผู้วิจัยเสนอข้อเสนอแนะ 3 ประการ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น

ควรมีการปรับรูปแบบ DINJEE Model ให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยเฉพาะการกำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายและการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละพื้นที่ ควรเริ่มต้นจากการสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากผู้นำชุมชนก่อนขยายไปสู่ภาคีเครือข่ายอื่น พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและอบรมภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบาย

ควรบูรณาการรูปแบบ DINJEE Model เข้ากับนโยบาย CBTx ระดับชาติ โดยกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการดำเนินงาน จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาภาคีเครือข่ายในระดับตำบล และพัฒนาระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงาน CBTx ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นตัวชี้วัดหลัก

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ DINJEE Model ในระยะยาวและเปรียบเทียบกับวิธีการดำเนินงาน CBTx แบบดั้งเดิมอย่างเป็นระบบ รวมถึงการศึกษาต้นทุนและประโยชน์ทางเศรษฐกิจ และการทดสอบการประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่และกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อ้างอิง

- นิภาวรรณ ตติยนันทพร. (2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด
อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(2), 581-596.
- นริศ คมจิตร. (2567). ผลการใช้รูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลหัวโทน อำเภอ สุวรรณภูมิ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(6), 355-365.
- ปรัชญา นีคำเหลือ และพงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์ (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะกลาง (Intermediate care) โดยชุมชนมีส่วนร่วม
อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 2(3), 115-129.
- ประพัทธ์ ธรรมวงศา. (2567). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 6(1), e268174-e268174.

วิชญ์ โคตรวิชา, เกรียงไกร บุญประจง, จันทร์เพ็ญ สีชมภู, และสนุก สิงห์มาตร. (2567). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังยาเสพติด กรณีศึกษา: บ้านกุดเสถียร ตำบลสร้างมิ่ง

อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการรัตนบัณฑิต*, 6(1), 292-305.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทย พ.ศ. 2566*. สำนักงาน ป.ป.ส.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง. (2566). *รายงานสถานการณ์ยาเสพติดอำเภอคำม่วง ประจำปี 2566*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง.

อณัญญา ขุนศรี, พรสุข หนุ่นรัตน์จิตต์, และพรศักดิ์ หนุ่นรัตนันต์. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 8. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(11), 82-98.

เยาวภา ขาววิเศษ. (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์ และสุขภาพ*, 10(2), 833-842.

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity*. *World Development*, 8(3), 213-235.

Hayashi, K., Fairbairn, N., Suwannawong, P., Kaplan, K., Wood, E., & Kerr, T. (2012). Collective empowerment while creating knowledge: A description of a community-based participatory research project with drug users in Bangkok, Thailand. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 502-510. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.644110>

Kaewkham, N., Leelahanaj, T., Yingwiwattanapong, J., & Rattanasumawong, W. (2019). The effectiveness of military hospital-based drug treatment program (PMK) when compared with the traditional community-based drug treatment program (FAST). *BMC Health Services Research*, 19(656). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4479-1>

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2000). Participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 567-605). Sage Publications.

Lazarus, L., Shaw, A., LeBlanc, S., Martin, E., Marshall, Z., Weersink, K., Benoit, C., Oleson, M., Lalonde, C., & Hwang, S. W. (2014). Establishing a community-based participatory research partnership among people who use drugs in Ottawa: The PROUD cohort study. *Harm Reduction Journal*, 11(26), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-26>



UNODC. (2020). *Community-based treatment and care for drug use disorders*. United Nations Office on Drugs and Crime.

WHO. (2019). *Community-based treatment and rehabilitation for drug use disorders*. World Health Organization.

ข้อเสนอแนะด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยา Glucagon-Like Protein-1 Agonist (GLP-1 agonist) เพื่อลดน้ำหนัก

Optimizing Dietary Management in Obese Patients Undergoing Glucagon-Like Protein-1 Agonist (GLP-1 agonist) Therapy for Weight Control.

ธานีฟ มุดอ¹ พัชราภรณ์ คงภักดี²

¹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา

² คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จ.พัทลุง

(Received: April 7, 2025; Accepted: July 17, 2025)

บทคัดย่อ

สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลานาน ในปัจจุบันมีการรักษาด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมนอน การรักษาโดยการผ่าตัด และการรักษาโดยใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาในกลุ่ม GLP-1 agonist ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่ได้รับความนิยมอีกทั้งยังได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกและคณะกรรมการอาหารและยาว่าเป็นยาที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น การรักษาด้วยยา ก็อาจจะมีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้ทำการรวบรวมคำแนะนำด้านโภชนาการเพื่อกำหนดแนวทางในการบริโภคอาหารสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยา GLP-1 agonist

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับยา liraglutide 3 มิลลิกรัมต่อวัน และยา semaglutide 2.4 มิลลิกรัมสัปดาห์ละครั้งทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก และความอยากอาหารลดลง ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะสูญเสียน้ำ การได้พลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร เช่น เพิ่มการบริโภคโปรตีน 1-1.5 กรัมต่อกิโลกรัมน้ำหนักตัว การดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน กินไขมันดีร้อยละ 20-35 ต่อพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน การควบคุมระดับวิตามินและเกลือแร่ในร่างกายให้เหมาะสม จะช่วยในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการจากผลข้างเคียงของยาและยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของยาในการส่งเสริมการลดน้ำหนักซึ่งจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรวมให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: GLP-1 RAs, โรคอ้วน, คำแนะนำด้านอาหาร, การลดน้ำหนัก

Abstract

The prevalence of obesity in Thailand has steadily increased over time and remains a long-standing public health concern. Currently, various treatment approaches are being applied, including behavioral modifications related to dietary intake, physical activity, and sleep behavior, as well as surgical therapy and pharmacological treatment. Among pharmacological options, GLP-1 receptor agonists have gained widespread use for weight control. These drugs have been endorsed by the World Health Organization (WHO) and the Thai Food and Drug Administration (FDA) for their safety and effectiveness. Nevertheless, treatment with GLP-1 agonists may lead to side effects, which may increase the risk of malnutrition. In response, this study has compiled nutritional recommendations to guide dietary intake among obese patients undergoing GLP-1 agonist therapy. Recent literature highlighted that liraglutide at 3 mg daily and semaglutide at 2.4 mg weekly are associated with side effects, including nausea, vomiting, diarrhea, constipation, and reduced appetite. These symptoms may lead to dehydration and prolonged inadequate energy and protein intake, contributing to loss of muscle mass. Dietary modifications—such as increasing protein intake to 1.0–1.5 grams per kilogram of body weight, ensuring adequate fluid consumption of 2–3 liters per day, incorporating 20–35% of total energy from good quality fats, and regulating micronutrient levels. These approaches intend to mitigate the risk of malnutrition associated with medication side effects while enhancing the efficacy of GLP-1 agonists in promoting weight loss, thereby contributing to an overall improvement in quality of life.

Keywords : GLP-1 RAs, obesity, dietary recommendation, weight loss

บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพพระดัตตาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2563 พบว่า สถิติของประชากรไทยมีภาวะ น้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2562-2563 มีผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนคิดเป็นร้อยละ 42 ของ ประชากรทั้งหมด^[1] สอดคล้องกับข้อมูลของกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2565 พบว่าประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มี ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนคิดเป็นร้อยละ 48.4^[2-4] จากผู้ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นจำนวนมากนั้น ส่งผล กระทบในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องบริหารจัดการทรัพยากร ทั้งบุคลากรทางสาธารณสุข และงบประมาณค่าใช้จ่าย ด้านสาธารณสุขที่สูงขึ้น

การรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนใน ปัจจุบันมี 4 วิธีหลัก คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ ใช้อาหาร การทำหัตถการผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนต้นเพื่อลดน้ำหนัก และการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก ทั้งนี้ การรักษาด้วยวิธีการทำหัตถการและการผ่าตัดจะ ถูกพิจารณาเป็นทางเลือกสุดท้ายในกรณีที่ไม่สามารถลด น้ำหนักได้ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการ ใช้อาหารไม่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายได้

การรักษาด้วยยานี้จะถูกพิจารณาใช้ในกรณีที่ มีข้อบ่งชี้ คือ มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25-29.99 กก./ ตร.ม. ร่วมกับการมีโรคประจำตัว หรือมีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 กก./ตร.ม. ขึ้นไปโดยไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย พร้อมกับมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถควบคุม น้ำหนักได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษามีอยู่ด้วยกันหลายประเภท จำแนก ตามกลไกการออกฤทธิ์ได้ ดังนี้ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบ ประสาทส่วนกลาง ยาที่ลดการดูดซึมไขมันจากอาหาร และยากลุ่มเลียนแบบการทำงานของฮอร์โมน Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) ยาที่ได้รับการ

รับรองให้ใช้ในระยะเวลาที่มีอยู่ด้วยกัน 5 ชนิด โดยส่วน ใหญ่จะอยู่ในกลุ่มของยา GLP-1 RAs

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่ายาจะมีประสิทธิภาพใน การลดน้ำหนักได้จริง แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ได้รับยา GLP-1 RAs บางรายเกิดอาการ ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในระดับ เล็กน้อยถึงระดับรุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก และความอยากอาหารลดลง เป็นต้น อาการ เหล่านี้จะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะสูญเสียน้ำ การได้รับ พลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานาน ซึ่ง ส่งผลให้เกิดภาวะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อได้ จึงเป็นที่มา ของการรวบรวมคำแนะนำด้านโภชนาการ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อกำหนดแนวทางในการบริโภคอาหาร สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับยา GLP-1 RAs

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ภาวะน้ำหนักเกิน คือ ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนัก เกินเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสมกับส่วนสูง แต่ยังไม่ถึง ขึ้นเป็นโรคอ้วน ส่วนโรคอ้วน คือ ภาวะที่ร่างกายมีการ สะสมของไขมันที่มากเกินไปกว่าปกติ ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่ม โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยเกณฑ์ ที่ใช้จะแตกต่างกันเนื่องจากสรีรวิทยาในแต่ละเชื้อชาติ เพศ และอายุที่แตกต่างกัน นอกจากค่าดัชนีมวลกาย แล้วยังมีเกณฑ์อื่นที่ใช้ประกอบการพิจารณา เช่น เส้น รอบเอว เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย เป็นต้น

ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ต่อร่างกาย

ความผิดปกติของเนื้อเยื่อไขมันเป็นปัจจัย สำคัญที่นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางเมตาบอลิซึม ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนจะส่งผลเสียต่อ ระบบต่างๆของร่างกาย อาทิ เช่น ระบบหลอดเลือดและ หัวใจ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบการเผาผลาญพลังงาน ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ และอื่นๆ [6, 7]

(รูปที่ 1) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และยังเพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็งหลายชนิด ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยัง

ส่งผลต่อสุขภาพจิต ที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความมั่นใจในตัวเองต่ำ จนนำไปสู่ปัญหาในการเข้าสังคม

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน^[5]

การวินิจฉัย	ดัชนีมวลกาย (kg/m ²) เกณฑ์จากองค์การอนามัยโลก	ดัชนีมวลกาย (kg/m ²) เกณฑ์สำหรับคนเอเชีย
น้ำหนักเกิน	25.0-29.99	23.0-24.99
อ้วนระดับที่ 1	30.0-34.99	25.0-29.99
อ้วนระดับที่ 2	35.0-39.99	≥30
อ้วนระดับที่ 3	≥40	-



รูปที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

การรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในปัจจุบัน

ในปัจจุบัน การรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นมีหลายวิธี ซึ่งจะพิจารณาจากระดับความรุนแรง

ของโรคร่วมกับโรคประจำตัวของผู้ป่วยเพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (ตารางที่ 2) ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต (Lifestyle modification) ซึ่งจะประกอบด้วย

1.1 การควบคุมอาหาร โดยเน้นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การลดพลังงานที่ได้รับ การควบคุมสัดส่วนคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ซึ่งจะอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และนักโภชนาการ

1.2 การออกกำลังกาย ที่แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์

1.3 การปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ โดยมีการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ไม่ควรอดนอน และควรนอนหลับให้เป็นเวลา เพื่อให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างปกติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีการเพิ่มการจดบันทึกอาหาร และการตั้งเป้าหมาย

2. การทำหัตถการผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อลดน้ำหนัก (endoscopic bariatric surgery) ทำโดยการส่องกล้องเข้าไปในกระเพาะอาหาร เช่น การใส่บอลลูนในกระเพาะอาหาร หรือการเย็บกระเพาะอาหารด้วยการส่องกล้อง วิธีดังกล่าวนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการผ่าตัด หรือมีข้อจำกัดในการผ่าตัด

3. การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก (bariatric surgery) การผ่าตัดมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร การผ่าตัดบายพาสกระเพาะอาหาร การผ่าตัดใส่ห่วงรัดกระเพาะอาหาร ถึงแม้ว่าการผ่าตัดลดน้ำหนักจะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก

และช่วยควบคุมโรคต่าง ๆ แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

4. การใช้ยา (pharmacotherapy) ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายกลุ่มยา ซึ่งยาแต่ละกลุ่มก็จะออกฤทธิ์ผ่านกลไกที่แตกต่างกันออกไป โดยจำแนกได้ ดังนี้

4.1 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ยาในกลุ่มนี้จะไปปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เช่น norepinephrine, dopamine, serotonin ที่ควบคุมความรู้สึกหิวและความอิ่ม ทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง หรือรู้สึกอิ่มเร็วขึ้น เช่น ยา phentermine, naltrexone/bupropion, naltrexone และ bupropion เป็นต้น

4.2 ยาที่ลดการดูดซึมไขมันจากอาหาร ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ที่ระบบทางเดินอาหาร โดยไปยับยั้งเอนไซม์ไลเปสที่ใช้ในการย่อยไขมัน ทำให้ไขมันจากอาหารไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย และถูกขับถ่ายออกมาทางอุจจาระ เช่น ยา orlistat

4.3 ยาในกลุ่ม GLP-1 Receptor Agonists (GLP-1 RAs) ยาในกลุ่มนี้เลียนแบบการทำงานของฮอร์โมนตามธรรมชาติในร่างกายที่ชื่อว่า Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความอยากอาหาร และเพิ่มความรู้สึกอิ่ม เช่น ยา liraglutide, semaglutide, tirzepatide และ lixisenatide

ตารางที่ 2 เกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ในการรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนด้วยวิธีต่างๆ^[8]

กลุ่ม BMI และปัจจัยเสี่ยง	โภชนาบำบัด	การออกกำลังกาย	การให้ยารักษาโรคอ้วน	การให้อาหารแคลอรีต่ำมาก	การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก
BMI 23 - 24.9 กก./ม. ²					
- ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	✓	✓	X	X	X
- เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์*	✓	✓	X	X	X
- มีโรคร่วม **	✓	✓	X	X	X
BMI 25 - 29.9 กก./ม. ²					
- ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	✓	✓	X	X	X
- เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์*	✓	✓	X	X	X
- มีโรคร่วม **	✓	✓	✓ ^a	X	X
BMI ≥ 30 กก./ม. ²					
- ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	✓	✓	✓ ^a	✓ ^b	✓ ^b
- เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์*	✓	✓	✓	✓ ^b	✓ ^b
- มีโรคร่วม **	✓ ^c	✓ ^c	✓	✓ ^b	✓ ^b

หมายเหตุ: ✓ = มีข้อบ่งชี้, X = ไม่มีข้อบ่งชี้, ^aพิจารณา = ไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ในทุกกรณี ให้พิจารณาเป็นรายๆ, ^bพิจารณาในรายที่อ้วนรุนแรงมาก, ^cเข้มงวด *เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ชาย ≥ 90 ซม. และ หญิง ≥ 80 ซม., **DM: เบาหวานชนิดที่ 2, CHD: โรคหลอดเลือดหัวใจ, HT: ความดันโลหิตสูง และ HL: ไขมันในเลือดสูง

จากข้อมูลของ American Association of Clinical Endocrinologists และ the American College of Endocrinology (AACE/ACE) รายงานว่า ยาที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากองค์การอาหารและยาที่สามารถใช้ได้ในระยะยาวในปัจจุบันมีอยู่ด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ phentermine-topiramate, naltrexone-bupropion, orlistat, liraglutide และ semaglutide^[9] โดยการใช้ยาลดน้ำหนักทุกชนิดควรอยู่ภายใต้การวินิจฉัยและกำกับดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น เมื่อพิจารณาจากรายงานของ AACE/ACE จะเห็นได้ว่า ยาที่ได้รับการรับรองส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่ม GLP-1 RAs ซึ่ง

ได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพสูงและมีผลกระทบต่อทางเมแทบอลิซึมที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการโรคอ้วนอย่างครอบคลุม

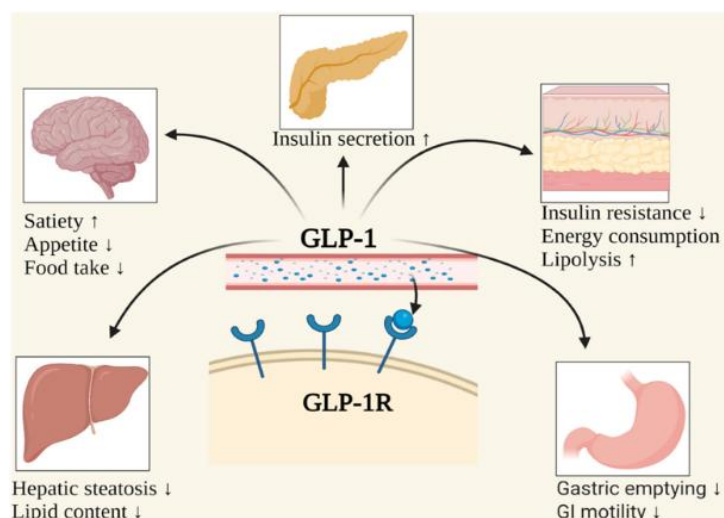
GLP-1 RAs

GLP-1 (Glucagon-like peptide-1) เป็นฮอร์โมนเปปไทด์ที่หลั่งออกมาจากลำไส้เล็กภายหลังการรับประทานอาหาร โดยออกฤทธิ์ผ่านตัวรับ GLP-1 (GLP-1 receptor: GLP-1R) ซึ่งพบได้ในอวัยวะหลายระบบ ทั้งในสมอง ตับอ่อน และทางเดินอาหาร กลุ่มยา GLP-1 RAs เป็นกลุ่มยาที่เลียนแบบการออกฤทธิ์ของฮอร์โมน GLP-1 โดยทำงานผ่าน GLP-1Rs ที่ตับอ่อน

เพื่อกระตุ้นการหลั่งอินซูลินและยับยั้งการหลั่งกลูคากอน ด้วยกลไกดังกล่าว ยาในกลุ่มนี้จึงถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

นอกจากการควบคุมระดับกลูโคสแล้ว GLP-1 RAs ยังออกฤทธิ์ผ่าน GLP-1Rs ที่พบในทางเดินอาหาร โดยช่วยชะลอการบีบตัวของกระเพาะอาหาร และที่สมอง (รูปที่ 2) โดยก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะโรคอ้วน

ได้แก่ การลดน้ำหนักตัว ลดความอยากอาหาร ทำให้ได้รับปริมาณอาหารและพลังงานที่บริโภคลดลง พร้อมทั้งเพิ่มความรู้สึกอิ่มและควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ยา liraglutide และ semaglutide จะถูกกล่าวถึงในบทความนี้ เนื่องจากเป็นยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้ในระยยาว ^[10, 11]



รูปที่ 2 กลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่ม GLP-1 agonist

Liraglutide

1.1 ขนาดและรูปแบบการใช้ยา

Liraglutide เป็นยาในกลุ่ม GLP-1 RAs โดยยานี้สามารถกระตุ้นการหลั่งอินซูลินที่ตอบสนองต่อกลูโคส ขณะเดียวกันก็ลดการหลั่งกลูคากอนและลดความอยากอาหาร ยาชนิดนี้ได้รับการอนุมัติสำหรับใช้รักษาภาวะโรคอ้วนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ขนาดของการใช้ยาให้เริ่มจาก 0.6 มก. ฉีดใต้ผิวหนังวันละ 1 ครั้ง และค่อย ๆ เพิ่มครั้งละ 0.6 มก. ต่อสัปดาห์ จนได้ขนาดสูงสุด 3 มก. ต่อวัน ถ้าผู้ป่วยมีคลื่นไส้หลังเพิ่มขนาดยาให้คงขนาดยาเดิมจนผู้ป่วยสามารถทนต่อผลข้างเคียงได้แล้วค่อยเพิ่มขนาดยา

1.2 ประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก

จากการศึกษา LEAD-2 พบว่า กลุ่มที่ได้รับยาที่ขนาด 0.6, 1.2 และ 1.8 มก. ต่อวัน ทุกกลุ่มที่ได้รับยาจะมีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉลี่ย 1.8–2.8 กก. เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ^[12] เช่นเดียวกับการศึกษา LEAD-4 ที่พบว่าสามารถลดน้ำหนักได้ 1–2 กก. ในกลุ่มที่ได้รับยา โดยการลดลงของน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นตามขนาดของยาที่ได้รับ ^[13] สอดคล้องกับการศึกษา LEAD-5 และ LEAD-6 ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ^[12, 14] นอกจากนี้ ในการศึกษา SCALE Obesity and Pre-diabetes และ SCALE Diabetes พบว่าการ



ใช้ยาขนาดสูง (3 มก./วัน) สามารถลดน้ำหนักได้ดีกว่า ยาขนาดต่ำ (1.8 มก./วัน) และกลุ่มที่ได้รับยาลดน้ำหนัก ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสามารถลดค่าดัชนีมวลกายได้ถึงร้อยละ 1.9–2.2 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อีกทั้งยังสามารถลดความดันโลหิต และไขมันในเลือดได้อีกด้วย [15, 16]

1.3 ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาชนิดนี้ คือ ผลข้างเคียงระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน จากการศึกษา LEAD-5 พบว่า ในกลุ่มผู้ได้รับ ยามีอาการคลื่นไส้สูงถึงร้อยละ 14 มักเกิดขึ้นชั่วคราว ซึ่งจะต้องมีการบริหารยาโดยให้เริ่มต้นที่ 0.6 มก. ต่อวัน และเพิ่มสัปดาห์ละ 0.6 มก. จนถึง 3 มก. ต่อวัน เพื่อลด ผลข้างเคียงทางเดินอาหาร นอกจากนี้ยังมีการเบื่อ อาหาร ท้องอืด และท้องผูก ซึ่งมักเกิดในช่วงเริ่มต้นการ รักษาและสัมพันธ์กับขนาดยา นอกจากนี้ ยังมี ผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน นิ่ว ในถุงน้ำดี อีกทั้งยังมีคำเตือนเรื่องความเสี่ยงของมะเร็ง ต่อมไทรอยด์ชนิด C-cell โดยห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติ ส่วนตัวหรือครอบครัวเป็นโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ชนิด medullary thyroid carcinoma (MTC) หรือ multiple endocrine neoplasia type 2 (MEN2) [7, 13]

Semaglutide

2.1. ขนาดและรูปแบบการใช้ของยา จะมีอยู่ 2 รูปแบบ ได้แก่

ยาฉีด เป็นยาที่มีการปรับปรุงให้มีระยะเวลา การออกฤทธิ์ที่ยาวนานขึ้น ทำให้สามารถฉีดเพียง สัปดาห์ละครั้ง รูปแบบการฉีดยาจะเหมือนกับยา liraglutide ที่จะฉีดเข้าใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ต้นขา หรือต้นแขน สามารถเริ่มฉีดเวลาใดก็ได้ โดยไม่ จำเป็นต้องคำนึงถึงมื้ออาหาร แต่แนะนำให้ฉีดเวลาเดิม

ขนาดของยาจะเริ่มต้นให้ที่ 0.25 มก. ในสัปดาห์แรก และค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้นทุก 4 สัปดาห์ จนถึงขนาด เป้าหมายที่ 2.4 มก. (หรือภายใต้การดูแลของแพทย์)

ยารับประทาน ขนาดของยาที่เริ่มรับประทาน คือ 3 มก. ซึ่งจะเริ่มรับประทานในมื้อเช้า ก่อนอาหารไม่ น้อยกว่า 30 นาที เป็นระยะเวลา 1 เดือน แล้วจึงเพิ่ม ขนาดยาเป็น 7 มก. และหากใช้ขนาดดังกล่าวไม่น้อย กว่า 1 เดือนแล้วยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยาเป็น 14 มก. [17]

2.2. ประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก

จากผลการศึกษาก่อนหน้าที่มีการให้ยาตั้งแต่ STEP-1 ถึง STEP-8 ที่ได้รับยาฉีดตั้งแต่ 20–60 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า ขนาดของยาที่ 2.4 มก. ต่อสัปดาห์ ช่วย ลดน้ำหนักได้ ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มที่ไม่มี เบาหวาน ทั้งนี้ การศึกษาใน STEP-5 ยืนยันการลด น้ำหนักอย่างต่อเนื่องใน 2 ปี จากงานทบทวนอย่างเป็น ระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systematic review and meta-analysis) ของการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยาเซมา글ูไทด์ (semaglutide) ในการลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่เป็นโรคอ้วนหรือมีน้ำหนัก เกินโดยไม่มีภาวะเบาหวาน โดยมีจำนวนผู้ป่วยรวม ทั้งหมด 4,567 ราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า semaglutide สามารถลดน้ำหนักลง 5–20% ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับ ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญ ลดเส้นรอบวงเอวเฉลี่ย 8.28 ซม. ลดค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 3.71 กก./ตร.ม. และช่วย ลดความดัน, C-reactive protein, ไขมันในเลือด อีกทั้ง ยังมีผลในการป้องกันไตเสื่อมในระยะยาว จากผลในการ ลดค่า albuminuria และชะลอการลดลงของ eGFR ได้ ดีกว่ากลุ่มยาหลอก [6] โดยผลลัพธ์แสดงแนวโน้มที่ สัมพันธ์กับขนาดยา (dose dependence) และมีความ สม่่าเสมอและเชื่อถือได้ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาก่อน



หน้าที่ศึกษาประสิทธิภาพของยา semaglutide เปรียบเทียบกับยา liraglutide หรือยาหลอก พบว่ายา semaglutide ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าทั้งสอง [18, 19]

2.3. ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นมีทั้งในระดับเบาจนถึงระดับรุนแรง โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด คือ ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร [20, 21] ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร เรอ ท้องผูก โรคกรดไหลย้อน ในกลุ่มวัยรุ่นที่รับยาพบว่าผู้ที่เป็นนั้วใน ฤุน้ำดี 4% และพบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาอีกด้วย จากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ต่อระบบทางเดินอาหารนี้ จะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะ สูญเสียน้ำ การได้รับพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอ และเมื่อเกิดเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดภาวะ สูญเสียมวลกล้ามเนื้อได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ [22, 23]

จากข้อมูลที่กำลังกล่าวไปกล่าวข้างต้น ว่าการรักษา ด้วย GLP-1RAs เช่น semaglutide หรือ liraglutide ได้รับการพิสูจน์ว่าส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนักโดยผ่าน กลไที่ยับยั้งความอยากอาหาร การชะลอการลำเลียง อาหารจากกระเพาะ และปรับปรุงการเผาผลาญ พลังงาน อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเบื่ออาหารรุนแรง และ ภาวะขาดน้ำ อาจส่งผลให้ เกิดภาวะทุพโภชนาการ และการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ได้ ดังนั้นจึงควรได้รับการวางแผนโภชนาการอย่าง เหมาะสม

การจัดการสมดุลพลังงานในผู้ช้ยา GLP-1RA ยาในกลุ่ม GLP-1RAs มีผลต่อระบบย่อยอาหารโดย ชะลอกระบวนการเคลื่อนตัวของอาหารจากกระเพาะสู่ ลำไส้ (gastric emptying) ส่งผลให้การดูดซึมสารอาหาร ช้าลง และอาจนำไปสู่ภาวะ อ่อนเพลียหลังกินอาหาร (postprandial fatigue) รวมถึงความเสี่ยงต่อ น้ำตาล

ในเลือดต่ำ (hypoglycemia) โดยเฉพาะในผู้ที่ รับประทานอาหารไม่สม่ำเสมอหรือมีพลังงานสะสมไม่ เพียงพอ

แนวทางการรับประทานอาหารเพื่อรักษา สมดุลพลังงาน

การวางแผนโภชนาการที่เหมาะสมสามารถ ช่วยจัดการผลข้างเคียงจากยาและเสริมประสิทธิภาพ ของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนวทางที่ แนะนำ ได้แก่:

- พลังงานที่ควรได้รับ จำแนกตามเพศ เพศ ชาย; 1500-1800 กิโลแคลลอรี่/วัน และเพศหญิง; 1200-1500 กิโลแคลลอรี่/วัน
- เพิ่มไขมันดีในอาหาร: เช่น อะโวคาโด น้ำมัน มะกอก และถั่วต่าง ๆ ซึ่งไม่เพียงช่วยเสริมพลังงาน แต่ ยังช่วยในการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามิน A, D, E และ K
- เลือกอาหารที่ย่อยช้า (slow-digesting foods): เช่น ข้าวไม่ขัดสี หรือธัญพืชเต็มเมล็ด ซึ่งช่วยให้ ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ และลดความรู้สึกอ่อนเพลีย หลังมื้ออาหาร
- เพิ่มของว่างระหว่างมื้อ: เช่น ถั่ว ผลไม้ หรือ โยเกิร์ต ช่วยเติมพลังงานระหว่างวัน ป้องกันน้ำตาลตก และลดความรู้สึกหิวก่อนมื้อถัดไป

การรักษามวลกล้ามเนื้อในผู้ที่มีภาวะเบื่อ อาหารหรือเสี่ยงต่อการสูญเสียกล้ามเนื้อ

การรักษามวลกล้ามเนื้อ (muscle mass) เป็น สิ่งสำคัญในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเบื่ออาหาร หรืออยู่ในภาวะที่ เสี่ยงต่อการสูญเสียกล้ามเนื้อในกลุ่มผู้ช้ยา GLP-1 receptor agonists เนื่องจากภาวะเหล่านี้มักทำให้ลด ปริมาณการบริโภคอาหารลง มีการบริโภคโปรตีนลดลง ส่งผลให้ระดับกรดอะมิโนจำเป็นในเลือด โดยเฉพาะ leucine ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการสังเคราะห์

โปรตีนในกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกันระดับของฮอร์โมน cortisol เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อที่เพิ่มมากขึ้น

แนวทางโภชนาการเพื่อรักษากล้ามเนื้อ

- ปริมาณโปรตีนที่แนะนำ: ควรได้รับโปรตีน 1.2–1.5 กรัม/กิโลกรัม/วัน

- การกระจายปริมาณโปรตีนในแต่ละมื้อ: ควรได้รับโปรตีนประมาณ 20–30 กรัมต่อมื้อ จากแหล่งอาหารคุณภาพ เช่น ปลาอย่าง ออกไก่ โยเกิร์ตไม่หวาน หรือถั่วต่าง ๆ

- เลือกโปรตีนที่มี BCAAs: โดยเฉพาะ leucine ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการสร้างกล้ามเนื้อ และลดกระบวนการสลายโปรตีน

การจัดการภาวะขาดน้ำและสมดุลของเหลวในผู้ที่ใช้ยา GLP-1RA

การใช้ยาในกลุ่ม GLP-1RAs มักก่อให้เกิดผลทำให้เกิดความรู้สึกอิ่มเร็ว (early satiety) ซึ่งส่งผลให้ผู้บริโภคน้ำในปริมาณลดลงโดยไม่รู้ตัว จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ ขาดน้ำ (dehydration) และ ความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte imbalance) โดยเฉพาะในกรณีที่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสีย

ผลกระทบต่อสมดุลของร่างกาย

การดื่มน้ำน้อยจากผลของยา ทำให้ร่างกายต้องชดเชยโดยการหลั่งฮอร์โมน ADH (antidiuretic hormone) เพิ่มขึ้น เพื่อกักเก็บน้ำไว้ในร่างกาย แต่ผลข้างเคียงที่ตามมาคือระดับ โซเดียม (sodium) ในเลือดอาจลดลง เกิดภาวะ hyponatremia นอกจากนี้ การขาดน้ำยังลดปริมาณเลือดหมุนเวียน (blood volume) กระบวนการทำงานของไต และอาจกระตุ้นการหลั่ง aldosterone เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

แนวทางป้องกันและแก้ไข

- ดื่มน้ำให้เพียงพอ: อย่างน้อย 8–12 แก้วต่อวัน หรือประมาณ 2–3 ลิตร เพื่อชดเชยของเหลวที่ร่างกายสูญเสีย และช่วยให้ระบบต่าง ๆ ทำงานได้อย่างปกติ

- ดื่มเครื่องดื่มอิเล็กโทรไลต์ที่มี osmolality ต่ำ เพื่อป้องกันการสูญเสียโซเดียม โพแทสเซียม และแร่ธาตุสำคัญอื่น ๆ

- เสริมอาหารที่มีปริมาณน้ำสูง เช่น ซุป ผัก และผลไม้ที่มีน้ำมาก เช่น แตงโม แตงกวา หรือผลไม้ฉ่ำน้ำ เพื่อช่วยเติมน้ำให้ร่างกายโดยไม่รู้สึกอึดอัด

ภาวะทุพโภชนาการจากการขาดวิตามินและแร่ธาตุในผู้ที่ใช้ยา GLP-1RAs

ผู้ที่ใช้ยาในกลุ่ม GLP-1RAs มักมีการลดปริมาณการบริโภคอาหารลงจากผลของยา มีอาการเบื่ออาหาร ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะ ทุพโภชนาการจากการขาดสารอาหารรอง (micronutrient deficiency) ได้ในระยะยาว โดยเฉพาะวิตามินและแร่ธาตุที่มีบทบาทสำคัญในระบบพลังงาน ภูมิคุ้มกัน และสุขภาพของกระดูกและกล้ามเนื้อ

กลุ่มสารอาหารรองที่มักขาด

- วิตามินกลุ่ม B-complex (B1, B6, B9, B12) และ วิตามินที่ละลายในไขมัน (A, D, E และ K)

- แคลเซียม ธาตุเหล็ก และสังกะสี

แนวทางการเสริมและป้องกัน

- เสริมวิตามินและแร่ธาตุในรูปแบบ multivitamin: แนะนำใช้ผลิตภัณฑ์ ที่ไม่มีน้ำตาล เพื่อป้องกันการเพิ่มพลังงานส่วนเกิน และควรเลือกสูตรที่มีความครอบคลุมของวิตามิน B-complex, D, A, E, K และแร่ธาตุหลัก

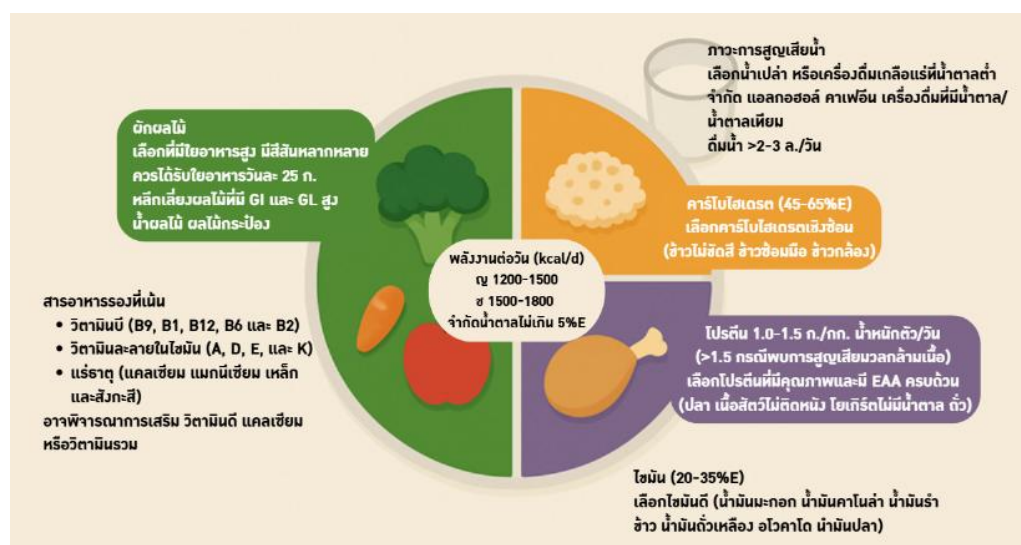


- รับประทานผักผลไม้ ที่เป็นแหล่งของ วิตามิน และเกลือแร่

- ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยง: โดยเฉพาะผู้ที่น้ำหนักลดลงเร็ว หรือมีอาการทางเดินอาหารเด่นชัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หรือท้องเสีย ควรตรวจวิเคราะห์ระดับสารอาหารรองในเลือด และเสริมตามความจำเป็น

รูปแบบอาหารตามแนวทาง MyPlate

รูปแบบการรับประทานอาหารตามแนวทาง my plate เป็นกลยุทธ์ทางด้านโภชนาการเพื่อส่งเสริมความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหารตามคำแนะนำได้อย่างง่ายมากขึ้น โดยจะแสดงเป็นรูปจานอาหารที่ได้มีการแบ่งสัดส่วนของอาหารตามพื้นที่จานอาหารดังแสดง (รูปที่ 3) ดังนี้



รูปที่ 3 รูปแบบการรับประทานอาหารตามแนวคิด my plate

การเสริมกิจกรรมทางกายของกลุ่มผู้ใช้ยา GLP-1RAs

การใช้ยาในกลุ่ม GLP-1 RAs แม้จะมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนักและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่พบว่าอาจทำให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อได้มากถึง 25-40% ของน้ำหนักที่ลดลงทั้งหมด ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลเสียต่อสมรรถภาพร่างกาย ระบบเผาผลาญ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว

การออกกำลังกาย: กลยุทธ์สำคัญในการรักษาและเสริมสร้างกล้ามเนื้อ

การออกกำลังกาย โดยเฉพาะ resistance training หรือการออกกำลังกายแบบ ยกน้ำหนัก ใช้ยางยืด หรือออกกำลังกายด้วยน้ำหนักตัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดการสูญเสียกล้ามเนื้อจากการลดน้ำหนัก โดยมีข้อดีดังนี้:

- กระตุ้นการสร้างกล้ามเนื้อ: Resistance training ช่วยกระตุ้น mTOR pathway ซึ่งส่งเสริมกระบวนการสร้างโปรตีนในกล้ามเนื้อ

- ลดการสูญเสีย lean mass: การออกกำลังกายต้านแรงสามารถลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อได้มากถึง 50–95% ในผู้ที่ลดน้ำหนักด้วยยา GLP-1Ras
- การออกกำลังกายแบบแอโรบิก: ควรทำอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เพื่อส่งเสริมการทำงานของหัวใจ หลอดเลือด และระบบเผาผลาญ

สรุปผล

สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข การรักษาด้วยยา GLP-1 RAs ได้รับความนิยมเนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก แต่มีผลข้างเคียง เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ และท้องเสีย ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ การปรับพฤติกรรมการกินตามคำแนะนำ เช่น เพิ่มโปรตีน ดื่มน้ำให้เพียงพอ และควบคุมวิตามินแร่ธาตุ ช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าว แนวทางโภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยเสริมผลของยาและส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

อ้างอิง

1. World Obesity Federation. (n.d.). *% Adults living with overweight or obesity in Thailand 2003–2019*. Retrieved July 22, 2025, from https://data.worldobesity.org/country/thailand-214/#data_trends
2. Ministry of Public Health, Thailand. (n.d.). *Percentage of working-age population aged 19–59 years who are overweight at the area health* [Dashboard]. Retrieved July 22, 2025, from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/fat1959?year=2025>
3. Ministry of Public Health, Thailand. (n.d.). *Percentage of working-age population aged 19–59 years who are obesity grade I at the area health* [Dashboard]. Retrieved July 22, 2025, from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bmi1959nf1?year=2025>
4. Ministry of Public Health, Thailand. (n.d.). *Percentage of working-age population aged 19–59 years who are obesity grade II at the area health* [Dashboard]. Retrieved July 22, 2025, from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/bmi1959nf2?year=2025>
5. Tham, K. W., Abdul Ghani, R., Cua, S. C., Deerochanawong, C., Fojas, M., Hocking, S., et al. (2023). Obesity in South and Southeast Asia—A new consensus on care and management. *Obesity Reviews*, 24(2), e13520.
6. Popoviciu, M.-S., Păduraru, L., Yahya, G., Metwally, K., & Cavalu, S. (2023). Emerging role of GLP-1 agonists in obesity: A comprehensive review of randomised controlled trials. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(13).



7. Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D., et al. (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts*, 8(6), 402–424.
8. Institute of Medical Research & Technology Assessment. (n.d.). *Guidelines for the prevention and treatment of obesity*. Retrieved from http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/pdf_cpg/2553/53-4.pdf
9. Cornier, M.-A. (2022). A review of current guidelines for the treatment of obesity. *Supplements and Featured Publications*, 28.
10. Michos, E. D., Lopez-Jimenez, F., & Gulati, M. (2023). Role of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in achieving weight loss and improving cardiovascular outcomes in people with overweight and obesity. *Journal of the American Heart Association*, 12(11), e029282.
11. Wang, J.-Y., Wang, Q.-W., Yang, X.-Y., Yang, W., Li, D.-R., Jin, J.-Y., et al. (2023). GLP-1 receptor agonists for the treatment of obesity: Role as a promising approach. *Frontiers in Pharmacology*, 14.
12. Nauck, M., Frid, A., Hermansen, K., Shah, N. S., Tankova, T., Mitha, I. H., et al. (2009). Efficacy and safety comparison of liraglutide, glimepiride, and placebo, all in combination with metformin, in type 2 diabetes: The LEAD-2 study. *Diabetes Care*, 32(1), 84–90.
13. Garber, A., Henry, R., Ratner, R., Garcia-Hernandez, P. A., Rodriguez-Pattzi, H., Olvera-Alvarez, I., et al. (2009). Liraglutide versus glimepiride monotherapy for type 2 diabetes (LEAD-3 Mono): A randomised, 52-week, phase III, double-blind, parallel-treatment trial. *The Lancet*, 373(9662), 473–481.
14. Buse, J. B., Rosenstock, J., Sesti, G., Schmidt, W. E., Montanya, E., Brett, J. H., et al. (2009). Liraglutide once a day versus exenatide twice a day for type 2 diabetes: A 26-week randomised, parallel-group, multinational, open-label trial (LEAD-6). *The Lancet*, 374(9683), 39–47.
15. Pi-Sunyer, X., Astrup, A., Fujioka, K., Greenway, F., Halpern, A., Krempf, M., et al. (2015). A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *New England Journal of Medicine*, 373(1), 11–22.
16. Davies, M. J., Bergenstal, R., Bode, B., Kushner, R. F., Lewin, A., Skjøth, T. V., et al. (2015). Efficacy of liraglutide for weight loss among patients with type 2 diabetes: The SCALE Diabetes Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 314(7), 687–699.
17. Chaiyakittirattana, N. (2022). Oral semaglutide: A new option in the management of type 2 diabetes. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 32(3), 285–293.



18. Xie, Z., Yang, S., Deng, W., Li, J., & Chen, J. (2022). Efficacy and safety of liraglutide and semaglutide on weight loss in people with obesity or overweight: A systematic review. *Clinical Epidemiology*, 14, 1463–1476.
19. Hashmi, T. M., Ahmed, M., Haider, A., Naseem, S., Jafar, U., Hussain, M., et al. (2025). Once-weekly semaglutide versus once-daily liraglutide for weight loss in adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical and Translational Science*, 18(2), e70127.
20. Tan, H. C., Dampil, O. A., & Marquez, M. M. (2022). Efficacy and safety of semaglutide for weight loss in obesity without diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 37(2), 65–72.
21. Kommu, S., & Berg, R. L. (2024). Efficacy and safety of once-weekly subcutaneous semaglutide on weight loss in patients with overweight or obesity without diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews*, 25(9), e13792.
22. Mehrtash, F., Dushay, J., & Manson, J. E. (2025). I am taking a GLP-1 weight-loss medication—What should I know? *JAMA Internal Medicine*.
23. Mehrtash, F., Dushay, J., & Manson, J. E. (2025). Integrating diet and physical activity when prescribing GLP-1s—Lifestyle factors remain crucial. *JAMA Internal Medicine*.

ผลการศึกษาของกระบวนการ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า HbA1c
ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

The Effects of the Home Ward Process on Changes in HbA1c Levels
among Diabetic Patients at Phana Hospital, Amnat Charoen Province.

อมรธีร์ ศรีสะอาด

Amorntee Srisaard

แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

(Received: April 15, 2025; Accepted: July 30, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังแบบกลุ่มเดียวที่มีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ในโรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างกุมภาพันธ์-กันยายน 2567 จำนวน 64 ราย ใช้แบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เก็บข้อมูลจากระบบ HOS XP รวบรวมข้อมูลค่า HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3-4 เดือน ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และกิจกรรม Home Ward วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test, McNemar-Bowker test และ Multiple Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจากร้อยละ 11.93 เป็น 9.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คิดเป็นการลดร้อยละ 2.16 ผู้ป่วยร้อยละ 90.6 มี HbA1c ดีขึ้น สัดส่วนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายการควบคุมที่ยอมรับได้ ($HbA1c \leq 8\%$) เพิ่มขึ้น 4.8 เท่า จากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 23.4 ผู้ป่วยร้อยละ 73.4 มีการตอบสนองดีต่อการรักษา (การลดลงของ $HbA1c \geq 1.0\%$) ปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญ ได้แก่ ค่า HbA1c เริ่มต้น โดยผู้ป่วยที่มี HbA1c เริ่มต้น 10-12.9% และ $\geq 13\%$ มีโอกาสตอบสนองดีมากกว่าผู้ป่วยที่มี HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 10 ถึง 4.33 เท่า ($p < 0.05$) และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมา 11-14 ปี มีโอกาสตอบสนองดีน้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมา 2-5 ปี ($OR = 0.17, p = 0.040$) กระบวนการ Home Ward มีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการควบคุมไม่ดีในเริ่มต้น การลดลงของ HbA1c ร้อยละ 2.16 เกินกว่าเกณฑ์ความหมายทางคลินิก แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของโปรแกรมในการลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ผลการศึกษานับสนับสนุนการนำกระบวนการ Home Ward มาใช้เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับปฐมภูมิ โดยควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มี HbA1c สูงและระยะเวลาการเป็นโรคน้อยกว่า 10 ปี เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, ค่าน้ำตาลเฉลี่ย, เบาหวาน

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of the Home Ward process on HbA1c changes in type 2 diabetes patients and analyze factors affecting these changes. This was a retrospective analytical study using a single-group pre-posttest design that analyzed medical records of type 2 diabetes patients who participated in the Home Ward process at Phana Hospital, Amnat Charoen Province, between February and September 2024, totaling 64 patients. Electronic data recording forms were used to collect data from the HOS XP system, gathering HbA1c values before and after program participation (3-4 months), baseline patient data, and Home Ward activities. Data were analyzed using a paired t-test, a McNemar-Bowker test, and multiple logistic regression.

The results showed that the mean HbA1c significantly decreased from 11.93% to 9.77% ($p < 0.001$), representing a 2.16% reduction. Hemoglobin A1c improved in 90.6% of patients. The proportion of patients achieving acceptable glycemic control targets (HbA1c $\leq 8\%$) increased 4.8-fold from 4.7% to 23.4%. A total of 73.4% of patients showed good treatment response (HbA1c reduction $\geq 1.0\%$). Significant predictive factors included baseline HbA1c levels, with patients having baseline HbA1c of 10-12.9% and $\geq 13\%$ being 4.33 times more likely to respond well compared to patients with HbA1c $< 10\%$ ($p < 0.05$), and diabetes duration, with patients having diabetes for 11-14 years being less likely to respond well compared to those with 2-5 years duration (OR=0.17, $p=0.040$). The Home Ward process demonstrated high effectiveness in glycemic control for patients with type 2 diabetes, particularly those with poor initial control. The 2.16% HbA1c reduction exceeded the clinically significant difference threshold, demonstrating the program's potential to reduce diabetic complications. The study supports implementing the Home Ward process as a primary care model for diabetes management, with priority given to patients with high HbA1c levels and diabetes duration less than 10 years for optimal effectiveness.

Keywords : Home Ward, HbA1c, diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยมีอัตราการชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.5 โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบสาธารณสุข 3.3 ล้านราย และมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 300,000 รายต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2566) การศึกษาระดับชาติของ Boonsub Sakboonyarat และคณะ (2021) ในผู้ป่วย 186,010 ราย พบว่าผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล (HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7) มีเพียงร้อยละ 34.5-35.6 เท่านั้น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย ได้แก่ อุปสรรคด้านภูมิศาสตร์ เช่น ระยะทางไกลและความยากลำบากในการเดินทางไปยังหน่วยบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ซึ่งแม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme) แต่ผู้ป่วยยังเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Somanawat et al., 2020; Yan et al., 2020) นอกจากนี้ ปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางสุขภาพ เช่น การมองโรคเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของวัยผู้สูงอายุ หรือมีความเชื่อในหลักคำสอนทางศาสนา ช่วยกำหนดพฤติกรรมการจัดการตนเองและการเข้ารับบริการได้ (Yan et al., 2020; Puti, 2561) จึงชี้ให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย และมีผลลัพธ์ชัดเจน ถือเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่จำเป็นในการยกระดับคุณภาพการรักษาให้เหมาะสมกับบริบทของไทย

แนวคิด Home Ward หรือการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย ณ ภูมิลำเนาโดยทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เป็นรูปแบบการดูแลที่ดำเนินการตามแนวทางและมาตรฐานของกรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข (2565) ซึ่งยึดหลักการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้รับบริการ (patient safety) การดำเนินงานในลักษณะนี้มีศักยภาพในการยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนและลดอุปสรรคด้านการเดินทางของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ องค์ความรู้เชิงประจักษ์จากงานวิจัยในประเทศไทยสนับสนุนถึงประสิทธิผลของ Home Ward ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะค่า HbA1c การศึกษาของ นงนุช วารีย์ (2563) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่จำนวน 30 ราย พบว่าหลังการดำเนินงาน Home Ward ค่า HbA1c ลดลงเฉลี่ยร้อยละ 1.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่การศึกษาของ ทวีเกียรติ ตั้งวงศ์ไชย และ สกลสุภา สิงคิบุตร (2567) พบว่าค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจากร้อยละ 12.03 เหลือร้อยละ 10.63 ส่วนการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ สินธุเขต (2566) รายงานว่าค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจากร้อยละ 9.13 เหลือร้อยละ 7.07 นอกจากนี้ วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และบุผา รักษานาม (2568) ได้พัฒนาแบบจำลอง 3SAP Home Ward Model ซึ่งสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของรูปแบบดังกล่าวในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

แม้ว่าองค์ความรู้ที่มีอยู่จะสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของ Home Ward ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ยังคงมีข้อจำกัดเชิงวิชาการที่สำคัญ โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะเวลากำหนด และขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เจาะจงต่อบริบทของอำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีลักษณะทางภูมิศาสตร์และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ-สังคมที่แตกต่างจาก

พื้นที่ศึกษาอื่น ๆ อันอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพและความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลดังกล่าว

ดังนั้น การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์ผลกระทบของกระบวนการ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า HbA1c ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาที่คาดหวังจะช่วยเสริมสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของกระบวนการ Home Ward ในการควบคุมโรคเบาหวานในบริบทของอำเภอพนา และสามารถต่อยอดไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนสำหรับพื้นที่ชนบทในภูมิภาคอีสานตอนล่าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการ Home Ward ต่อการเปลี่ยนแปลงค่า HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่า HbA1c ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการ Home Ward

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective Analytical Study) แบบกลุ่มเดียวที่มีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Post Test Design) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ในโรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ในโรงพยาบาลพนา จังหวัด

อำนาจเจริญ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 จำนวน 64 คน

กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษาย้อนหลังและมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ในช่วงเวลาที่กำหนดจำนวนจำกัด จึงใช้วิธีการสำรวจประชากรทั้งหมด (Total Population Survey) รวมผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 64 ราย โดยเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่เข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ในโรงพยาบาลพนา ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 มีข้อมูลค่า HbA1c ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (baseline) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3-4 เดือน และมีเวชระเบียนที่ครบถ้วนในระบบ HOS XP ของโรงพยาบาลพนา และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลค่า HbA1c ได้ หรือมีข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษาคobrถ้วน ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบ Hospital Operating System (HOS XP) ของโรงพยาบาลพนา ประกอบด้วย

1. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ระดับน้ำตาลในเลือด และผลการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง
2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โรคประจำตัวร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประเภทและขนาดยาเบาหวาน
3. ข้อมูลกิจกรรม Home Ward ได้แก่ วันที่และความถี่ของการเยี่ยมบ้าน ประเภทของการบริการที่

ให้ (การให้ความรู้ การตรวจสุขภาพ การปรับยา) บุคลากรที่ให้บริการ และปัญหาหรือข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมบ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงของเนื้อหา ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ประเมินความครอบคลุมของข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวิจัย ตัวแปรสำคัญ (HbA1c อายุ เพศ โรคร่วม ระยะเวลาเป็นเบาหวาน) และข้อมูลกิจกรรม Home Ward

2. เปรียบเทียบข้อมูลกับแหล่งต้นฉบับในระบบ HOS XP และเวชระเบียนกระดาษเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดในการบันทึก

3. ดำเนินการ Audit Trail เพื่อยืนยันความถูกต้องในทุกขั้นตอนของการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล พร้อมทั้งการปกปิดชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

4. ทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยให้ผู้บันทึกหลายคนบันทึกข้อมูลชุดเดียวกัน และตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลในช่วงเวลาต่างกัน เพื่อประเมินความคงที่ของการบันทึกข้อมูลและความน่าเชื่อถือของแบบบันทึกอิเล็กทรอนิกส์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมข้อมูลทุติยภูมิ คัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากระบบ Hospital Operating System (HOS XP) โรงพยาบาลพนา ได้แก่ ค่า HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย โรคประจำตัวร่วม ข้อมูลการรักษา และกิจกรรม Home Ward จากนั้นจัดทำรายการตัวแปร และตรวจสอบความครบถ้วน

2. การรวบรวมข้อมูล เข้าถึงระบบ HOS XP ตามขั้นตอนและข้อตกลงที่กำหนดโดยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนา แล้วนำเข้าข้อมูลที่

ต้องการในรูปแบบที่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ เช่น ไฟล์ Excel หรือ CSV พร้อมทั้งปกปิดชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

3. การตรวจสอบข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลที่รวบรวมมาจากระบบ HOS XP กับเวชระเบียนกระดาษและบันทึกการเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และตรวจสอบความครบถ้วนของทุกตัวแปรที่ต้องการใช้ในการวิเคราะห์

4. การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ดำเนินการทำความสะอาดข้อมูลโดยลบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือผิดพลาด จัดรูปแบบข้อมูลให้เหมาะสม และเข้ารหัสข้อมูลตัวแปรเชิงคุณภาพให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถวิเคราะห์ได้ในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และความถี่และร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ประกอบด้วย

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ด้วย Paired t-test

2.2 การวิเคราะห์การบรรลุเป้าหมาย การควบคุมระดับน้ำตาลด้วย McNemar-Bowker test สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนในกลุ่มเดียวกันก่อนและหลังการทดลอง

2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตอบสนองการรักษา (การลดลงของ HbA1c $\geq 1.0\%$) ด้วย Chi-square test

สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

2.4 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple Logistic Regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองการรักษาอย่างอิสระ โดยใช้วิธี Enter method และประเมินความเหมาะสมของโมเดลด้วย Hosmer-Lemeshow test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ หมายเลขรับรอง 5/2568 ลงวันที่ 21 มกราคม 2568

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ในโรงพยาบาลพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 จำนวน 64 ราย สามารถติดตามผลการรักษาได้ครบถ้วน 64 ราย (ร้อยละ 100)

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.2 อายุเฉลี่ย 60.6 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน (ร้อยละ 48.5) และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานค่อนข้างนาน (เฉลี่ย 10.5 ปี) โดยกลุ่มที่เป็นเบาหวานมา 11-14 ปี มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 39.1)

ด้านโรคประจำตัวร่วม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มียา Glipizide (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือ Insulin (ร้อยละ 73.4) และ Metformin (ร้อยละ 70.3) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการรักษาแบบหลายขั้นตอนเนื่องจากการควบคุมเบาหวานที่ยังไม่เหมาะสม

การใช้ยาเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา Glipizide (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือ Insulin (ร้อยละ 73.4) และ Metformin (ร้อยละ 70.3) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการรักษาแบบหลายขั้นตอนเนื่องจากการควบคุมเบาหวานที่ยังไม่เหมาะสม ค่า HbA1c เริ่มต้นเฉลี่ย 11.93% แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม Home Ward โดยมีเพียงร้อยละ 25.0 เท่านั้นที่มีค่า HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งถือว่าควบคุมได้ดี ขณะที่ร้อยละ 50.0 มีการควบคุมปานกลาง (10-12.9%) และอีกร้อยละ 25.0 ควบคุมได้ไม่ดี ($\geq 13\%$)

ผลการประเมินประสิทธิผลของกระบวนการ Home Ward

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่า HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward

ค่า HbA1c	M	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI	P-value
ก่อนเข้าร่วม Home Ward	11.93	1.827	ควบคุมไม่ได้				
หลังเข้าร่วม Home Ward	9.77	2.079	ควบคุมไม่ได้	-2.159	8.645	1.66-2.66	<0.001*

*หมายเหตุ: มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 ค่า HbA1c ก่อนเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward พบว่า ค่า HbA1c อยู่ในระดับควบคุมไม่ได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 11.93 หลังเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward พบว่า ค่า HbA1c อยู่ในระดับควบคุมไม่ได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 9.77 ค่า HbA1c หลังเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward มีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า HbA1c หลังเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward ลดลงจากก่อนเข้าร่วม

กระบวนการ Home Ward เป็นจำนวนร้อยละ 2.159 (95% CI = 1.660-2.658)

ผลลัพธ์การรักษาตามทิศทางการเปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์ทิศทางการเปลี่ยนแปลงของค่า HbA1c พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 58 ราย (ร้อยละ 90.6) มีค่า HbA1c ดีขึ้น โดยมีช่วงการลดลงตั้งแต่ร้อยละ 0.1 ถึง 6.2 ขณะที่ผู้ป่วยจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 9.4) มีค่า HbA1c แย่ลงหรือไม่เปลี่ยนแปลง โดยมีช่วงการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ 0.0 ถึง +3.0%

การบรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาล

ตารางที่ 2 การบรรลุเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการ Home Ward

ระดับการควบคุม	ก่อน Home Ward		หลัง Home Ward		การเปลี่ยนแปลง
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
HbA1c <7% (ควบคุมได้ดี)	0	0	2	3.1	+2
HbA1c 7-8% (ควบคุมได้ปานกลาง)	3	4.7	13	20.3	+10
HbA1c >8% (ควบคุมไม่ได้)	61	95.3	49	76.6	-12
รวม	64	100.0	64	100.0	

หมายเหตุ: การเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.000$, $p < 0.001$, McNemar-Bowker test)

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากระบวนการ Home Ward ส่งผลให้เกิดการเลื่อนระดับการควบคุมเบาหวานไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี (HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7) เพิ่มขึ้นจากไม่มีผู้ป่วยใด (ร้อยละ 0.0) เป็น 2 ราย (ร้อยละ 3.1) ขณะที่ผู้ป่วยที่ควบคุมได้ปานกลาง (HbA1c 7-8%) เพิ่มขึ้นจาก 3 ราย (ร้อยละ 4.7) เป็น 13 ราย (ร้อยละ 20.3) คิดเป็นการปรับปรุง 4.3 เท่า และผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1c มากกว่าร้อยละ 8) ลดลงจาก

61 ราย (ร้อยละ 95.3) เป็น 49 ราย (ร้อยละ 76.6) หรือลดลงร้อยละ 18.7 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้สัดส่วนผู้ป่วยที่บรรลุเป้าหมายการควบคุมที่ยอมรับได้ (HbA1c $\leq$ 8%) เพิ่มขึ้น 4.8 เท่า จากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 23.4 โดยการเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.000$, $p < 0.001$, McNemar-Bowker test)

การตอบสนองการรักษา

ตารางที่ 3 การตอบสนองการรักษาตามเกณฑ์การลดลงของ HbA1c

การตอบสนองการรักษา	จำนวน	ร้อยละ	การเปลี่ยนแปลง HbA1c	ช่วงการเปลี่ยนแปลง (%)
การตอบสนองดี (ลดลง $\geq 1.0\%$)	47	73.4	$-3.0 \pm 1.5\%$	-1.0 ถึง -6.2
การตอบสนองไม่ดี (ลดลง $< 1.0\%$)	17	26.6	$+0.2 \pm 1.2\%$	-0.8 ถึง +3.0
รวม	64	100.0	$-2.159 \pm 2.0\%$	-6.2 ถึง +3.0

หมายเหตุ: เกณฑ์การตอบสนองดี = การลดลงของ HbA1c $\geq 1.0\%$ ซึ่งถือเป็น Clinically Significant Difference

การวิเคราะห์กลุ่มย่อยของผู้ป่วยที่ตอบสนองไม่ดี

ตารางที่ 4 รายละเอียดกลุ่มที่ตอบสนองไม่ดี (17 ราย)

ประเภทการเปลี่ยนแปลง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ*	คำอธิบาย
ไม่เปลี่ยนแปลง (0%)	1	5.9	HbA1c คงที่
ลดลงเล็กน้อย (0.1-0.9%)	11	64.7	มีการปรับปรุงแต่ไม่ถึงเกณฑ์
เพิ่มขึ้น ($> 0\%$)	5	29.4	HbA1c แย่ลง
รวม	17	100.0	

หมายเหตุ: ร้อยละของกลุ่มตอบสนองไม่ดี (n=17)

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์การตอบสนองการรักษาโดยกำหนดเกณฑ์การตอบสนองดีคือการลดลงของ HbA1c $\geq 1.0\%$ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 73.4 (47 ราย) มีการตอบสนองดีต่อการรักษา และผู้ป่วยร้อยละ 26.6 (17 ราย) มีการตอบสนองไม่ดี กลุ่มที่ตอบสนองดีมีการลดลงของ HbA1c เฉลี่ย $3.0 \pm 1.5\%$ ในช่วง -1.0 ถึง -6.2% โดยการลดลงสูงสุดร้อยละ 6.2

สำหรับกลุ่มที่ตอบสนองไม่ดี (17 ราย) มีการเปลี่ยนแปลง HbA1c เฉลี่ย $+0.2 \pm 1.2\%$ ในช่วง -0.8 ถึง +3.0% เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดเพิ่มเติม พบว่าแม้จะจัดอยู่ในกลุ่มตอบสนองไม่ดี แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (11 ราย หรือ 64.7% ของกลุ่มนี้) ยังคงมีการปรับปรุงเล็กน้อย โดยมี HbA1c ลดลงในช่วง 0.1-0.9% ขณะที่ผู้ป่วยเพียง 1 ราย (5.9%) ที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย และอีก 5 ราย (29.4%) ที่มี HbA1c เพิ่มขึ้น

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองการรักษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Univariate

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตอบสนองการรักษา (การลดลงของ HbA1c $\geq 1.0\%$) โดยการวิเคราะห์เบื้องต้นแต่ละปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีค่า $p < 0.20$ และนำไปสู่การวิเคราะห์แบบ Multivariate ประกอบด้วย ค่า HbA1c เริ่มต้น ($p < 0.001$), ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ($p = 0.045$), อายุ ($p = 0.087$), เพศ ($p = 0.234$) และการใช้ยา Metformin ($p = 0.156$)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนอง
การรักษาแบบ Multivariate

ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์
Univariate ($p < 0.20$) ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วย
Multiple Logistic Regression

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองการรักษา

ปัจจัย	Adjusted Odds Ratio	95% CI	p-value
ค่า HbA1c เริ่มต้น			
- <10%	1	1	-
- 10-12.9%	4.33	1.42-13.21	0.010*
- $\geq 13\%$ vs	4.33	1.05-17.86	0.042*
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน			
- 2-5 ปี	1	1	-
- 6-10 ปี	0.55	0.09-3.34	0.518
- 11-14 ปี	0.17	0.03-0.92	0.040*
อายุ			
- <60 ปี	1	1	-
- ≥ 60 ปี	0.42	0.13-1.35	0.145
เพศ			
- หญิง	1	1	-
- ชาย	0.58	0.18-1.87	0.361

Model Statistics: Hosmer-Lemeshow test: $\chi^2 = 4.52$, $p = 0.807$ (Model fit ดี); Nagelkerke $R^2 = 0.312$;
Overall Percentage Correct = 76.6% หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากตารางที่ 9 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ Univariate ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression เพื่อควบคุมผลของตัวแปรรบกวนและระบุปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองการรักษาอย่างอิสระ ผลการวิเคราะห์พบว่าค่า HbA1c เริ่มต้นยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากการปรับค่า โดยผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c เริ่มต้น 10-12.9% มีโอกาสตอบสนองดีมากกว่าผู้ป่วยที่มี HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 10 ถึง 4.33 เท่า (95% CI: 1.42-13.21, $p = 0.010$) และผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c เริ่มต้น 13% ขึ้นไปมีโอกาส

ตอบสนองดีมากกว่าผู้ป่วยที่มี HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 10 ถึง 4.33 เท่า (95% CI: 1.05-17.86, $p = 0.042$)

สำหรับระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมา 11-14 ปีมีโอกาสตอบสนองดีน้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมา 2-5 ปี 0.17 เท่า (95% CI: 0.03-0.92, $p = 0.040$) ขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมา 6-10 ปีไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมา 2-5 ปี (OR=0.55, 95% CI: 0.09-3.34, $p = 0.518$)

สำหรับปัจจัยด้านอายุและเพศ พบว่าไม่มีผลต่อการตอบสนองการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจากการปรับค่า โดยผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสตอบสนองดี 0.42 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี (95% CI: 0.13-1.35, $p=0.145$) และเพศชายมีโอกาสตอบสนองดี 0.58 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง (95% CI: 0.18-1.87, $p=0.361$)

คุณภาพของโมเดลแสดงความเหมาะสมตาม Hosmer-Lemeshow test ($\chi^2=4.52$, $p=0.807$) โมเดลสามารถอธิบายการแปรผันของข้อมูลได้ร้อยละ 31.2 (Nagelkerke $R^2=0.312$) และมีความแม่นยำในการทำนายผลลัพธ์ร้อยละ 76.6

อภิปรายผลการวิจัย

ประสิทธิผลของกระบวนการ Home Ward ต่อการควบคุม HbA1c

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากระบวนการ Home Ward สามารถลดค่าเฉลี่ย HbA1c ได้ร้อยละ 2.16 ($p < 0.001$) ภายในระยะเวลา 3-4 เดือน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ Clinically Significant Difference ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 1.0 อันบ่งชี้ถึงประสิทธิผลทางคลินิกที่มีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยในประเทศไทยที่รายงานการลดค่า HbA1c อยู่ในช่วงร้อยละ 1.29-2.06 (นงนุช วารีย์, 2563; ทวีเกียรติ ตั้งวงศ์ไชย และสกลสุภา สิงคบุตร, 2567; จุฬาลักษณ์ สินธุเขต, 2566) เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยจากต่างประเทศ พบว่าการทบทวนวรรณกรรมโดย Lin Han และคณะ (2017) รายงานค่าเฉลี่ยการลดลงของ HbA1c เท่ากับ -0.79% ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากค่า HbA1c เริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่อยู่ในระดับสูง (11.93%) ประกอบกับการดำเนินงานที่ใช้แนวทางการดูแลแบบเข้มข้น (intensive care approach) และการเฝ้าติดตามอย่างสม่ำเสมอ

ในรูปแบบ face-to-face care ซึ่งยังคงมีประสิทธิภาพสูงในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วยมีความใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์การบรรลุเป้าหมายและการตอบสนองต่อการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 90.6 มีค่าระดับ HbA1c ดีขึ้น และร้อยละ 73.4 มีการตอบสนองต่อการรักษาในระดับดี (ลดลง $\geq 1.0\%$) ซึ่งถือเป็นอัตราความสำเร็จที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของ Boonsub Sakboonyarat และคณะ (2021) ที่รายงานเพียงร้อยละ 34.5-35.6 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุม HbA1c ได้ตามเป้าหมาย ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพและประสิทธิภาพสูงของกระบวนการ Home Ward ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถควบคุม HbA1c ให้อยู่ในเกณฑ์ $\leq 8\%$ เพิ่มขึ้นถึง 4.8 เท่า จากร้อยละ 4.7 ในช่วงก่อนการดำเนินงาน เป็นร้อยละ 23.4 หลังการดำเนินงาน แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องในชุมชนที่สามารถส่งเสริมการติดตามผล การปรับแผนการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ และการสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ปัจจัยพยากรณ์การตอบสนองต่อการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า ระดับ HbA1c เริ่มต้นเป็นปัจจัยพยากรณ์สำคัญต่อการตอบสนองต่อการรักษา โดยผู้ป่วยที่มี HbA1c ในช่วง 10.0-12.9% และกลุ่มที่มีค่า $\geq 13\%$ มีโอกาสตอบสนองได้ดีมากกว่าผู้ที่มี HbA1c ต่ำกว่า 10% ถึง 4.33 เท่า ขณะที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 11-14 ปี มีโอกาสตอบสนองดีน้อย

กว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคเพียง 2-5 ปี (OR = 0.17) ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติการดำเนินโรคที่มีลักษณะก้าวหน้า (progressive nature) และสนับสนุนผลการศึกษาของ Goh และคณะ (2022) และ Pang และคณะ (2019) ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคยาวนานมักมีการตอบสนองต่อการปรับการรักษาที่ย่ำแย่ เนื่องจากความเสื่อมของการทำงานของเซลล์เบต้าในตับอ่อนและภาวะดื้อต่ออินซูลินที่เพิ่มขึ้นตามเวลา เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ นลิน จรุงนงกิจ (2564) ซึ่งดำเนินการในช่วงการระบาดของ COVID-19 และพบว่าระดับ HbA1c เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.67% เป็น 7.94% รวมถึงสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้กลับแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงาน Home Ward สามารถให้ผลลัพธ์เชิงบวกได้แม้ในบริบทที่มีข้อจำกัดและความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการขยายการดำเนินงาน Home Ward ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยการศึกษาของ ฅมณูณี โชติการณ์ และคณะ (2567) รายงานว่าจำนวนหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน Home Ward เพิ่มขึ้นจาก 2 แห่งเป็น 16 แห่งภายในระยะเวลาไม่นาน ขณะที่ ปิยณัฐ คำมีผล (2566) พบว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามร้อยละ 68.16 โดยไม่มีการกลับเข้ารับการรักษา (readmission) แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการดูแลรูปแบบนี้อย่างชัดเจน

ข้อจำกัดบริบทพื้นที่เฉพาะ

แม้ผลการวิจัยนี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ Home Ward ต่อการลดระดับ HbA1c อย่างชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา โดยเฉพาะการดำเนินการในช่วงเวลาเพียง 3-4 เดือน ซึ่งอาจไม่สะท้อนผลลัพธ์ระยะยาวของการควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งนี้ ระยะเวลาการติดตามสั้นมักทำให้ประเมินความ

คงทนของผลการรักษาได้ไม่ครบถ้วน (Han et al., 2017) อีกทั้งการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c เริ่มต้นสูงกว่าค่าเฉลี่ย เช่น สูงกว่าในงานวิจัยของ Han et al. (2017) และ Goh et al. (2022) อาจทำให้เกิดการลดลงได้ชัดเจนว่ากลุ่มที่ควบคุมได้ดีตั้งแต่แรก นอกจากนี้ การศึกษานี้ดำเนินการในอำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ การกระจายตัวของชุมชน การเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะที่จำกัด และโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่พึ่งพาโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหลัก ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Somanawat et al. (2020) ที่ชี้ว่าพื้นที่ชนบทไทยมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้โมเดล Home Ward อาจมีความสำคัญและให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าพื้นที่เมืองที่มีบริการเข้าถึงง่ายกว่า ดังนั้น การนำผลลัพธ์ไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นควรพิจารณาความแตกต่างของโครงสร้างระบบบริการ ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ (Yan et al., 2020)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มี HbA1c $\geq 10\%$ เป็นกลุ่มแรก เนื่องจากมีโอกาสตอบสนองต่อการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมได้ในระดับที่เหมาะสมแล้ว ซึ่งจะช่วยให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพสูงสุด
2. ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 11-14 ปี ควรได้รับการดูแลที่เข้มข้นกว่า เช่น เพิ่มความถี่ในการเยี่ยมบ้าน การติดตามทางโทรศัพท์ และการประสานงานกับแพทย์เพื่อปรับยาอย่างสม่ำเสมอ
3. สร้างระบบติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของ

ผลลัพธ์การรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแบบ RCT ประเมินความ

คุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และติดตามผลระยะยาวเพื่อ

ยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืน

อ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward)*.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จรุงชนะกิจ, น. (2564). ผลระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยสถานการณพิเศษ (โควิด-19) โรงพยาบาลไทรงาม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(36), 129–142.

จีระศักดิ์ กวียานนท์. (2566). การประเมินผลการจัดระบบบริการแบบ Home ward ในการดูแลผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 อำเภอขุนศรี จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 8(2), 33–42.

จุฬาลักษณ์ สันธูเขต. (2566). ผลของการเยี่ยมบ้านต่อระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2566. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 16(3), 45–58.

ธมณานิ โชติการณ, อีระศักดิ์ ภูจอมแจ, & วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. (2567). การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(4), 654–664.

ทวีเกียรติ ตั้งวงศ์ไชย, & สกลสุภา สิงคบุตร. (2567). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำมพร้าว จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(2), 168–188.

นงนุช วารีย์. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c). *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 29–36.

ปิยณัฐ คำมีผล. (2566). การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 290–302.

วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด, & นุบผา รักษานาม. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, e275068, 1–15.

Abbas, W. (2025). *Mobile-driven incentive-based exercise for blood glucose control in type 2 diabetes* [Master's thesis, Kangwon National University]. Kangwon National University.

Boonsub Sakboonyarat, Jadsada Kunpeuk, Saowanee Sangkool, et al. (2021). National trends in the prevalence of glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving continuous care in Thailand from 2011 to 2018. *Scientific Reports*, 11, 14260. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93733-4>

Casten, R., Rovner, B., Chang, A. M., Hollander, J. E., Kelley, M., Leiby, B., Nightingale, G., Pizzi, L., White, N., & Rising, K. (2020). A randomized clinical trial of a collaborative home-based diabetes intervention to reduce emergency department visits and hospitalizations in black individuals with diabetes. *Contemporary Clinical Trials*, 96, 106069. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106069>

Gerber, B. S., Cho, Y. I., Jeong, I., Sharma, L., Cotsonis, G. A., Walter, N., & Duru, O. K. (2023). Effect of a community-based telehealth diabetes care intervention on glycemic control in vulnerable populations: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 6(9), e2330974. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.30974>

Goh, L. G., Tan, N. C., Malhotra, R., Ozdemir, S., Latib, A., & Matchar, D. B. (2022). Effectiveness of a home-based integrated care package for community-dwelling older adults with diabetes: A randomized controlled trial. *Trials*, 23, 608. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05744-1>

Han, L., Ma, Y., Wei, S., Tian, J., Yang, X., Shen, X., Zhang, J., & Shi, Y. (2017). Are home visits an effective method for diabetes management? A quantitative systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*, 8(7), 701–708.

LaMonica, L. C., Ren, J., Jain, N., Goldberg, E. S., Rhee, K. B., Wickner, P., & Chaguturu, S. K. (2024). At-Home Hemoglobin A1c Testing During COVID-19 Improved Glycemic Control. *The American Journal of Managed Care*, 30(3), e73–e77.



Pang, T. Y. Y., Lam, C. L. K., Wong, C.-W., Fung, K.-C., Woo, J., Chan, S. S. C., & Wong, C. K. H. (2019). Effect of a home-based multidisciplinary intervention program on glycemic control and quality of life in older adults with diabetes: A randomized controlled trial. *Translational Metabolic Syndrome Research*, 2, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.tmj.2019.0035>

ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน
โรงพยาบาลระนอง

The Effects of the competency Development Program
in palliative care ward nurse at Ranong Hospital.

เรณู ธาราสุข

Ranu Tharasuk

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: April 20, 2025; Accepted: July 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลระดับรองต่อความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลอำเภอเมือง จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน จำนวน 30 คน ที่คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะประกอบด้วยการบรรยาย แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ระยะเวลา 3 วัน และภาคปฏิบัติระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งปรับปรุงจากแนวทางของศูนย์การุณย์รักษ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) แบบทดสอบความรู้ (3) แบบประเมินทักษะ และ (4) แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha = 0.86 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567 – 28 กุมภาพันธ์ 2568 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอนุมานโดยใช้ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลระดับรองมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพต่อการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและการอบรมเพิ่มเติมสำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ, ประคับประคอง, โรงพยาบาลระนอง



Abstract

This study was a pre-experimental research with a one-group pre–posttest design, aiming to examine the effects of a competency development program for palliative care nurses on their knowledge, skills, and attitudes toward palliative care in Muang District Hospital, Ranong Province. The sample consisted of 30 palliative care nurses, purposively selected. The competency development program was adapted from the Karunruk Center and comprised a three-day lecture on palliative care concepts and a three-week practical training. Research instruments included a four-part questionnaire: (1) demographic data, (2) knowledge test, (3) skill assessment, and (4) attitude scale regarding palliative care. The instruments were validated by experts for content validity and demonstrated a Cronbach’s alpha reliability coefficient of 0.86. Data were collected between December 1, 2024, and February 28, 2025, and analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (paired t-test).

The findings revealed that after participation in the program, nurses showed significantly higher scores in knowledge, skills, and attitudes toward end-of-life palliative care compared to before participation. This indicates that the program was effective in enhancing the competencies of palliative care nurses. It is recommended that the program be extended and developed into formal curricula for undergraduate nursing students as well as in-service nurses with at least one year of work experience to strengthen preparedness for providing high-quality end-of-life palliative care in the future.

Keywords : competency development program, support, Ranong Hospital

บทนำ

สถานการณ์โลก มีผู้ป่วยระยะท้ายประมาณ 56.8 ล้านคน ที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง 25.7 ล้านคน และมีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง ร้อยละ 78 ที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง สาเหตุที่การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น ทุกปี (World Health Organization, 2002) และในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองมากกว่า 29 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งประมาณ 20.4 ล้านคนที่มีความจำเป็นในการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะท้ายของชีวิต ในกลุ่มนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังมากถึงร้อยละ 69 ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (ปฐมพร ศิริประภาศิริ, 2563) ซึ่งในปี พ.ศ.2565 ประเทศทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20.8 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ดีจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมาก พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในทุกระดับของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายการบริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็นทั้งในผู้ป่วยที่เสียชีวิตและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

(ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2560) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการจัดเป็นวาระในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 67 ปี 2557 กำหนดให้การสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 67 ปี 2557 กำหนดให้การสร้างความเข้มแข็งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลแบบองค์รวมตลอดช่วงชีวิต ซึ่งสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของไทยว่า ประชาชนทุกคนจะได้รับการดูแลสุขภาวะระยะท้ายแบบประคับประคองตามหลักวิชาการแบบไร้รอยต่อเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล3 การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต เป็นประเด็นสำคัญที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ผลักดันให้เกิดยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2556 - 2559 โดยเน้นให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ควรมีการจัดระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นระบบ เน้นให้เกิดการดำเนินงานที่สำคัญเกี่ยวกับการบริหารจัดการแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Palliative care) การพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข พัฒนาสถานบริการและการดูแลที่บ้าน โดยการมุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้นเนื่องจากมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ควรจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างมี คุณภาพ (เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์, 2561)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในระดับตติภูมิ ของโรงพยาบาลระนอง จากนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ในอำเภอเมืองผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 1171 คน ได้รับการดูแลจำนวน 1160 คน ร้อยละ 99 .(Health Data Center, 2566) จำนวนตัวชี้วัดและเป้าหมายนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปี 2567 ให้ทุกตำบลมีศูนย์ชีวิบาลดูแลประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) โรงพยาบาลระนอง ถือว่าเป็นกำลังสำคัญหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพให้ครอบคลุมการดูแล ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายในชุมชนและครอบครัวสนับสนุนให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการดูแลความสุขสบายในการประเินแก้ปัญหาบอกถึงความต้องการการดูแลพร้อมทั้งหาทางแก้ไขร่วมกัน ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยรวมไปถึงหาแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการดูแลที่บ้านมีระบบประสานการดูแลกับโรงพยาบาลกรณีเกิดปัญหา รวมถึงการดูแลความเศร้าโศกของครอบครัวภายหลังการสูญเสีย ซึ่งระบบเครือข่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้านต้องมีการสนับสนุนให้ทีมบุคลากรทางการพยาบาลในชุมชนพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและคุณภาพการตายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิต พยาบาลวิชาชีพในทุกสถานบริการโดยเฉพาะหน่วยบริการตติภูมิที่ใกล้ชิดกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด ต้องมีการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลในระดับที่สูงขึ้น สามารถเริ่มให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเป็นโรคที่อาจคุกคามชีวิต จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม

ครอบคลุมทั้งกายใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (องค์การอนามัยโลก, 2014) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจึงต้องปรับเปลี่ยนจากการรักษาเชิงรุกเป็นการดูแลแบบประคับประคองจนถึงวาระท้ายของชีวิต เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดความทรมานทั้งทางด้านร่างกายและตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการดูแลผู้ดูแลภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วเพื่อให้ญาติมีการปรับตัวและยอมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น

จากความสำคัญของสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) พบว่าการศึกษาที่ประเทศไทยเกี่ยวกับการรับรู้ สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปวางแผนเพื่อเป็นแนวทางในการจัดอบรม สัมมนาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลใหม่ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พิชชานันท์ ชนะผล, ธีราภรณ์ จันทรดาและชนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ ,2563)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลระนองอำเภอเมือง จังหวัดระนอง โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของไทเลอร์ เพื่อให้พยาบาล มีความรู้ มีความมั่นใจ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระนอง

2. เปรียบเทียบทักษะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระนองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระนอง

3. เปรียบเทียบทัศนคติของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระนองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง ขอบเขตด้านพื้นที่ โดยพื้นที่สำหรับการวิจัย โรงพยาบาลระนอง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ด้านประชากร มีการศึกษาในประชากรกลุ่มพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) ที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง เขตอำเภอเมือง จังหวัดระนองจำนวน 30 คน และขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) ในการดูแล

ผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลระนอง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง โดยเปรียบเทียบ ผลลัพธ์ ก่อนและหลังให้โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment Research) เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre-posttest design)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ พยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน(PCWN) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระนอง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน(pcwn) จำนวน 30 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรทั้งหมดใช้เกณฑ์คัดเข้าคัดออกดังนี้จากกลุ่มตัวอย่าง คือ

1.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) จำนวน 30 คน

1.1.1. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระนอง รับผิดชอบงานระดับรองในหน่วยงาน

2) อ่านและเขียนหนังสือได้ มีความสามารถในการสื่อสาร

3) มีประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ ไม่น้อยกว่า 1 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่

4) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลา ของโปรแกรม

เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) กลุ่มทดลอง โดยพิจารณาตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์คัดเข้า และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด เช่น ในเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ การศึกษาระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง

1.2 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) หรือยุติการวิจัย กลุ่มตัวอย่างใช้ เกณฑ์ เหมือนกัน

1) ผู้เข้าร่วมวิจัย เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 5 ครั้ง หรือร้อยละ 100

2) ผู้เข้าร่วมวิจัย ย้ายที่อยู่อาศัย

3) เกิดเหตุสุดวิสัยระหว่างการดำเนินการกิจกรรม จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) ในโรงพยาบาลระนองอำเภอเมือง จังหวัดระนอง ซึ่งพัฒนาปรับปรุงขึ้นจาก ศูนย์การุณยรักษ์ หลักสูตรประกอบด้วยการบรรยายแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง ระยะเวลา 1 วัน และภาคปฏิบัติ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ จัดโดยมีพยาบาลครูพี่เลี้ยงเฉพาะ

ทางที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ และผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองระยะเวลา 4 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม ปลายปิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 30 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถูก	ให้ 1 คะแนน
ผิด	ให้ 0 คะแนน
ไม่ทราบ	ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละค่ามีความหมายดังนี้คือ

เป็นประจำ	2	คะแนน
บางครั้ง	1	คะแนน
ไม่เคย	0	คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดทัศนคติเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละค่ามีความหมายดังนี้คือ



เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

การแบ่งระดับความรู้ ทักษะและทัศนคติใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1968:42) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
คะแนน ร้อยละ 60-79	ระดับปานกลาง
คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	ระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ และแจกแจงความถี่

2) คะแนนความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของบุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ ทัศนคติ ต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ พยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยแบบประคับประคอง ระหว่างก่อนและหลัง โดยสถิติอ้างอิง Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติซึ่งผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเหมาะสมและถูกต้องของเนื้อหาตามกรอบแนวคิดแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หาค่า IOC ก่อนนำไปทดลองใช้กับสตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน และเคยเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จำนวน 30 คน แล้วนำ

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละตอนและภาพรวม

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง อำเภอ เมือง จังหวัดระนอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้แก่ พยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระนอง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ซึ่งยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

2) หลังจากผ่านการพิจารณาจากศูนย์จริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

3) ผู้วิจัยแนะนำตัวและดำเนินการพินิจสิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายและชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยพร้อมมอบเอกสารรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลรายละเอียดของงานวิจัยและข้อมูลการพินิจสิทธิให้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลการพินิจสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลและคำตอบวิจัยที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการพินิจสิทธิแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

4) ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของบุคลากรทางการแพทย์ ที่เข้าอบรมจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ วันแรกก่อนการอบรมและหลังเสร็จสิ้นการอบรมภาคปฏิบัติ 4 สัปดาห์

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยยื่นขอจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ RNHOEC 013/2568 โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้วิจัยแนะนำตัวก่อนทำการเก็บข้อมูล และขออนุญาตทำการเก็บข้อมูล โดยนำเสนอชี้แจงเอกสาร เอกสารยินยอม และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านทบทวน ชักถามข้อสงสัย ยินยอมตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ ชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้เข้าร่วมสามารถยุติการเข้าร่วมได้ ซึ่งข้อมูลที่ศึกษาจะปกปิดเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อบุคคล หรือหน่วยงานใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จังหวัดระนอง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ใน ช่วงอายุ 40 - 50 ปี ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 96.7 ในปัจจุบันปฏิบัติงานใน ตำแหน่งระดับชำนาญการ ร้อยละ 96.7 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคอง จำนวน 2 ปี ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่มีการเข้ารับการอบรม/ประชุมการดูแลประคับประคองที่จัดโดยหน่วยงานภายในและภายนอกปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 66.7 และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเดือนที่ผ่านมา จำนวน 5 ราย ร้อยละ 33.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน (PCWN) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 40	6	20.0
40-50	18	40.0
>50	6	20.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	29	96.7
ปริญญาโท	1	3.3
ตำแหน่ง		
ปฏิบัติการ	1	3.3
ชำนาญการ	29	96.7
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
1 ปี	7	23.3
2 ปี	12	40.0
3 ปี	6	20.0
4 ปี	3	10.0
5 ปี	2	6.7
การอบรมด้านการดูแลระดับรอง		
6 เดือน / ครั้ง	10	33.3
ปีละครั้ง	20	66.7
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเดือนที่ผ่านมา		
1 ราย	3	10.0
2 ราย	5	16.7
3 ราย	8	26.7
4 ราย	3	10.0
5 ราย	10	33.3
6 ราย	1	3.3

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ระดับรองในโรงพยาบาลระนอง

ระดับความรู้ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม
การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรอง
ในโรงพยาบาล อำเภอมือง จังหวัดระนอง ก่อนการใช้

โปรแกรม พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับ
สูงร้อยละ 50.0 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7
และหลังการใช้โปรแกรม พบว่า ส่วนใหญ่ มีความรู้
เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาล

อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียด

ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-17 คะแนน)	1	3.3	0	0
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	14	46.7	0	0
สูง (24-30 คะแนน)	15	50.0	30	100.0
รวม	30	100.0	30	100.0
	$\bar{X} = 16.9$ S.D. = 5.1		$\bar{X} = 16.9$ S.D. = 2.88	
	Min = 11 Max = 30		Min=20 Max = 30	

3.การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบ ระดับรองในโรงพยาบาลระนอง

กลุ่มพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาล เท่ากับ 16.9 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาล เท่ากับ 23.4 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาล

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนเข้าโปรแกรม	16.9	5.1	-8.3	.000
หลังเข้าโปรแกรม	23.4	2.6		

4. ทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาลระนอง

ทักษะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าส่วนใหญ่มีทักษะระดับต่ำ ร้อยละ 43.3 รองลงมาระดับสูง ร้อยละ 40.0 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการมีทักษะอยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.3 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน จำแนกตามระดับทักษะ

ระดับทักษะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-17 คะแนน)	13	43.3	0	0
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	5	16.7	5	16.7
สูง (24-30 คะแนน)	12	40.0	25	83.3
รวม	30	100.0	30	100.0
	$\bar{X} = 14.0$ S.D. = 5.0		$\bar{X} = 26.6$ S.D. = 2.9	
	Min = 6 Max = 23.0		Min = 20 Max = 30.0	

5. การเปรียบเทียบคะแนนทักษะก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบ ระดับรองในโรงพยาบาลของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในโรงพยาบาลระนอง

กลุ่มพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาล เท่ากับ 14.0 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาล เท่ากับ 26.6 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาลของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบระดับรองในโรงพยาบาลระนอง

ทักษะ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนเข้าโปรแกรม	14.0	5.0	-13.6	.000
หลังเข้าโปรแกรม	26.6	2.9		

6. ระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของพยาบาลประจำหน่วยงาน

ระดับทัศนคติก่อนใช้งานโปรแกรม พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติ ระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 และหลังโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในโรงพยาบาลระนอง พบว่าส่วนใหญ่ มีทัศนคติเรื่องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียด ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน จำแนกตามระดับทัศนคติก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระนองของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน

ระดับเจตคติ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-17 คะแนน)	15	50.0	0	0.0
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	9	30.0	0	0.0
สูง (24-30 คะแนน)	6	20.0	30	100.0
รวม	30	100.00	30	100
	$\bar{X} = 12.2$ S.D.=2.81		$\bar{X} = 25.8$ S.D.=3.1	
	Min=4.5 Max=22		Min=20 Max=30	

7. การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในโรงพยาบาลระนอง

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน มีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 12.2 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 25.8 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ทัศนคติ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.2	4.5	- 17.9	.000
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.8	3.0		

อภิปรายผล

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระนองของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน มีความรู้ ทักษะและทัศนคติ เกี่ยวกับการ

ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีกระบวนการของโปรแกรม รายละเอียดดังนี้ ด้วยการบรรยายโดยการดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในการ

ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลจำนวน 3 วัน ภาคทฤษฎี และภาค ปฏิบัติ จำนวน 4 สัปดาห์ ซึ่งที่เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้มีความรู้ ทักษะและทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน จำนวน 30 คน โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลระนอง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ทำแบบสอบถามความรู้ ทักษะและทัศนคติก่อนการทดลอง และดำเนินการทดลองโดยมีรายละเอียดความรู้เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทักษะทางการพยาบาลและแนวคิดประกอบด้วยการบรรยายประกอบวิดีโอทัศน์ วิทยากรโดยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ผ่านการอบรมระดับรอง 4 เดือน หลังสิ้นสุดกระบวนการ ให้พยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานทำแบบสอบถามความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอีกครั้ง

1.คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระนอง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 40-50 ปี ร้อยละ 60.0 ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 96.7 ตำแหน่งระดับชำนาญการ ร้อยละ 96.7, ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะแบบประคับประคอง จำนวน 2 ปี ร้อยละ 40.0 , การเข้ารับการอบรม/ประชุมการดูแลประคับประคองที่จัดโดยหน่วยงานภายในและภายนอก ปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 66.7 และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเดือนที่ผ่านมา จำนวน 5 ราย ร้อยละ 33.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล ปานูราช (2560) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมระดับปานกลาง และการศึกษาของ ศุภวรรณ ใจบุญและคณะ (2563) พบว่า ประสบการณ์ทำงาน

น้อยกว่า 2 ปี ในโรงพยาบาลของ มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ มีความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงาน น้อยกว่า 2 ปี ควรได้รับการส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง

2. คะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เท่ากับ 16.9 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เท่ากับ 23.4 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล ปานูราช (2560) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมระดับปานกลาง ความรู้ด้านความรู้ทั่วไปและด้านการจัดการอาการอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ด้านจิตสังคมและจิต วิญญาณอยู่ในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุของพยาบาลและระยะเวลาการทำงานในวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.คะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล เท่ากับ 14.0 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน เท่ากับ 26.6 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ย

ทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับกิตติกรนิลมานัต, สมณันท์ ทักษิณสุวรรณและเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว (2564) พบว่า การดูแลแบบประคับประคองสำหรับโรคไตเรื้อรัง พยาบาลต้องมีความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และบทบาทพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้และข้อมูล การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างองค์รวม การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และบทบาททางจริยธรรม ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาประกอบด้วย การบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มการวินิจฉัย การพัฒนาความรู้และทักษะด้านการดูแลแบบประคับประคองสำหรับทีมผู้ดูแลการพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมในหน่วยงาน และการพัฒนาการศึกษาวิจัยที่ได้มาตรฐาน

4.คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 12.2 และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 25.8 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับอังค์วรา ทองห่อ, ธีราภรณ์ จันทรดาและชนิดฐา หาญประสิทธิ์ (2565) พบว่า ทัศนคติ ของตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($M=116.39$, $SD=8.55$) พยาบาลกลุ่มที่มีประสบการณ์ การทำงาน 2-4 ปี มีคะแนนทัศนคติมากที่สุด ($M=116.21$, $SD=7.14$) และมีการรับรู้สมรรถนะระดับปานกลาง ($M=183.81$, $SD=44.83$) พยาบาลกลุ่มที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 2 ปี มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะมากที่สุด ($M=193.09$, $SD=47.84$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะ ($r=.300$; $p<.01$) ส่วนประสบการณ์การทำงานไม่มี

ความสัมพันธ์กับทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองสามารถเพิ่มความรู้ ทักษะและทัศนคติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงาน และทีมสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
2. ควรมีนโยบายส่งเสริมให้มีการอบรมความรู้ระยะสั้นเฉพาะทางสำหรับพยาบาลระดับรองประจำหน่วยงานในเรื่องการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อที่พยาบาลจะสามารถให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ
3. สถานศึกษาควรมีการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ให้มีการจัดการเรียนการสอนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพยาบาลมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมการแพทย์. List disease of palliative care and functional unit, 2559. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. *การดูแลแบบประคับประคองคืออะไร*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2567. <https://www.thairath.co.th/lifestyle/life/938753>.
- มารศรี ก้วนหิน,อุไร จเรประพาฬ และอุไรวรรณ พานทอง. (2561). การพัฒนาศรณะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*,32(2), 1067-1082.
- รสริน ยิ้มอยู่, และ วาสนิ วิเศษฤทธิ. (2564). การพัฒนาแบบประเมินสรณะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 200 - 208.
- วรารณ ดินน้ำจิต, ยุพา วงศ์สไตรและเบญญาภา มุกสิริทิพานัน. (2563). การประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(2), 20-35.
- พิชานันท์ ชนะผล,จิราภรณ์ จันทรดาและชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2563). การรับรู้สรณะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 61-69.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2535. การวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: สำนักพิมพ์อัลลายด์ เพรส.
- วิไล วงศ์แก้ว,กัญญาดา ประจุศิลป์และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2566). ปัจจัยทำนายสรณะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 9(1), 86-98.
- ศมนันท์ ทศนีย์ ทศนีย์สุวรรณ, ธาวิณี ช่วยแท่น,และเพ็ญพิชชา ถิ่นแก้ว. (2563). ผลของโปรแกรมการอบรมการดูแลแบบประคับประคองต่อสรณะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 40(2), 122-132.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. (2560). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลของศูนย์การุณรักษ์*. พิมพ์ครั้งที่1. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
Health literacy and self-care behaviors for chronic disease prevention
among village health volunteers in Phuket province

สุทัสสา ล้านทอง
Sutussa Larnthong
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(Received: August 15, 2025; Accepted: August 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดภูเก็ต รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและตัวแปรทำนายพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 370 คน ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากกรอบทฤษฎีและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี โดยเฉพาะด้านการจัดการตนเองและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ด้านการสื่อสารสุขภาพยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 58.92) ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม ขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการเป็น อสม. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (แต่ รอบเอวและดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงลบ) ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การจัดการตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การสื่อสารสุขภาพ และรอบเอว ซึ่งร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 27.20 ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างเป็นระบบ โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะด้านการจัดการตนเอง การตัดสินใจเชิงสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท เพื่อส่งเสริมให้ อสม. เป็นต้นแบบสุขภาพที่ดีและมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนในชุมชน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine health literacy and self-care behaviors for chronic disease prevention among village health volunteers (VHVs) in Phuket Province, and to identify related factors and predictors of health behaviors. The sample consisted of 370 VHVs selected through systematic random sampling. Data were collected using a theory-based questionnaire that had been validated for content and reliability. Statistical analyses included descriptive statistics, Chi-square test, Pearson's product-moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that most VHVs demonstrated good levels of health literacy, particularly in self-management and decision-making. However, health communication remained relatively low. Self-care behaviors were generally at good to very good levels (58.92%). Significant factors associated with health literacy ($p < 0.05$) included educational level and social support. Factors related to self-care behaviors were age, duration of service as a VHV, social support, health knowledge, self-management, media literacy, and decision-making. At the same time, waist circumference and body mass index were negatively correlated. Stepwise multiple regression analysis indicated that self-management, decision-making, health communication, and waist circumference were significant predictors, together explaining 27.20% of the variance in self-care behaviors. The findings suggest that public health authorities should systematically strengthen the capacity of VHVs, focusing on enhancing self-management, health decision-making, and context-appropriate health communication skills. Such efforts would enable VHVs to serve as positive health role models and play a crucial role in the prevention of chronic diseases within communities.

Keywords: health literacy, self-care behavior, chronic diseases, village health volunteers

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี 2562 ระบุว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 400,000 รายต่อปี หรือเฉลี่ยมากกว่า 1,000 รายต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนี้ ข้อมูลยังชี้ให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 6.5 ล้านคน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เพื่อรับมือกับปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ. 2566 – 2570 เพื่อลดการป่วย การตาย และความพิการที่ป้องกันได้จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแผนดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานในระดับชุมชน ซึ่งมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญ เนื่องจาก อสม. มีบทบาทในการเป็นสื่อกลางระหว่างระบบบริการสุขภาพและประชาชน อสม. ทำหน้าที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เฝ้าระวัง และติดตามภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงเป็นที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพก่อนส่งต่อไปยังสถานพยาบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ด้วยเหตุนี้ บทบาทของ อสม. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Berkman & Glass, 2000)

แม้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตาม สถานะสุขภาพของ อสม. เป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง งานวิจัยของ โสภณ นุชเจริญ (2566) พบว่า อสม. บางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเป็นต้นแบบด้านสุขภาพให้กับประชาชน

จังหวัดภูเก็ตมีโครงสร้างทางสังคมและประชากรที่หลากหลาย โดยมีประชากรทั้งหมด 427,603 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2,367 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1:180 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่หนักในการดูแลสุขภาพของประชาชน จากการสำรวจสุขภาพตนเองของ อสม. ผ่านแอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ปีงบประมาณ 2568 ที่มีผู้เข้าร่วม 2,312 คน พบว่า อสม. ในจังหวัดภูเก็ตมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น ภาวะรอบเอวเกิน (ร้อยละ 50.72) ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (ร้อยละ 52.55) ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (ร้อยละ 24.49) ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 24.99) (งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต, 2568) เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรค NCDs และส่งเสริมให้ อสม. เป็นต้นแบบสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน จึงจำเป็นต้องพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยใช้แนวทาง 3อ. (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์) (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของ อสม. ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น อายุ สถานะสุขภาพ และการสนับสนุนจากสังคม (House, 1981) รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และการรับรู้สถานะสุขภาพของ

ตนเอง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอจะสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถดูแลสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sørensen et al., 2012) องค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ, การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การสื่อสาร, การจัดการตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอจะสามารถแสวงหาและประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่หลากหลายและน่าเชื่อถือด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (Nutbeam, 2000) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล, ความเข้าใจข้อมูล, การประเมินข้อมูล, และการประยุกต์ใช้ข้อมูล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (พัชราคุณวุฒิ, 2566; กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว, 2565) นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีสามารถช่วยลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่ม อสม. ได้ (จุฑาภรณ์, 2564) โดยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของ อสม. ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น อายุ สถานะสุขภาพ และการสนับสนุนจากสังคม (House, 1981) รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และการ

รับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015)

พฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ยังได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านอายุ สถานะสุขภาพ การสนับสนุนจากสังคม (House, 1981) รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) เพื่อพัฒนาบทบาท อสม. ให้เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน จึงมีการกำหนดแผนพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ โดย อสม. ใหม่ จะได้รับการอบรมความรู้และฝึกปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การควบคุมและป้องกันโรค การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี ขณะที่ อสม. เดิม จะได้รับการอบรมฟื้นฟูศักยภาพเป็นประจำทุกปี รวมทั้งการพัฒนาให้เป็น อสม. เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ เช่น สาขาแม่และเด็ก หรือการควบคุมโรคติดต่อ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพ บทบาทของ อสม. การสนับสนุนจากสังคม (Pender et al., 2015) ตลอดจนความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) และการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง (Pender et al., 2015) ซึ่งล้วนส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังของ อสม. ในจังหวัดภูเก็ต เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดกลยุทธ์และแผนงานเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต
5. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดภูเก็ต จำนวนทั้งสิ้น 2,285 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567)

การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างเพื่อการสำรวจสัดส่วนของ Daniel

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1)+z^2pq}$$

โดยกำหนดค่า $N = 2,285$ คน, $Z = 1.96$, $p = 0.5$, $q = (1 - p)$, และ $d = 0.05$ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนระหว่างการเก็บข้อมูลและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่

ครบถ้วน จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 362 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี Systematic Sampling โดยคัดเลือกจากรายชื่อสม.ในแต่ละหน่วยบริการตามเกณฑ์การคัดเข้า ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืน จนครบตามจำนวนที่กำหนด เมื่อเก็บข้อมูลจริงสามารถรวบรวมได้ทั้งสิ้น 370 คน และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ทางสถิติ

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อสม.ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมแต่ภายหลังถอนความยินยอม

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากกรอบทฤษฎีประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะสุขภาพ ระยะเวลาในการเป็น อสม. บทบาทและหน้าที่ของ อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเชิงบวก มีจำนวน 16 ข้อ เป็นการให้คะแนนแบบ rating scale ดังนี้ ได้รับการสนับสนุนอย่างมาก = 5 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้ง = 4 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนปานกลาง = 3 คะแนน, ได้รับการสนับสนุนน้อยมาก = 2 คะแนน และ ไม่เคยได้รับการสนับสนุน = 1 คะแนน) เกณฑ์การแบ่งระดับการสนับสนุนสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ มีคะแนน 1 – 27 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน 28 – 53 คะแนน และระดับดี มีคะแนน 54 – 80 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ตาม 3อ. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นแบบตัวเลือก 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ถ้าตอบถูก ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแบ่งความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. (Bloom et al., 1956) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ มีคะแนน < 6 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน 6 – 7 คะแนน และระดับสูง มีคะแนน 8 – 10 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นการให้คะแนนแบบ rating scale 0 - 4 คะแนน (ดังนี้ ทุกครั้ง = 4 คะแนน , บ่อยครั้ง = 3 คะแนน, บางครั้ง = 2 คะแนน, นานๆ ครั้ง = 1 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ = 0 คะแนน) การแบ่งตามระดับคะแนน ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ระดับพอใช้: คะแนนร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม ระดับดี คะแนนร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม ระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม

ส่วนที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 3 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ การแบ่งตามระดับคะแนน ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม ระดับพอใช้: คะแนนร้อยละ

60 - 69 ของคะแนนเต็ม ระดับดี คะแนนร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม ระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริง โดยผลการประเมินพบว่ามีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00

2. ความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้รับการแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และทำการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนของการรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ. ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.60 ความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนการสนับสนุนทางสังคม, การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ, การจัดการตนเอง, การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ, การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.93, 0.79, 0.77, 0.84, 0.87, 0.87 และ 0.78 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามรวมทุกส่วนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตในการทำวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เพื่อ
พิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้เข้าร่วมวิจัย

2. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการ
ทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการ
เข้าร่วมวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการ
เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจ
พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยแสดงความ
ยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

3. คณะผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ
15 - 20 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความ
สมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมา
วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3
ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)
ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของ
กลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2.1 ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square
Test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม

2.2 ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์
สัน (Pearson's Product-Moment Correlation
Coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
เชิงปริมาณ

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ
ดูแลตนเอง

ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน
(Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อระบุ
ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการ
ป้องกันโรคเรื้อรัง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เลขที่ PKPH 006/68 ลงวันที่
21 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 89.46 มีอายุอยู่ในช่วง 35 – 59 ปี
ร้อยละ 62.16 (ค่าเฉลี่ยอายุ $\pm$ SD = 56.08 $\pm$ 9.47 ปี,
มีอายุน้อยที่สุด 25 ปี, อายุมากที่สุด 87 ปี) จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 24.59 ระยะเวลาในการ
เป็น อสม. อยู่ในช่วง 1 – 10 ปี ร้อยละ 51.35 (ค่าเฉลี่ย
อายุ $\pm$ SD = 12.09 $\pm$ 10.04, ค่าน้อยที่สุด 1 ปี, ค่ามาก
ที่สุด 47 ปี) มีบทบาทและหน้าที่เป็นสมาชิก อสม. ร้อย
ละ 83.78 ข้อมูลสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี
ดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับโรคอ้วนระดับที่ 1 (ค่า BMI
25.00 – 29.99) ร้อยละ 35.95 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
= 25.74 $\pm$ 4.36) การประเมินรอบเอว (เซนติเมตร)
เพศหญิงมีรอบเอวเกิน (80 เซนติเมตร ขึ้นไป) ร้อยละ
71.90 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 85.21 $\pm$ 10.99) ส่วนเพศ
ชาย มีรอบเอวปกติ (< 90 เซนติเมตร) ร้อยละ 48.72
(ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 90.05 $\pm$ 13.19) การประเมินระดับ
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) มีค่าสูงกว่าปกติ (120-
129/ น้อยกว่า 80 มม.ปรอท) ร้อยละ 43.24 (ค่าเฉลี่ย
 $\pm$ SD = 121.02/76.48 $\pm$ 12.11/8.32) การประเมิน

ระดับค่าน้ำตาลในเลือด กรณีน้ำและอาหาร 8 - 10 ชั่วโมง มีค่าปกติ (น้อยกว่า 100 mg/dL) ร้อยละ 53.99 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 99.3 ± 16.07) กรณีไม่ได้น้ำและอาหาร มีค่าปกติ (น้อยกว่า 140 mg/dL) ร้อยละ 12.27 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 129.13 ± 32.29) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบ ร้อยละ 91.62 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 81.06 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 83.51 (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD = 63.06 ± 8.71)

ความรู้ ความเข้าใจและ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.14 รองลงมา คือ มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.24 และ มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.62 และผู้ที่มีระดับความรู้สูงมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีถึงดีมากมากกว่ากลุ่มที่มีระดับความรู้ต่ำ

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 37.03 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 28.65 และ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.91 สะท้อนว่าอสม.สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ค่อนข้างดี ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับดี - ดีมาก

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ระดับการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ อยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 38.38 รองลงมา คือ อยู่ในระดับไม่ดี

ร้อยละ 31.89 และ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 20.27 ซึ่งเป็นจุดอ่อน เพราะผู้ที่อยู่ในระดับพอใช้และไม่ดีจำนวนมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในกลุ่มไม่ดี - พอใช้

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ. พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการจัดการตนเองตามหลัก 3อ. อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 32.97 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 28.38 และ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.27) ผู้ที่มีการจัดการตนเองระดับดีมากมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีและดีมากถึงร้อยละ 70.50 ของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ. พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ. อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 32.70 รองลงมา คือ อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 26.76 และ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 25.40 ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี - พอใช้

ความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 59.19 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 25.14 และ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 13.78 ละผู้ที่มีการตัดสินใจระดับดีมากเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในกลุ่มดีและดีมาก ร้อยละ 40.07 ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก
3อ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง (n= 370 คน)

ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				รวม n(%)
	ไม่ดี n(%)	พอใช้ n(%)	ดี n(%)	ดีมาก n(%)	
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ					
ระดับต่ำ (< 6 คะแนน)	29 (7.83)	8 (2.16)	21 (5.68)	28 (7.57)	86 (23.24)
ระดับปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	52 (14.05)	36 (9.73)	65 (17.57)	51 (13.79)	204 (55.14)
ระดับสูง (8 – 10 คะแนน)	16 (4.32)	11 (2.97)	22 (5.94)	31 (8.38)	80 (21.62)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 1, ค่ามากที่สุด = 10, ค่าเฉลี่ย = 6.41, SD = 1.43					
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ					
ระดับไม่ดี (0 – 11 คะแนน)	17 (4.60)	8 (2.16)	18 (4.86)	14 (3.78)	57 (15.40)
ระดับพอใช้ (12 – 13 คะแนน)	17 (4.59)	11 (2.97)	25 (6.76)	17 (4.59)	70 (18.92)
ระดับดี (14 - 15 คะแนน)	38 (10.27)	23 (6.22)	35 (9.46)	41 (11.08)	137 (37.03)
ระดับดีมาก (16 - 20 คะแนน)	25 (6.76)	13 (3.51)	30 (8.11)	38 (10.27)	106 (28.65)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 5, ค่ามากที่สุด = 20, ค่าเฉลี่ย = 14.34, SD = 2.74					
การสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ					
ระดับไม่ดี (0 – 13 คะแนน)	26 (7.02)	16 (4.32)	40 (10.81)	36 (9.73)	118 (31.89)
ระดับพอใช้ (14 – 16 คะแนน)	33 (8.92)	17 (4.59)	53 (14.32)	39 (10.54)	142 (38.38)
ระดับดี (17 - 19 คะแนน)	22 (5.95)	20 (5.41)	8 (2.16)	25 (6.76)	75 (20.27)
ระดับดีมาก (20 - 24 คะแนน)	16 (4.32)	2 (0.54)	7 (1.89)	10 (2.70)	35 (9.46)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 6, ค่ามากที่สุด = 23, ค่าเฉลี่ย = 14.99, SD = 3.26					
การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.					
ระดับไม่ดี (0 – 11 คะแนน)	31 (8.38)	8 (2.16)	23 (6.22)	6 (1.62)	68 (18.38)
ระดับพอใช้ (12 – 13 คะแนน)	17 (4.59)	12 (3.25)	26 (7.02)	20 (5.41)	75 (20.27)
ระดับดี (14 - 15 คะแนน)	32 (8.64)	21 (5.67)	36 (9.73)	33 (8.92)	122 (32.97)
ระดับดีมาก (16 - 20 คะแนน)	17 (4.60)	14 (3.78)	23 (6.22)	51 (13.78)	105 (28.38)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 5, ค่ามากที่สุด = 20, ค่าเฉลี่ย = 14.09, SD = 2.94					
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.					
ระดับไม่ดี (0 – 11 คะแนน)	30 (8.11)	14 (3.78)	34 (9.19)	21 (5.68)	99 (26.76)
ระดับพอใช้ (12 – 13 คะแนน)	11 (2.97)	11 (2.97)	23 (6.23)	11 (2.97)	56 (15.14)
ระดับดี (14 - 15 คะแนน)	46 (12.43)	19 (5.13)	19 (5.13)	37 (10.00)	121 (32.70)
ระดับดีมาก (16 - 20 คะแนน)	10 (2.70)	11 (2.97)	32 (8.65)	41 (11.08)	94 (25.40)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 1, ค่ามากที่สุด = 20, ค่าเฉลี่ย = 13.82, SD = 3.63					



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง				รวม n(%)
	ไม่ดี n(%)	พอใช้ n(%)	ดี n(%)	ดีมาก n(%)	
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ					
ระดับไม่ดี (0 – 11 คะแนน)	3 (0.81)	3 (0.81)	0 (0.00)	1 (0.27)	7 (1.89)
ระดับพอใช้ (12 – 13 คะแนน)	21 (5.67)	12 (3.24)	15 (4.05)	3 (0.81)	51 (13.78)
ระดับดี (14 - 15 คะแนน)	28 (7.57)	15 (4.05)	24 (6.49)	26 (7.02)	93 (25.13)
ระดับดีมาก (16 - 20 คะแนน)	45 (12.16)	25 (6.75)	69 (18.45)	80 (21.62)	219 (59.19)
รวม	97 (26.22)	55 (14.86)	108 (29.19)	110 (29.73)	370 (100.00)
ค่าน้อยที่สุด = 10, ค่ามากที่สุด = 20, ค่าเฉลี่ย = 15.97, SD = 2.18					

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต

ผลการศึกษาชี้ว่า ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ บทบาท ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ และปัจจัยสถานะสุขภาพ (รอบเอว BMI น้ำตาล และความดันโลหิต) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรู้ด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต (n = 370 คน)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไคสแควร์	p
ข้อมูลส่วนบุคคล			
1. อายุ			
- อายุน้อยกว่า 35 ปี	12 (3.25)	3.36	0.762
- อายุ 35 – 59 ปี	230 (62.16)		
- 60 ปี ขึ้นไป	128 (34.59)		
2. ระดับการศึกษา			
- ประถมศึกษา	92 (24.87)	30.62	0.032*
- มัธยมศึกษาตอนต้น	86 (23.24)		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	77 (20.81)		
- อนุปริญญา/ปวส.	55 (14.86)		
- ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	60 (16.21)		
3. บทบาทและหน้าที่ของ อสม.			
- ประธานอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน	60 (16.22)	2.86	0.414
- สมาชิก อสม	310 (83.78)		

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าไคสแควร์	p
4. ระยะเวลาในการเป็น อสม. (ปี)			
- 1 – 10 ปี	190 (51.35)	2.84	0.828
- 11 – 20 ปี	118 (31.89)		
- 20 ปี ขึ้นไป	62 (16.76)		
5. การสนับสนุนทางสังคม			
- ระดับปานกลาง (28 – 53 คะแนน)	61 (16.49)	53.43	0.000*
- ระดับดี (54 – 80 คะแนน)	309 (83.51)		
สถานะสุขภาพ			
1. รอบเอว (เซนติเมตร)			
- รอบเอวปกติ	113 (30.54)	6.75	0.345
- รอบเอวเกิน	257 (69.46)		
2. ดัชนีมวลกาย			
น้ำหนักน้อยหรือผอม ค่า BMI < 18.50	6 (1.62)	16.27	0.179
ปกติ ค่า BMI 18.50 – 22.99	92 (24.86)		
น้ำหนักเกิน ค่า BMI 23.00 – 24.99	81 (21.89)		
โรคอ้วนระดับที่ 1 ค่า BMI 25.00 – 29.99	133 (35.95)		
โรคอ้วนระดับที่ 2 ค่า BMI 30 ขึ้นไป	58 (15.68)		
3. ระดับค่าน้ำตาลในเลือด (mg/dL)			
- ปกติ	216 (66.26)	12.04	0.45
- ภาวะก่อนเบาหวาน	95 (29.14)		
- สงสัยโรคเบาหวาน	15 (4.60)		
4. ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)			
- ปกติ: น้อยกว่า 120/80 มม.ปรอท	140 (37.84)	8.99	0.439
- สูงกว่าปกติ: 120-129/น้อยกว่า 80 มม.ปรอท	160 (43.24)		
- สูงระดับที่ 1: 130-139/80-89 มม.ปรอท	60 (16.22)		
- สูงระดับที่ 2: 140-179/90-109 มม.ปรอท	10 (2.70)		

*P < 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็นอสม. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าทั้ง

ประสบการณ์ส่วนบุคคล การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม และทักษะด้านความรู้สุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.

ในขณะที่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย และการสื่อสารสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อาจสะท้อนถึงภาวะสุขภาพกายที่เสื่อมถอยหรือทักษะการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี



ปัจจัยบางด้าน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรง อาจเนื่องจากพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองขึ้นอยู่กับความรู้และการแปลผลของข้อมูล มากกว่าค่าทางชีวภาพหรือการเข้าถึงบริการเพียงอย่างเดียว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต (n = 370 คน)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าไคสแควร์	p
ข้อมูลส่วนบุคคล			
- อายุ	0.122	-	0.019*
- ระดับการศึกษา	-	19.19	0.038*
- บทบาทและหน้าที่ของ อสม.	-	8.481	0.037*
- ระยะเวลาในการเป็น อสม.	0.134	-	0.010*
- การสนับสนุนทางสังคม	0.121	-	0.020*
สถานะสุขภาพ			
- รอบเอว	-0.217	-	0.000*
- ดัชนีมวลกาย	-0.154	-	0.003*
- ระดับน้ำตาลในเลือด	-0.092	-	0.078
- ระดับความดันโลหิต	-	7.63	0.573
ความรู้ด้านสุขภาพ			
- ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.	0.111	-	0.033*
- ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ.	0.095	-	0.068
- ด้านการสื่อสารสุขภาพตามหลัก 3อ.	-0.115	-	0.027*
- ด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ.	0.293	-	0.000*
- ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตามหลัก 3อ.	0.164	-	0.002*
- ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ.	0.281	-	0.000*

*P < 0.05

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดภูเก็ต พบว่า โมเดลการถดถอยมีความเหมาะสมและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 27.161$, $p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27.20 ($R^2 = .272$, Adjusted $R^2 = .262$) เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระ พบว่ามี 4 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

1. รอบเอว ($\beta = .144$, $p = .002$) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีค่ารอบเอวสูง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

2. ความรู้ด้านการสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ ($\beta = -.331$, $p < .001$) พบว่ามีผลเชิงลบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายความว่าหากการสื่อสารทางสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง



3. การจัดการตนเองตามหลัก 3อ ($\beta = .419, p < .001$) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกสูงสุดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ ($\beta = .237, p < .001$) แสดงถึงความสำคัญของการใช้เหตุผลและตัดสินใจอย่างถูกต้องในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง

ในขณะที่ตัวแปรดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ รวมถึงการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรัง (n = 370 คน)

ตัวแปรอิสระ	B	SE	β (Beta)	t	p
- รอบเอว (ซม.)	1.106	.346	.144	3.193	.002
- การสื่อสารทางสุขภาพตามหลัก 3อ	-.585	.093	-.331	-6.264	.000
- การจัดการตนเองตามหลัก 3อ.	.820	.105	.419	7.829	.000
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ	.625	.119	.237	5.241	.000
ค่าคงที่ (Constant)	12.271	2.377		5.162	.000

R = 0.521, R² = 0.272, Adjusted R Square = 0.262, SEE = 4.95072, F (5, 364) = 27.161 p < 0.001

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.

อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางถึงสูง โดยเฉพาะด้าน การจัดการตนเอง และ การตัดสินใจ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ Pender's Health Promotion Model (2015) ที่เน้นบทบาทของ self-efficacy และการตัดสินใจเชิงบวกในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อูไรรัตน์ คูหะมณี และคณะ. (2563) ที่พบว่า อสม.ที่มีการจัดการตนเองดีสามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม การสื่อสารสุขภาพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสน่ห์ ขุนแก้ว. (2565) ที่ชี้ว่าทักษะการสื่อสารยังเป็นข้อจำกัดของอสม. และสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่อธิบายว่า Health Literacy ครอบคลุมมิติการเข้าถึง

เข้าใจ ประเมิน และนำไปใช้ หากขาดทักษะด้านการสื่อสารย่อมทำให้ประสิทธิภาพในการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพลดลง

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไสภณ นุชเจริญ (2566) และ พัดชา คุณวุฒิ. (2566) ที่รายงานว่าอสม.ที่มีการศึกษาสูงมักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี เนื่องจากสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่อธิบายว่า Health Literacy เป็นผลลัพธ์จากความสามารถในการเข้าถึง (access) เข้าใจ (understand) ประเมิน (appraise) และนำไปใช้ (apply) ข้อมูลสุขภาพ ดังนั้น บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจึงมีศักยภาพมากกว่าในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ในด้านของ การสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen & Wills (1985) และ Berkman & Glass (2000) ที่เสนอว่าเครือข่ายสังคม และการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นปัจจัยป้องกัน (buffering effect) ที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคล ในการจัดการกับข้อมูลและพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยของ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว. (2565) และ อุไรรัตน์ คุหะมณี และคณะ. (2563) ก็สนับสนุนผลการวิจัยนี้ โดยชี้ว่าอสม.ที่ได้รับแรง สนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน สาธารณสุข จะมีแรงจูงใจและโอกาสในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษา ประสบการณ์) และปัจจัยด้านสังคม (การสนับสนุนทางสังคม) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานของ โสภณ นุชเจริญ. (2566) และ พัดชา คุณวุฒิ. (2566) และยังสอดคล้องกับทฤษฎี Health Literacy ของ Nutbeam (2000) ที่เน้น บทบาทการเข้าถึงและประเมินข้อมูล ในด้านสุขภาพกาย พบว่ารอบเอวและ BMI มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานของ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564) ที่พบว่าผู้ที่มี BMI สูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ด้อยกว่า

สำหรับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การจัดการตนเอง และการตัดสินใจ เป็นปัจจัยสำคัญ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สนับสนุนแนวคิดของ Pender (2015) และ Sørensen et al. (2012) ขณะที่ การสื่อสารสุขภาพ กลับมีความสัมพันธ์เชิงลบ อาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสาร ที่ไม่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง และการสื่อสารทางสุขภาพ และรอบเอว

เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ร้อยละ 27.20 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองตามหลัก 3อ พบว่า เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ที่ชี้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) และการมุ่งมั่นต่อแผนการ ปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Action) เป็นแรงผลักดันสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยของ อุไรรัตน์ คุหะมณี และคณะ. (2563) ยังยืนยันว่า อสม. ที่มีการจัดการตนเองดี มีบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังได้ดีกว่า

ความรู้ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับทฤษฎี Health Literacy ของ Nutbeam (2000) ที่แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยระดับเชิงวิเคราะห์ (Critical Health Literacy) เน้นการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงกับการที่ อสม. สามารถเลือก พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ งานวิจัยของ พัดชา คุณวุฒิ. (2566) และ กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ขุนแก้ว. (2565) ก็พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญ

ความรู้ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ แม้ผล การศึกษาจะพบความสัมพันธ์เชิงลบ แต่สามารถอธิบายได้ว่า การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนหรือตีความคลาดเคลื่อน อาจทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิด Health Literacy Model ของ Sørensen et al. (2012) ที่ชี้ว่า “การเข้าถึง-เข้าใจ-ประเมิน-นำไปใช้” เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง หากมีจุดอ่อนด้านใดด้านหนึ่งจะกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วน รอบเอว พบว่า รอบเอวมียอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อธิบายได้ว่าผู้ที่มีรอบเอวมากกว่าปกติอาจตระหนักถึงความเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน และกลุ่มอาการเมตาบอลิก จึงปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ที่ระบุว่าปัจจัยชีวภาพ (Biological Factors)



เช่น น้ำหนัก รอบเอว หรือสุขภาพกาย มีผลต่อแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. (2564) ที่ชี้ว่าปัจจัยทางกายภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของ อสม.

แม้การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อจะไม่พบอิทธิพลโดยตรง แต่ตามแนวคิดของ Cohen และ Wills (1985) และ House (1981) การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาททางอ้อม (buffering effect) ในการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่เกิดความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ

โดยสรุป การศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender's Health Promotion Model และ Health Literacy Theory ที่เน้นทั้งปัจจัยส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ และความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยเฉพาะความสามารถในการจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการสื่อสาร ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของ อสม. ที่ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางด้านสุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1.1 ควรเน้นพัฒนา ทักษะการจัดการตนเองและการตัดสินใจเชิงสุขภาพ ในกลุ่ม อสม. เพราะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทาง 3อ. ในการส่งเสริมสุขภาพ*. กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570)*. กรมควบคุมโรค. เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2568 จาก

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf>

กฤตภณ เทพอินทร์ และเสนห์ ชุนแก้ว. (2565). ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์*, 14(1), 206-218.

1.2 ควรพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารด้านสุขภาพที่ชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสมกับบริบทของ อสม. เพื่อลดผลกระทบเชิงลบจากการสื่อสารที่ไม่ถูกต้อง

1.3 ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยชีวภาพ เช่น รอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม อสม. เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรจัดอบรมและสนับสนุนการพัฒนาทักษะ Health Literacy ของ อสม. โดยเฉพาะการสื่อสารและการตัดสินใจ

1.2 ควรพัฒนาระบบติดตามสุขภาพของ อสม. เช่น การประเมินรอบเอว น้ำหนัก และภาวะสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

3.1 ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจกลไกที่เชื่อมโยงระหว่างการสื่อสารและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม อสม.

3.2 ควรศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมและวัฒนธรรมเพิ่มเติม เพื่ออธิบายความแตกต่างด้านพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในแต่ละชุมชน

3.3 ควรนำ ทฤษฎี Pender's Health Promotion Model และ Health Literacy มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในบริบทประเทศไทย*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- งานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. (2568). *การสำรวจสถานะสุขภาพของอสม.ในแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ประจำปีงบประมาณ 2568*.
- จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 16(3), 49–58.
- ธวัช วิเชียรประภา, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 53–68.
- พัชชา คุณวุฒิ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม มสธ*, 3(2), 94–106.
- โสภณ นุชเจริญ. (2566). *ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลำลูกเกด จังหวัดเพชรบุรี*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำลูกเกด, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.
- อุไรรัตน์ คูหมะณี, ยุวดี รอดจากภัย, & นิภา มหารัษฎพงศ์. (2563). ความรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(1), 137–142.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137–173). Oxford University Press.
- Bloom, B. S. (Ed.), Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: Handbook I: The cognitive domain*. David McKay Co.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Pearson Education, Inc.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson Education.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล
โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

Predictive Factors of Caregiving Behavior among Caregivers of Children
with Asthma at Cha-am Hospital, Phetchaburi Province.

มนัสวี นิลพัฒน์

Manassawe Ninlapat

แพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

(Received: July 17, 2025; Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพหุการณณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหืด การรับรู้ตามองค์ประกอบของ Health Belief Model (HBM) ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในโรงพยาบาลชะอำ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 173 ราย ใช้การสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับสลาก เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (79.77%) อายุ 51-60 ปี (41.62%) มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดระดับปานกลาง (70.52%) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และความสามารถของตนเองในระดับสูง ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลในระดับเหมาะสม (94.22%) ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 31.6 ($p < .05$) การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืดจึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม

คำสำคัญ: โรคหืด, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ดูแล



Abstract

This predictive research aimed to examine knowledge about asthma, perceptions according to Health Belief Model (HBM) components, relationships with caregiving behaviors for pediatric asthma patients, and predictive factors of caregiving behaviors among caregivers at Cha-am Hospital. The sample consisted of 173 primary caregivers of pediatric asthma patients, selected through simple random sampling using a lottery method. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the majority of participants were female (79.77%) and aged 51-60 years (41.62%). Most respondents had a moderate level of knowledge about asthma (70.52%). Perceptions of susceptibility, severity of complications, and self-efficacy were at high levels, while perceptions of benefits and barriers were at moderate levels. Most caregivers demonstrated appropriate caregiving behaviors (94.22%). Knowledge about asthma, perceived susceptibility, and perceived severity of complications were significantly correlated with caregiving behaviors ($p < .05$). Predictive factors for caregiving behaviors included knowledge about asthma and perceived susceptibility to complications, which explained 31.6% of the variance ($p < .05$). Therefore, enhancing knowledge and perceptions about asthma represents an important approach for developing appropriate caregiving behaviors.

Keywords: Asthma, Caregiving Behaviors, Caregivers

บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคนี้เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ส่งผลให้เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจ ผู้ป่วยมักมีอาการหายใจมีเสียงแหลม ไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก และหายใจลำบาก ซึ่งอาการเหล่านี้มักมีความแปรปรวนและความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา หากไม่ได้รับการควบคุมอย่างเหมาะสม อาจทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ข้อมูลจาก Global Burden of Disease 2019 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหืดถึง 262 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 455,000 ราย (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2561–2562 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วย 130,458 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 135,090 ราย ในปี พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภาวะโรคหืดในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี มีผู้ป่วยเด็กโรคหืด (อายุ 0–15 ปี) จำนวน 197 ราย ในปีงบประมาณ 2567 โดยเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 642 ครั้ง และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน 106 ครั้ง (โรงพยาบาลชะอำ, 2567) แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการจัดบริการคลินิกโรคหืดที่ดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีระบบการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการติดตาม แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถควบคุมอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้

เกิดการกลับมารักษาซ้ำ จากการสอบถามเชิงคุณภาพพบว่า ปัญหาสำคัญมาจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนทัศนคติที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้อง เช่น การให้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอ การไม่หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคและการควบคุมอาการที่ไม่ได้ผล

การควบคุมโรคหืดที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อหลายมิติ โดยไม่เพียงแต่กระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก แต่ยังสร้างภาระต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม อาการกำเริบซ้ำๆ นำไปสู่การขาดเรียนบ่อยครั้ง ก่อให้เกิดปัญหาด้านการเรียนรู้และพัฒนาการที่ล่าช้า ขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากการต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ในด้านครอบครัว ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทางตรง (เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา) และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (เช่น การขาดงานของผู้ดูแล และโอกาสในการทำงานที่ลดลง) ซึ่งนำไปสู่ภาระทางเศรษฐกิจและความเครียดสะสม งานวิจัยก่อนหน้านี้ (Boonpiyathad et al., 2016; สุขาดา และคณะ, 2565; ชยุดรา และสุพัฒนา, 2565) ให้ข้อค้นพบที่สอดคล้องกันว่า ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของผู้ดูแลมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความถี่ของการกำเริบและการควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยเด็ก

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลเด็กโรคหืดในลักษณะการสร้างแบบจำลองเชิงพยากรณ์ยังมีจำกัด โดยส่วนใหญ่เน้นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล (อรอนงค์ ชาวसान และคณะ, 2563; สมศักดิ์ อินทมาต และคณะ, 2566) มากกว่าการวิเคราะห์เชิงระบบที่ใช้ตัวแปรด้านความรู้และการรับรู้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับ

โรงพยาบาลชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ช่องว่างทางวิชาการนี้จึงถือเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนางานวิจัยที่สามารถตอบสนองความต้องการเชิงทฤษฎีและนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงได้

เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ งานวิจัยครั้งนี้จึงใช้ Health Belief Model (HBM) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจาก HBM มีองค์ประกอบที่สามารถอธิบายได้อย่างครอบคลุมถึงการตัดสินใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ต้องประเมินความเสี่ยงและจัดการกับโรคในชีวิตประจำวัน (Rosenstock, 1974; Janz & Becker, 1984) องค์ประกอบของ HBM ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง (perceived susceptibility) ว่าผู้ป่วยเด็กมีโอกาสกำเริบได้มากเพียงใด การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) ของผลลัพธ์ทางสุขภาพและผลกระทบจากการกำเริบ การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การใช้ยาพ่นและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ตลอดจนความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการจัดการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) หากผู้ดูแลมีระดับการรับรู้และความเชื่อมั่นในเชิงบวก ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ชี้ให้เห็นว่า HBM สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพในโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Janz & Becker, 1984)

ดังนั้น งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการรับรู้ตาม HBM ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลในโรงพยาบาลชะอำ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดังกล่าว โดยมีสมมติฐานดังนี้ (1) ผู้ดูแลที่มีความรู้สูง

กว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมมากกว่า (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล และ (3) ปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และการรับรู้ตามองค์ประกอบของ Health Belief Model (HBM) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และความเชื่อมั่นตนเองของผู้ดูแลเด็กโรคหืด
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการรับรู้ตามองค์ประกอบของ HBM กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล
4. เพื่อศึกษาปัจจัยตามกรอบ HBM และความรู้เกี่ยวกับโรคหืดที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลชะอำ ในปีงบประมาณ 2567 อายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 197 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 โดยเลือก Test family เป็น F tests, Statistical test เป็น Linear multiple

regression: Fixed model, R^2 deviation from zero, กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size f^2) = 0.15, ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = 0.05, ค่า Power = 0.95 และจำนวนตัวแปรอิสระ (Number of predictors) = 5 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 138 ราย จากนั้นเพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ดังนี้

$$N_{\text{new}} = n/(1-L)$$

$$L = \text{อัตราการมีข้อมูลขาดหายไป (0.2)}$$

$$N_{\text{new}} = 138/(1-0.2) = 172.5$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เท่ากับ 173 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ (1) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป (2) เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลชะอำ (3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มแสดงเจตนายินยอม

เกณฑ์การคัดออกได้แก่ (1) ผู้ดูแลที่มีปัญหาการได้ยินหรือการสื่อสารจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และ (2) ผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างต่อเนื่อง

การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยอ้างอิงจากรายชื่อผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ผู้ดูแลตามรายชื่อดังกล่าว จากนั้นดำเนินการสุ่มเลือกด้วยวิธีจับสลาก (Lottery method) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้ คือ 173 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ประเมินคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน 3 ระดับ (Bloom, 1971) คือ ความรู้ต่ำ คะแนน 0-7 ความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 8-10 และความรู้ระดับสูง คะแนน 11-12

ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่น่าใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็นสามระดับ (Best, 1977) คือ การรับรู้ความเสี่ยงระดับต่ำ ช่วงคะแนน 1.00-2.33 การรับรู้ความเสี่ยงระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 การรับรู้ความเสี่ยงระดับมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

ตอนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่น่าใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็นสามระดับ (Best, 1977) คือ การรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำ ช่วงคะแนน 1.00-2.33 การรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 การรับรู้ความรุนแรงระดับมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

ตอนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Best, 1977) คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่น่าใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็นสามระดับคือการรับรู้สมรรถนะระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 1.00-2.33 การรับรู้สมรรถนะระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 การรับรู้สมรรถนะระดับมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

ตอนที่ 6 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กโรคหัดแปดผลเป็นสามระดับ (Best,1977) คือการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับต่ำ ช่วงคะแนน 1.00-2.33 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคระดับมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

ตอนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดของผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติ แปดผลเป็นสามระดับ (Best,1977) คือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัดได้ระดับต้องปรับปรุง ช่วงคะแนน 1.00-2.33 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัดได้ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 2.34-3.66 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัดได้ระดับเหมาะสม ช่วงคะแนน 3.67-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา และความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่า 0.67-1.00

2. ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของ

เครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเข้าใจในด้านการใช้ภาษาและความสะดวกในการตอบแบบสอบถาม แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วย KR-20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ซึ่งมีค่า 0.91 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 3, 4, 5, 6, และ 7 ซึ่งมีค่า 0.95, 0.92, 0.91, 0.93, และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และจากโรงพยาบาลชะอำ จากนั้นจึงประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

2. ดำเนินการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีจับสลากจากรายชื่อผู้ดูแลเด็กโรคหัดที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลชะอำ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด (173 คน)

3. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และสิทธิในการถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้เข้าร่วม หลังจากนั้นจึงแจกแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ดูแลตอบด้วยตนเอง หากผู้เข้าร่วมไม่สะดวกในการอ่านหรือเขียน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือโดยการอ่านคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบตามที่ผู้เข้าร่วมระบุ

4. เมื่อผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทันที หากพบข้อบกพร่องจะขอให้ผู้ตอบชี้แจงหรือแก้ไขในขณะนั้น เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหัด การรับรู้ตามองค์ประกอบของ Health Belief Model (HBM) และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ตามองค์ประกอบของ HBM กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ 0.05

2.2 การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis: Stepwise method) เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดของผู้ดูแล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่โครงการ PBEC No. 19/2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.77 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 41.62 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.52 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.51 ประกอบ

อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 29.48 มีรายได้อยู่ระหว่าง 6,000 -7,999 บาท ร้อยละ 23.12

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหัดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 122 ราย (ร้อยละ 70.52) รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 27.75) และระดับต่ำ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 1.73) ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัดเท่ากับ 8.94 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน (S.D. = 1.52)

3. การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัด (ค่าเฉลี่ย = 4.18, S.D. = 0.52) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัด (ค่าเฉลี่ย = 4.08, S.D. = 0.48) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัด (ค่าเฉลี่ย = 4.07, S.D. = 0.51) อยู่ในระดับสูงทั้งสิ้น ส่วนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (ค่าเฉลี่ย = 2.95, S.D. = 0.63) อยู่ในระดับปานกลาง

4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดอยู่ในระดับเหมาะสม จำนวน 163 ราย (ร้อยละ 94.22) และระดับพอใช้ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 5.78) โดยไม่มีผู้ดูแลรายใดที่มีพฤติกรรมการดูแลในระดับต้องปรับปรุง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเท่ากับ 4.25 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (S.D. = 0.41)



5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค

หืดของผู้ดูแล และการรับรู้ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

ตัวแปร	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล	.517	.000*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืดของผู้ดูแล	.257	.001*
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืดของผู้ดูแล	.177	.020*
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล	.091	.236
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ของผู้ดูแล	-.020	.792

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลและ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคหืดของผู้ดูแลโดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลได้ร้อยละ 31.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ ดังนี้
 $Y = 30.957 + 2.523(X_1) + .320(X_2)$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	30.957	4.345		7.125	.000
ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล (X_1)	2.523	.314	.508	8.045	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดของผู้ดูแล (X_2)	.320	.086	.236	3.742	.000

$R = .569$, $R^2 = .323$, $adj.R^2 = .316$, $F = 40.644$, $SE.est = 4.921$

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.52) และระดับสูง (ร้อยละ 27.75) สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริกรานต์ สุทธิสมพร และคณะ (2563) และอรอนงค์ ชาวสำน และคณะ (2563) ซึ่งมีแนวโน้มเดียวกัน โดยชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้ดูแลจะมีความตระหนักในตัวโรค แต่ความรู้เชิงลึกด้านการจัดการโรคและการป้องกันภาวะกำเริบยังคงเป็นจุดที่ต้องพัฒนา ความรู้ที่จำกัดนี้อาจส่งผลให้เกิดการจัดการที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาผิดวิธี หรือการละเลยสัญญาณอันตรายที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโรคหืดจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด รวมถึงความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอยู่ในระดับสูง การรับรู้ในระดับสูงนี้สะท้อนความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของสมศักดิ์ อินทมาต และคณะ (2566) ที่พบว่าความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก อย่างไรก็ตาม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนว่าผู้ดูแลยังไม่เห็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำกับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น หรือยังคงเผชิญอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ สังคม เวลา และความซับซ้อนของคำแนะนำ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นย้ำประโยชน์ระยะยาวของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และร่วมกันหาวิธีลดอุปสรรคเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแล

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด รวมถึงความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอยู่ในระดับสูง การรับรู้ในระดับสูงนี้สะท้อนความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากขาดการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของพัชรี วัฒนชัย และคณะ (2559) และสมศักดิ์ อินทมาต และคณะ (2566) ที่พบว่าความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็ก อย่างไรก็ตาม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนว่าผู้ดูแลยังไม่เห็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำกับผลลัพธ์ที่ดีขึ้น หรือยังคงเผชิญอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ สังคม เวลา และความซับซ้อนของคำแนะนำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรตนา ทศนุต และเบญจมาศ ศิริกมลเสถียร (2559) และจักรกฤษณ์ วัชรราชูร์ และคณะ (2561) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นย้ำประโยชน์ระยะยาวของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และร่วมกันหาวิธีลดอุปสรรคเพื่อเพิ่มประสิทธิผลการดูแล

ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาสะท้อนความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหืด เนื่องจากการรับรู้ที่ถูกต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่เหมาะสม เช่น การให้ยาตามเวลา การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหืดจึงนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วย



ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของผู้ดูแล โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 31.6 ($R^2 = 0.316$, $p < .05$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม และการรับรู้ความเสี่ยงเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (เพ็ญจิต มหาสโร และคณะ, 2560) ดังนั้น การให้ความรู้ที่ถูกต้องและการเสริมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จักรกฤษณ์ วัชรราชภัฏ, สุวินัย แสงโย และกัญญาณัฐ อุ่มมี. (2561). อุปสรรคในการดำเนินพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 6(2), 351–361.
- ชยุตรา ด่านลี และสุพัฒน์ ศักดิษฐานนท์. (2565). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและการควบคุมโรคในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3–5 ปี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(2), 145–158.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 9–18.

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ในระดับสูงให้แก่ผู้ดูแลที่มีความรู้ในระดับต่ำและปานกลาง เพื่อให้การดูแลมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด เช่น การใช้อุปกรณ์การดูแลที่เหมาะสม เช่น เครื่องพ่นยา เพื่อเพิ่มความมั่นใจในพฤติกรรมดูแล
3. ควรมีการติดตามผลและประเมินผลจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามการดูแลและปรับปรุงการให้คำแนะนำให้มีประสิทธิภาพ
4. ควรมีการเสริมสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับให้ข้อมูลที่ช่วยลดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการดูแล
5. ควรมีจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และคำแนะนำระหว่างกัน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในพฤติกรรมดูแล



- พัชรี วัฒนชัย, พัชราภรณ์ อารีย์ และสุธิตา ล่ำมข้าง. (2559). ความรุนแรงของโรคหัด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหัดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว. *พยาบาลสาร*, 43(2), 1-12.
- เพ็ญจิต มหาสโร, นันทวัน สุวรรณรูป และนันทิยา วัฒนา. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดอายุ 1-6 ปี. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(2), 64-73.
- โรงพยาบาลชะอำ. (2024). *ผลการดำเนินงานการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2565-2567* (เอกสารอัดสำเนา).
- สมศักดิ์ อินทมาต, ดาวประกาย หน้างาม, วริศรา รักษาภักดี และสุจิตรา พงศ์วงประเสริฐ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัดเด็กของผู้ดูแล. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 53-59.
- สิริกรานต์ สุทธิสมพร, สุธิตา ล่ำมข้าง และอุษณีย์ จินตะเวช. (2563). ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด. *พยาบาลสาร*, 47(4), 27-38.
- สุชาดา มานะสถิตย์, จุฑารัตน์ มีสุขโข, และอุษณีย์ จินตะเวช. (2565). ผลของโปรแกรมการสอนแบบกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมของบิดามารดาในการป้องกันอาการจับหัดในเด็ก. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(3), 299-310.