



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ

ISSN 3057-1901 (Online)

# วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care  
and Public Health Development

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568

VOL.3 NO.2 September-December 2025



# AJPPD



**กองบรรณาธิการ (EDITORIAL BOARD)**

**วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข**

**Academic Journal for Primary Care and Public Health Development**

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568

Vol.3 No.3 Sep-Dec 2025

**บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)**

ผศ. บุญเรือง ขาวนวล มหาวิทยาลัยทักษิณ

**กองบรรณาธิการ (Editorial Board Members)**

ผศ. ดร. กิตติพงษ์ สอนล้อม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ณีรนุช วงศ์เจริญ	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร. พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร. อนุวัฒน์ เพ็งพุ่ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น
ดร. ดุริยางค์ วาสนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. อธิวัฒน์ 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 มีนโยบายในการเผยแพร่บทความวิจัย (Research Paper) และบทความวิชาการ (Academic Paper) ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และการยกระดับคุณภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุข และผู้สนใจด้านระบบบริการสุขภาพ วารสารฉบับนี้เป็น ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2568) ซึ่งรวบรวมผลงานวิชาการที่สะท้อนประเด็นสุขภาพสำคัญในระดับพื้นที่และระดับระบบอย่างหลากหลาย

ในด้าน การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย มีบทความว่าด้วยการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากกรณีศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความรู้ในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์หลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งสะท้อนบทบาทสำคัญของการพยาบาลเชิงระบบและการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

ด้าน ผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง นำเสนอประเด็นความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ รวมถึงปัญหาทางยาและแนวทางแก้ไขการใช้ยาชนิดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทบริการจริง

ในด้าน การมีส่วนร่วมของชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทความที่ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว ความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมในโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อสำคัญ เช่น ไข่เลือดออก ไข่หวัดใหญ่ และเมลิออยโดสิส ซึ่งสะท้อนศักยภาพของชุมชนในการเป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ด้าน ระบบบริการสุขภาพและคุณภาพการดูแล ครอบคลุมการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวทางดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) แบบมีส่วนร่วม รวมถึงการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ พร้อมทั้งบทความ การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแนวทางแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้กลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ร่วมกับ การมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งสะท้อนการขับเคลื่อนมาตรการความปลอดภัยเชิงระบบในระดับพื้นที่

นอกจากนี้ วารสารฉบับนี้ยังมีบทความเชิงวิชาการด้าน การผลิตกำลังคนทางการแพทย์และระบบสุขภาพ ว่าด้วยสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์เพื่อระบบสุขภาพไทยในศตวรรษใหม่ ซึ่งช่วยเชื่อมโยงมิติการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เข้ากับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านในการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานบริการสุขภาพ การวิจัย และการกำหนดนโยบาย เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขของประเทศต่อไป

(นายบุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
<p>การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ กรณีศึกษา 2 ราย</p> <p>Nursing care for patients with pneumonia 2 case study</p> <p>สายสุณีย์ อารีราษฎร์</p>	460-477
<p>การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง</p> <p>Development of a Care Model for Depression in Patients with Chronic Diseases in Sri Banphot District, Phatthalung Province</p> <p>กัญญา พรหมมาณพ</p>	478-495
<p>ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์</p> <p>Effectiveness of Discharge Planning Program for Colorectal Cancer Patients on the Knowledge of Adverse Reactions Management After Receiving Chemotherapy, Uttaradit Hospital</p> <p>สุदारัตน์ คำกุล และ สิริกานดา แสงวรจิธรรม</p>	496-511
<p>อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p>The Influence of Health Literacy on the Desirable Behaviors of the Elderly in Khao Phra Subdistrict, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province</p> <p>ชนิล ละม้าย</p>	512-526
<p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p>Factors influencing performance in the family doctor team role of village health volunteers, Sai Khao Subdistrict, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province</p> <p>ชวัลยา เมืองรอด</p>	527-543
<p>ความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่</p> <p>Knowledge, Attitude, and Participation in Health Promotion and Disease Prevention Projects of Village Health Volunteers in Krabi Province</p> <p>อนุช สาระวารี</p>	544-577

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช	578-593
Factors related to dengue fever prevention behavior in Thung Song Subdistrict, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province.	
ระบิล รักอาชีวะ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช	594-606
Factors Associated with Influenza Prevention Behaviors among Older Adults in Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province	
วิมลรัตน์ รุณแสง	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงาน ชุมชนมุสลิมท่าม่วง เขตเทศบาลตำบลทองเนียน อำเภอกงหรา จังหวัดนครศรีธรรมราช	607-618
Factors Related to Accessibility of Dental Care Service among Working AgeGroup, Tha Muang Muslim Community,Thong Nian Municipality, Amphoe Khanom, Nakhon Si Thammarat Province	
กัลย์สุดา จุแจ้ง, ภัคชิสา คนสุภาพ, สุทัศน์ เสียมไหม	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์	619-632
Factors Affecting Accessibility of Health Care Services among People with Mueang Uttaradit District, Uttaradit	
ศิริรัตน์ สมประสงค์	
ปัญหาทางยาและแนวทางแก้ไขการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วย โรคเบาหวานที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่	633-644
Drug related problems and intervention in the use of insulin injections among diabetic inpatients at NueaKlong hospital, Krabi Province	
มารีหยาม กาทหลง	

## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
<p>การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาบอนอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p>Development of patient referral system, Emergency Department, Nabon Hospital, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province</p> <p>อรุณรัตน์ คนเที่ยง</p>	645-657
<p>ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาล ระนอง</p> <p>Clinical Outcomes of Infants Born to HIV-Positive Mothers Following the Implementation of Care Guidelines at Ranong Hospital</p> <p>ธิดารัตน์ วิริยพงศ์</p>	658-671
<p>การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis แบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง</p> <p>Research and Development of a Participatory Care Model for Patients with Sepsis at Sribanphot Hospital, Sribanphot District, Phatthalung Province</p> <p>สุทิพย์ จินตาคม</p>	672-687
<p>ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของประชาชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ตำบลทุ่งยาว อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง</p> <p>Factors Associated with Preventive Behaviors Against Melioidosis Among the Population in the Catchment Area of Thung Yao Subdistrict Health Promoting Hospital, Palian District, Trang Province</p> <p>วิวัลย์ สังข์ชาติ</p>	688-701
<p>ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระนอง</p> <p>Factors related to Clinic Risk Management of Professional Nurses at Ranong Hospital</p> <p>รัตติกาล ชัยสีดา</p>	702-717
<p>เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองราย ใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง</p> <p>Comparison of anxiety before and after using Reality theory in new stroke patients under 45 years old at Ranong Hospital</p> <p>ไหมฟ้า เสริมแก้ว</p>	718-731

## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
<p>การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์</p> <p>The Development of a Care Model for Psychiatric Patients with Substance Use and Violence Risk, Kham Muang District, Kalasin Province</p> <p>บุญญรัตน์ ฐานะรุ่งเรืองเลิศ</p>	732-743
<p>แพทย์เพื่อสังคมในศตวรรษใหม่: สมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ เพื่อระบบสุขภาพไทย</p> <p>Physicians for Society in the New Century: Desired Competencies of Medical Graduates for Thailand's Health System</p> <p>บุญเรือง ขาวนวล, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, สุรัตน์ ตันดิทวิวรรกุล, ลิลิฎา ชันติ</p>	744-756
<p>การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและแนวทางแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนและการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ</p> <p>Developing a model for preventing and resolving road accidents through the mechanism of the Road Safety Operations Center Committee and community participation in Huai Thap Than District, Sisaket Province</p> <p>สุรัชชัย จันทศรี</p>	757-769

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ กรณีศึกษา 2 ราย

### Nursing care for patients with pneumonia 2 case study.

สายสุณีย์ อารีราษฎร์

Saisunee Arerard

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

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

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เป็นการเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาล 3 ระยะ ระยะแรกรับ ระยะระหว่างการดูแล และระยะจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของกรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้สูงอายุ มีอาการและอาการแสดงคล้ายกัน ตรวจพบ CXR infiltration แตกต่างกันว่าโรคร่วม รายที่ 2 พบวัณโรคปอด ซีด ได้ให้ PRC และมีภาวะ electrolyte imbalance รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจน มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษามากกว่ารายที่ 1 ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจำหน่ายกลับบ้าน จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของโรคร่วมส่งผลให้ต้องใช้การพยาบาลซับซ้อนและระยะเวลารักษานานมากขึ้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ร่วมกับสหวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

**คำสำคัญ:** โรคปอดอักเสบ, การพยาบาล, โรงพยาบาลระนอง



## Abstract

This study employed a case study design with the objective of comparing nursing care for patients with pneumonia. Two patient cases were examined to compare the application of the nursing process for pneumonia among two inpatients admitted to Ranong Hospital, Ranong Province, during August 2025 (B.E. 2568). The research instruments comprised data-extraction forms for patient medical records, caregiver/relative interviews, and direct observation. Data were analyzed by comparing pathophysiology, signs and symptoms, and treatments; nursing problems were assessed using Gordon's 11 Functional Health Patterns. Nursing diagnoses were established, nursing care was provided, and outcomes were evaluated across three phases: at admission, during care, and at discharge.

The findings indicated that the two pneumonia cases were older adults who presented with similar clinical manifestations and chest radiograph (CXR) findings of pulmonary infiltrates. They differed in comorbidities: Case 2 had pulmonary tuberculosis, anemia requiring packed red cells (PRC), and an electrolyte imbalance, and received supplemental oxygen; the overall management was more complex than for Case 1. Both patients were discharged home. The study suggests that comorbidity-related abnormalities necessitate more complex nursing care and longer lengths of stay. Therefore, nurses require sufficient knowledge and skills to care for patients with pneumonia and should apply the nursing process to provide holistic care to patients and families in collaboration with the multidisciplinary team, thereby enhancing patient safety, preventing complications, and reducing mortality.

**Keywords :** Pneumonia, Nursing Care, Ranong Hospital

## บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศกำลังพัฒนา การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด รองลงมาเป็นการสูดสำลักควั่นหรือสารเคมี อุบัติการณ์การเกิดปอดอักเสบเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจ พบว่าโรคปอดอักเสบร้อยละ 50-80 เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบที่เกิดนอกโรงพยาบาล และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ด้วย เช่นโรคทางระบบการหายใจ (asthma, COPD) ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (congestive heart failure (CHF)) โรคหัวใจอื่นๆ น้ำหนักตัว หรือสมรรถนะร่างกายที่แย่งลง เป็นต้น ผู้ป่วยปอดอักเสบ ที่พบนอกโรงพยาบาลจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบชุมชน (community-acquired pneumonia, CAP) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชนประมาณร้อยละ 20-30 จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและประมาณร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชุมชนชนิดรุนแรงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40 ดังนั้น จึงถือว่าเป็นโรคปอดอักเสบมีอัตราการตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่นๆ (กรมการแพทย์, 2566)

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) คือโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดซึ่งประกอบไปด้วย ถุงลมปอด และเนื้อเยื่อโดยรอบ โดยเชื้อโรคที่เข้าสู่ปอดและทำให้เกิดการอักเสบของถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งเชื้อที่พบจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุและสภาพแวดล้อมที่เกิดโรค เช่น ได้รับเชื้อจากที่ชุมชนทั่วไป หรือจากภายในโรงพยาบาล เชื้อแบคทีเรียที่พบมักได้แก่

*Streptococcus pneumoniae* เชื้อ *Haemophilus influenzae* type b, เชื้อ *Chlamydia pneumoniae* เชื้อ *Legionella* spp. และเชื้อ *Mycoplasma pneumoniae* ส่วนเชื้อไวรัส ได้แก่ เชื้อ respiratory syncytial virus (RSV), เชื้อ influenza หรือเชื้อไข้หวัดใหญ่ และเชื้อราจากมูลนกหรือซากพืชซากสัตว์ซึ่งเกิดจากติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อาจเกิดได้จากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส และเชื้อรา ส่วนใหญ่มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย อาการสำคัญคือ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อย หายใจเร็ว ถ้าเป็นมากจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (chest retraction) จมูกบาน (nasal flaring) ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ หรือเหมือนเสียงขี้ผง (fine หรือ medium crepitation) หรืออาจได้ยินเสียงที่เกิดจากอากาศพยายามจะผ่านหลอดลมที่มีสารน้ำหรือมูก (rhonchi) พยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบจะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง หลังการติดเชื้อ และแสดงอาการภายใน 4-5 วัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หอบเหนื่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในรายที่มีอาการรุนแรงหรือรักษาไม่ทันท่วงทีที่การอักเสบของปอดจะไปขัดขวางการแลกเปลี่ยนก๊าซ ผู้ป่วยจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ซึ่งเรียกอาการนี้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลว

ในประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่าอัตราผู้ป่วยปอดอักเสบเสียชีวิตจากปอดอักเสบเพิ่มขึ้น 42.1, 43.8 และ 45.3 ตามลำดับ และจากสถิติโรงพยาบาลระนอง พบว่ามีผู้ป่วยปอดอักเสบเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 778 คน ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 975 คน และในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 1,369 คน และผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบจำนวน 118 ราย, 121 ราย และ 157 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเฉลี่ยต่อราย



เพิ่มขึ้นทุกปี จากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 44,103 บาทต่อราย เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 66,759 บาท และค่าใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 192,569 บาท ตามลำดับ (ทัญญู ศรีวิไล วิมล อ่อนเส็ง, 2560) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอักเสบ จึงต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็วและวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ตั้งนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยปอดอักเสบและมีโรคร่วม 2 ราย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระนอง ช่วงศึกษา ในรายที่ 1 วันที่ 1 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 4 สิงหาคม 2568 รายที่ 2 วันที่ 6 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 17 สิงหาคม 2568 โดยศึกษาการให้การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม ระยะระหว่างการดูแล และระยะเตรียมจำหน่าย

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ช่วยวิจัยแนะนำ

ตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่า การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระนอง เลขที่ COE\_RNH\_EC 003/2568 ได้รับการรับรองในวันที่ 21 กรกฎาคม 2568 ทั้งนี้ เอกสารและข้อมูลการวิจัยจะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัยโดยจำกัดสิทธิการเข้าถึง และจะทำลายข้อมูลระบุตัวตนภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยตามระยะเวลาที่หน่วยงานกำหนด เพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วม

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยปอดอักเสบจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระนองในช่วงเดือนสิงหาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน (เช่น สัญญาณชีพ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสีทรวงอก) 2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา (เพื่อให้เห็นความแตกต่างและความเหมือนของแต่ละราย) 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยปอด

อักเสบ ข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 ราย (อายุ เพศ โรคร่วม และระยะเวลาอนโรงพยาบาล)

**ผลการวิจัย**

ผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นเพศหญิงสูงอายุ (74 และ 77 ปี) มีโรคประจำตัวร่วมหลักคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (รายที่ 1 มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย) ไม่มีประวัติแพ้ยา อาการนำสำคัญคล้ายกันคือไข้ ไอ มีเสมหะ และเหนื่อยหอบ แต่รายที่ 2 ระบุอ่อนเพลียและเบื่ออาหารชัดเจนกว่า ระยะเวลาป่วยก่อนมาโรงพยาบาลอยู่ที่ 7 วัน (รายที่ 1) และ 5 วัน (รายที่ 2) สัญญาณชีพแรกเริ่มชี้ภาวะติดเชื้อและความเครียดทางสรีรวิทยาในทั้งสองราย: มีไข้ (38.7°C และ 38.3°C) ชีพจรเร็ว (104 และ 122 ครั้ง/นาที) โดยรายที่ 2 มีอัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที บ่งชี้ภาวะหายใจลำบากมากกว่า ความดันโลหิตทรายที่ 2 สูงกว่า (155/79 มม.ปรอท เทียบกับ 130/66 มม.ปรอท) สอดคล้องกับความรุนแรงที่มากขึ้นและความจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนชนิด mask with bag แนวทางการรักษาต่างกันตามความรุนแรง: รายที่ 1 ได้ยาปฏิชีวนะเชิงประจักษ์

(ceftriaxone ร่วม azithromycin) การพ่นขยายหลอดลม และการควบคุมอาการร่วม ขณะที่รายที่ 2 ต้องให้ออกซิเจนทันที เริ่ม ceftriaxone จากนั้น ขยับระดับเป็น piperacillin/tazobactam (ทุก 8 ชม.) และเสริม clindamycin รวมทั้งได้รับยาต้านวัณโรคครบสูตร (INH, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol พร้อมวิตามิน B6) สะท้อนการวินิจฉัยหรือข้อสงสัยวัณโรคร่วมกับปอดอักเสบที่รุนแรงกว่า ผลลัพธ์เบื้องต้นสอดคล้องกับความรุนแรง: ระยะเวลาอนโรงพยาบาลของรายที่ 1 เพียง 3 วัน ขณะที่รายที่ 2 ยาวถึง 12 วัน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอัตราการหายใจสูง ความจำเป็นให้ออกซิเจน และการมีวัณโรคร่วมสัมพันธ์กับความซับซ้อนของการรักษาและระยะเวลาอนที่ยาวขึ้น ประเด็นการพยาบาลจึงควรเน้นการเฝ้าระวังการหายใจและออกซิเจนอย่างใกล้ชิด การให้ยาปฏิชีวนะ/ยาต้านวัณโรคอย่างถูกต้องตามเวลา การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยที่มีเบาหวาน การจัดการเสมหะและการพ่นยา ตลอดจนการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องสัญญาณอันตรายและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกรณีสงสัยวัณโรค ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตาราง 1** เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติ	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 77 ปี
จำนวนวันที่นอน	3 วัน	12 วัน
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	7 วัน ไข้ไม่มีเสมหะสีขาว หายใจเหนื่อยไปรักษาคลินิกแนะนำมาโรงพยาบาล อาการแรกเริ่มที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี	5 วัน ไข้ ไอมีเสมหะอ่อนเพลีย กินได้น้อยวันนี้ หายใจเหนื่อยญาติ นำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	โรคประจำตัว เป็น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง รับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลระนอง ไม่เคยขาดยา	โรคประจำตัว เป็น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน รับการรักษาด้วยยาจากโรงพยาบาลระนอง ไม่เคยขาดยา
ประวัติการแพ้	ไม่มีประวัติแพ้ยา	ไม่มีประวัติแพ้ยา

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
สัญญาณชีพแรกพบ	อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 130/66 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 155/79 มิลลิเมตรปรอท
แผนการรักษาของแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ออกซิเจน Ceftriaxone 2 gm. ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง</li> <li>- เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลก่อนมื้ออาหารและก่อนนอน</li> <li>- ให้อาบน้ำขยายหลอดเลือด</li> <li>- Azithromycin (250 mg.) 2x1 pc.</li> <li>- fiamacill 1x3 ละลายน้ำซดดื่ม</li> <li>- GG 1X3 pc.</li> <li>- Paracetamol (500mg.) 2 tab prn ทุก 4-6 hr</li> <li>- ยาพ่นขยายหลอดเลือด Berodual 1 nebule พ่นทุก 4 ชั่วโมง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ออกซิเจนชนิด Mask with bag</li> <li>- ให้ออกซิเจนเริ่มแรกให้ Ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ stat than Ceftriaxone 2 gm วันละ 1 ครั้ง</li> <li>- เปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เพิ่มยาปฏิชีวนะ Clindamycin 300 mg ทางหลอดเลือด เลือดดำทุก 8 ชั่วโมง</li> <li>- ให้อาบน้ำขยายหลอดเลือด INH(100) 3Xhs, Rifam (450) 1xhs, PZA(500) 2Xhs ,Etham (400) 2xhs, B6 1x2 pc</li> </ul>

ทั้งสองรายมีแกนปัญหาพร้อมคือ เสี่ยงเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากปอดอักเสบ (ไข้, CXR infiltration, crepitation; รายที่ 2 มี wheezing เพิ่ม) รายที่ 1 เต้นเรื่องเสียสมดุลน้ำ-อิเล็กโทรไลต์ (Na 130, K 3.3, CO<sub>2</sub> 13.1) และซีดเด่น (Hct 20%, Hb 6.5 g/dL) ซึ่งซ้ำเติมภาวะพร่องออกซิเจน แต่ไม่พบภาวะหายใจล้มเหลว/หัวใจเต้นผิดจังหวะ รายที่ 2 รุนแรงกว่า เสี่ยงหายใจ

ล้มเหลวเฉียบพลัน มี AF/HR ไม่สม่ำเสมอ (เสี่ยงหัวใจล้มเหลว) และได้รับอาหาร-น้ำไม่พอร่วมกับเหนื่อยง่าย นัยทางการพยาบาล ทั้งสองรายเน้นคงภาวะออกซิเจนและการระบายเสมหะ รายที่ 1 โฟกัสแก้ซีดและปรับสมดุลอิเล็กโทรไลต์ รายที่ 2 เผื่อระวังระบบหายใจ-หัวใจอย่างใกล้ชิด เสริมโภชนาการ และเตรียมฟื้นฟูก่อนจำหน่าย ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะแรกรับวิกฤติฉุกเฉิน ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วย 2 ราย การประเมินผู้รับบริการตามแบบแผนสุขภาพ

การพยาบาลระยะ	เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	รายที่ 1	รายที่ 2
ระยะที่ 1 คือ การพยาบาลผู้ป่วยระยะแรกพบ	1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน	1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน

การพยาบาลระยะ	เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	รายที่ 1	รายที่ 2
1. มีการติดเชื้อใน ร่างกาย	S: ไอมีเสมหะ O: ผล CXR infiltration	S: ไอมีเสมหะ O: ผล CXR infiltration
2. ผู้ป่วยมีภาวะ หายใจไม่มี ประสิทธิภาพ	O: ใช้ 38.7 องศาเซลเซียส O: Lung Crepitation	O: ใช้ 38.3 องศาเซลเซียส O: Lung Crepitation และ Wheezing BL
ระยะที่ 2 คือ การ พยาบาลผู้ป่วยระยะ ระหว่างการดูแล	ไม่พบปัญหา	1.เสียงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน S: ไอ มีเสียงเสมหะ O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: ใช้ 38.3 องศาเซลเซียส O: ประวัติมีโรคประจำตัว Asthma AF O: ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ RR 28 ครั้ง/นาที O: Lung: Crepitation และ Wheezing O: CXR infiltration O: O2sat94 %
1. เสียงต่อภาวะการ หายใจล้มเหลว เฉียบพลัน		
2. มีภาวะเสียสมดุล สารน้ำและอิเล็กโทร ไลต์เนื่องจากมีไข้สูง	2.มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ใน ร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยมี การอาการคลื่นไส้ อาเจียน ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอก เบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี O: Electrolyte: Na130, K3.3, CO2 13.1	2.ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจาก รับประทานอาหารได้น้อยข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกรับประทานอาหารได้น้อยลง O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: ผู้ป่วยบอก รู้สึกหายใจไม่อิ่ม
3. เสียงภาวะหัวใจ ล้มเหลวเนื่องจากหัวใจ เต้นผิดปกติ	ไม่พบปัญหา	3.เสียงภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหัวใจเต้น ผิดปกติข้อมูลสนับสนุน S: บอก ไอเป็นชุดๆ เหนื่อยเพลีย มีอาการ ใจสั่น O: HR 100 ครั้ง/นาที irregular O: ประวัติมีโรคประจำตัว AF
4. เซลล์ร่างกายอาจ ได้รับออกซิเจนไม่ เพียงพอ	4.เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะชืดข้อมูลสนับสนุน S: - O: ผิวหนังและเยื่อตาซีด อ่อนเพลียมาก O: HCT20 vol% และHb 6.5 gm%	ไม่พบปัญหา

การพยาบาลระยะ	เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	รายที่ 1	รายที่ 2
5. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจน	5. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน S: - O: ผล CXR infiltration O: ใช้ 39.1 องศาเซลเซียส O: ฟังปอด Crepitation	5. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน S: - O: ผล CXR infiltration O: ใช้ 39.1 องศาเซลเซียส O: ฟังปอด Crepitation
ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูสภาพ	ไม่พบปัญหา	6. ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลียข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วย สูงอายุ 77 ปี O: ประวัติมีโรคประจำตัว Hypertension และ DM O: หายใจเหนื่อยหอบ RR 28 ครั้ง/นาที O: ใช้ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส

ทั้งสองรายคือเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง โดยมีไข้ ไอมีเสมหะ ผล CXR พบ infiltration และฟังปอดได้ยิน crepitation (รายที่ 2 มี wheezing และ RR สูงกว่า พร้อม O<sub>2</sub> sat 94% บ่งชี้ความรุนแรงมากกว่า) แนวปฏิบัติการพยาบาลจึงเน้นการประเมินภาวะหายใจและสัญญาณชีพที่ช่วงแรก การให้ออกซิเจนอย่างเหมาะสม การให้ยาปฏิชีวนะตามแผน และในรายที่ 2 เพิ่ม Tazocin/Clindamycin พร้อมยาต้านไวรัสโคโรนา รวมถึงการพักผ่อนและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ผลการประเมินชี้ว่าเป้าหมายด้านการหายใจบรรลุ: RR อยู่ในช่วง 16–24 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat ≥95% เสี่ยงผิดปกติที่ปอดลดลงและ CXR ดีขึ้น

นอกจากนั้น รายที่ 1 มีปัญหาเสียน้ำ-อิเล็กโทรไลต์และภาวะซีด (Na 130, K 3.3, CO<sub>2</sub> 13.1;

Hct 20%, Hb 6.5 g/dL) จึงดูแลสารน้ำ-อิเล็กโทรไลต์ให้ PRC และติดตามค่าแล็บใกล้ชิด จนค่าชีวเคมีและอาการดีขึ้น ส่วนรายที่ 2 เสี่ยงหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะหัวใจจากจังหวะผิดปกติ (AF) จึงเฝ้าระวังทางเดินหายใจ จัดท่า ระบายเสมหะ ประเมินหัวใจต่อเนื่อง ควบคุมอาหาร-น้ำ และเตรียมอุปกรณ์ฉุกเฉิน ส่งเสริมความทนในการทำกิจกรรมและฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนจำหน่าย สุดท้าย ทั้งสองรายมีความวิตกกังวลลดลงหลังได้รับข้อมูลและการสื่อสารอย่างเป็นระบบ บรรลุเกณฑ์ร่วม ได้แก่ อาการทั่วไปดีขึ้น สัญญาณชีพคงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญ และสามารถวางแผนต่อเนื่องหลังจำหน่ายได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน S: ไม่มีเสมหะ O: ผล CXR infiltration O: ไข้ 38.7 องศาเซลเซียส O: Lung Crepitation</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p>	<p>1. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน S: ไม่มีเสมหะ O: ไข้ 38.3 องศาเซลเซียส RR 28 ครั้ง/นาที O: O2sat=94% O: Lung Crepitation และ Wheezing BL O: ผล CXR infiltration</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p>	<p>1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำเยื่อปมูวหนังมี ลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและติดตามการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง หากอาการคงที่เปลี่ยนเป็นวัดทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนชนิด Mask with bag</p> <p>4. ให้ยาปฏิชีวนะเริ่มแรกให้ Ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำ stat than Ceftriaxone 2 gm วันละ 1 ครั้ง เปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เพิ่มยาปฏิชีวนะ Clindamycin 300 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>5. จากการศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2 มีการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้น ให้เกิดอาการกำเริบ ได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคและยากลับปฏิชีวนะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ให้ยาต้านวัณโรค -INH(100)3Xhs -Rifam(450)1xhs -PZA(500)2Xhs -Etham(400)2xhs -B61x2pc</p> <p>6. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>7. ตรวจประเมิน CBC และติดตามผลการวิเคราะห์การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อจะรักษาการติดเชื้อในปอดได้และ ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะ</p>
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>2. RR ไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที หายใจปกติ</p>	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p>2. RR ไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที หายใจปกติ</p>	

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %	3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %	เกิดขึ้นได้ เช่น การหายใจล้มเหลวการประเเมนผล การพยาบาล
4. lung ไม่มีเสียง crepitation หรือเสียง wheezing	4. ปอด ไม่มี crepitation หรือ wheezing	รายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้งเรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจน RR 20-24 ครั้งต่อนาที O2sat 95-99 % ปัญหาหนักไป วันที่ 4 มกราคม 2568
5.ผล CXR ปกติ	5. ผลCXRปกติ	รายที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้งเรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจน RR 18-22 ครั้งต่อนาที O2sat 96-99 % ปัญหาหนักไป วันที่ 6 มกราคม 2568
	2. เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันข้อมูลสนับสนุน S: ไอ มีเสียงเสมหะ O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: ประวัติมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน O: ไข้ 38.3 องศาเซลเซียส O: หายใจหอบ RR 28 ครั้ง/นาที O: O2sat94 % O: Lung Crepitation และ Wheezing O: CXR infiltration	1. ประเเมนสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที จนคงที่ แล้วประเเมนทุก 1 ชม เผื่อระวัง 2. ประเเมนการหายใจ ลักษณะการหายใจไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ดูแลทางเดินหายใจโล่ง 3. จัดท่าเคาะปอดดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เช่น การดูดเสมหะ 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง อย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจล้มเหลว 6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้ 7. ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา เช่น ยาพ่นยาฆ่าเชื้อ 8. Record I/O keep Urine Output > 25-30
	<u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory failure) เกณฑ์การประเเมน 1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน 2. ระดับความรู้สึกตัวลดลง 3. RR 16-20 ครั้งต่อนาที 4.O2sat95 % 5. Lung ไม่มี crepitation หรือ wheezing 6. CXR ไม่มี infiltration	<u>การวิเคราะห์</u> การประเเมนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะวิกฤติ ประเเมนอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้พ้นอันตรายและผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ <u>การประเเมนผลการพยาบาล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้งเรื่อง ไม่มีเกิดภาวะพร่องออกซิเจนอัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>2. มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยมีการอาการคลื่นไส้ อาเจียน ข้อมูลสนับสนุน S: เบื่ออาหารและคลื่นไส้ อาเจียน O: ผู้ป่วยสูงอายุ 74 ปี O: ผล Electrolyte : Na=130 K= 3.3 CO2 =13.1</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>1.ผู้ป่วยมีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย</p> <p>2.ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะเสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเกณฑ์</p>	<p>3. ได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานอาหารได้น้อยลง O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: รู้สึกหายใจไม่อิ่ม เหนื่อย</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u></p> <p>1.เหนื่อยเพลียลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น</p> <p>2. รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>3.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>ความความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 95-99 % ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory failure)ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 6 มกราคม 2568</p> <hr/> <p>1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง</p> <p>2.ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3.ดูแลให้ได้รับยา Elixer KCL และยาแก้อาเจียน motilium 1x3 oral ac ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>4. ประเมินติดตามผล Electrolyte</p> <p>5. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>6. ประเมินและบันทึก fluid intake and output โดยบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>7. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ขณะให้อาหารควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 – 45 องศา</p> <p>8. ดูแลทำความสะอาดปากฟัน อย่างน้อย 2-3 ครั้ง</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>การดูแลเกี่ยวกับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การติดตามอาการผู้ป่วยขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การวัดและบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายผู้ป่วยการ</p>
<p><u>การประเมิน</u></p> <p>1.เหนื่อยเพลียลดลง ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น</p> <p>2. รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>3. ผล Electrolyte ปกติ</p> <p>4.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>		<p><u>ประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>รายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากภาวะเสียสมดุลสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายผล Electrolyte Na=135 K=3.56 CO2=20.4 ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 4 มกราคม 2568</p>

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>4.เสี่ยงภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: บอกไอเป็นชุด ๆ เหนื่อยเพลีย มีอาการใจสั่น</p> <p>O: HR100 ครั้ง/นาที</p> <p>O: RR 28 ครั้ง/นาที</p> <p>O:ประวัติมีโรคประจำตัว HT และDM</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยไม่เกิด ภาวะหัวใจล้มเหลวเกณฑ์การประเมิน</p> <p>1.ไม่มีอาการหอบเหนื่อย RR20 -24 ครั้ง/นาที</p> <p>2.ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 -100 %3.HR 60 - 100 ครั้ง/นาที</p>	<p>รายที่ 2 ผู้ป่วยกินได้เพิ่มขึ้น ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ น้ำหนักตัวคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 6 มกราคม 2568</p> <p>1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ระดับความรู้สึกตัวพร้อมทั้งจัดบันทึกและรายงานแพทย์</p> <p>3.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จัดทำนอนศีรษะสูงท่า Semi Fowler</p> <p>4.วัดและบันทึกสัญญาณชีพจรทุก 4 ชั่วโมง และเพิ่มความถี่ในการบันทึกตามอาการที่เปลี่ยนแปลง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา</p> <p>5.บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>6.ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย จำกัดเกลือตามแผนการรักษา เพื่อลดปริมาณเกลือในร่างกาย</p> <p>7. ส่งตรวจ Film chest x-ray และติดตาม</p> <p>8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>ความเครียด อาหารเค็ม โรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง จะส่งผลให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ผิดปกติซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย</p> <p>เหนื่อยลดลง ใจสั่นลดลง HR 98 -110 ครั้ง/นาที RR 20-24 ครั้ง/นาที BP 132/80 mmHg O2sat 98 % ปัญหาทั้งหมดไป แต่ยังคงต้องติดตามอาการและแพทย์ Plan ให้ไปตรวจเพิ่มเติมระบบหัวใจ ที่โรงพยาบาลระนอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน</p>	<p>รายที่ 2 ผู้ป่วยกินได้เพิ่มขึ้น ไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ น้ำหนักตัวคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 6 มกราคม 2568</p> <p>1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น อาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากเมื่อนอนราบ ระดับความรู้สึกตัวพร้อมทั้งจัดบันทึกและรายงานแพทย์</p> <p>3.ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จัดทำนอนศีรษะสูงท่า Semi Fowler</p> <p>4.วัดและบันทึกสัญญาณชีพจรทุก 4 ชั่วโมง และเพิ่มความถี่ในการบันทึกตามอาการที่เปลี่ยนแปลง ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา</p> <p>5.บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 8 ชั่วโมง</p> <p>6.ดูแลให้ได้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย จำกัดเกลือตามแผนการรักษา เพื่อลดปริมาณเกลือในร่างกาย</p> <p>7. ส่งตรวจ Film chest x-ray และติดตาม</p> <p>8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมใช้</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>ความเครียด อาหารเค็ม โรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง จะส่งผลให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ผิดปกติซึ่งนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย</p> <p>เหนื่อยลดลง ใจสั่นลดลง HR 98 -110 ครั้ง/นาที RR 20-24 ครั้ง/นาที BP 132/80 mmHg O2sat 98 % ปัญหาทั้งหมดไป แต่ยังคงต้องติดตามอาการและแพทย์ Plan ให้ไปตรวจเพิ่มเติมระบบหัวใจ ที่โรงพยาบาลระนอง หลังจำหน่ายกลับบ้าน</p>
<p>3. เซลล์ร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะซีดข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบ่นไม่มีแรง อ่อนเพลีย</p> <p>O: มีโรคประจำตัว</p>		<p>1. ประเมินภาวะซีดอาการเหนื่อยอ่อนเพลียของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว</p> <p>2. ดูแลให้เลือด PRC 1 unit ตามแผนการรักษา</p>

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>O: ผิวหนังและเยื่อตาซีด</p> <p>O: Hct 25 %, Hb 6.5gm%</p> <p>O: O2 sat 95%</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน</p> <p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่มีอาการภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อยปลายมือปลายเท้าเขียว</li> <li>2. ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย</li> <li>3. Hct = 38 -47 %</li> <li>4. O2 sat &gt;= 95%</li> </ol>	<p>4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: ผล CXR infiltration</p> <p>O: ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส</p> <p>O: ฟังปอด Crepitation</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ</li> <li>2.อุณหภูมิร่างกายลดลงจากเดิม</li> </ol>	<p>3. ดูแลให้ Folic 1 tab oral OD pc ตามแผนการรักษา</p> <p>4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรมทำให้อาการเหนื่อยลดลง</p> <p>5. vital sign ทุก 4 ชม</p> <p>6.ประเมิน O2 saturation ทุก 4 ชม.</p> <p>7.ติดตามผล Hct เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย</p> <p><u>การวิเคราะห์พยาบาล</u></p> <p>ทุกคนต้องมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของความปลอดภัยจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดและปฏิบัติตามแนวทางอย่างถูกต้องการประเมินผลการพยาบาลไม่มีอาการขาดออกซิเจนที่รุนแรง PR 80 ครั้ง/นาที RR 20-24 ครั้ง/นาที O2 sat 95% ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง Hct หลังให้เลือด 28%</p>
<p>4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: ผล CXR infiltration</p> <p>O: ไข้ 38.5 องศาเซลเซียส</p> <p>O: ฟังปอด Crepitation</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ</li> <li>2.อุณหภูมิร่างกายลดลงจากเดิม</li> </ol>	<p>5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากโรคปอดอักเสบข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: -</p> <p>O: ผล CXR infiltration</p> <p>O: ไข้ 38.3 องศาเซลเซียส</p> <p>O: ฟังปอด Crepitation</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u> เพื่อให้</p> <p>ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p><u>เกณฑ์การประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ</li> <li>2.อุณหภูมิร่างกายลดลงจากเดิม</li> <li>3.ผล X-ray ปอดพบ infiltration ลดลง</li> </ol>	<p>1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามความเหมาะสมและบันทึกข้อมูลและสังเกตอาการ ดังนี้คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไข้สูง ความดันโลหิตลดลง อาจเนื่องจากช็อก</li> <li>- หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ไอมีเสมหะเป็นฟองโลหิตจางๆอาจเกิดจากปอดบวมน้ำ</li> <li>- อาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไข้สูง แม้จะให้ยาปฏิชีวนะแล้ว</li> </ul> <p>2. ในระยะพักฟื้นจะต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อไข้ลดแล้วกระตุ้นให้ผู้ป่วย ลุกเดินได้</li> </ul> <p>ตามปกติเพื่อให้สภาพของร่างกายกลับคืนสู่ปกติได้เร็วขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดร่างกายและปากฟันหลังจากรับประทานอาหารเพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย</li> </ul>

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
3.ผล X-ray ปอดพบ infiltration ลดลง	4.ไม่มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้หรือไอเป็นฟองโลหิต	- ดูแลร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่น ไม่เปียกชื้น และอยู่ในห้องที่อากาศถ่ายเทดี
4.ไม่มีอาการหายใจลำบาก นอนราบไม่ได้หรือไอเป็นฟองโลหิต	5.สัญญาณชีพปกติ	3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน
5.สัญญาณชีพปกติ		<u>การวิเคราะห์</u> การประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ การระบายอากาศ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการผิดปกติหากพบความผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้องทันที่และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
		<u>การประเมินผล</u> ทั้ง 2 ราย อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีหายใจลำบาก นอนราบได้ อุณหภูมิลดลงแล้ว ไม่กลับขึ้นใหม่อีก ผล X-ray ปอดพบ infiltration ลดลง
	6.ผู้ป่วยมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่ายและอ่อนเพลียข้อมูลสนับสนุน S: - O: ผู้ป่วยสูงอายุ 77 ปี O: ประวัติมีโรคประจำตัว Hypertensionและ DM O: หายใจเหนื่อยหอบ RR28 ครั้ง/นาที O: ไข้ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส	1.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบันทึกอาการอ่อนเพลีย 2.แนะนำการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ 3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการเกิดของโรคสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ของผู้ป่วยดีขึ้น 4.กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกิจกรรมตนเองให้ได้มากที่สุด เช่น การลุกนั่ง รับประทานอาหาร อาบน้ำ เป็นต้น เท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย 5.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยในการทำกิจกรรม 6.ประเมินสัญญาณชีพหลังจากทำกิจกรรม 7.ปรึกษากายภาพเพื่อฝึกการหายใจและฟื้นฟูปอด
	วิฤตประสงค์ทางการพยาบาลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่มีอาการหอบเหนื่อย เกณฑ์การประเมินผล	<u>การวิเคราะห์</u> ให้การพยาบาลตามอาการ เช่น การพยาบาลเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการไข้และหายใจเหนื่อยหอบ ให้การดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยา
	1.ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันได้ 2.ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเต็มใจในการทำกิจกรรม 3.ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อย	

รายที่ 1	รายที่ 2	การพยาบาล
<p>5.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับอาการ</p> <p>O: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาเกณฑ์</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น ไม่มีคิ้วขมวด บอกว่าคลายความวิตกกังวลลงและ ให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>2. ผู้ป่วยนอนหลับได้</p> <p>3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา</p>	<p>7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยและญาติบอกว่าวิตกกังวล โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการบ่อยครั้ง</p> <p>O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล</p> <p><u>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลผู้ป่วย</u></p> <p>และญาติคลายความวิตกกังวลลงและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาเกณฑ์</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้น ไม่มีคิ้วขมวด บอกว่าคลายความวิตกกังวลลงและ ให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>2. ผู้ป่วยนอนหลับได้</p> <p>3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา</p>	<p>บรรเทาอาการไอตามแผนการรักษา ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ</p> <p><u>การประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>ผู้ป่วยสามารถกลืนรับประทานอาหารบนเตียงได้ โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อยญาติช่วยเช็ดตัวให้</p> <p>บางส่วน ปัญหาทั้งหมดไป วันที่ 6 มกราคม 2568 แต่ยังคงติดตามประเมินซ้ำเมื่อกลับบ้านเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ</p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติโดยการพูดคุย เปิดโอกาสให้ ได้ระบายความรู้สึกด้วย</p> <p>2. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ไหว้ พระ ฟังเพลง</p> <p>3. แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง</p> <p>4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค แผนการรักษา</p> <p>5. แนะนำและสอนวิธีการให้การดูแลผู้ป่วยที่ญาติสามารถทำได้ เช่น การเช็ดตัว การหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบให้ที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา</p> <p>6. เปิดโอกาสให้ญาติเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น</p> <p>7. ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาได้พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับเรื่องโรค และแนวทางการรักษา</p> <p><u>การวิเคราะห์</u></p> <p>ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสามารถคลายความวิตกกังวลด้วยการให้ข้อมูลสื่อสาร การสัมผัส การได้ระบายความรู้สึก การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ</p> <p><u>การประเมินผลการพยาบาล</u></p> <p>ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วย สีหน้าสดชื่นให้ความร่วมมือในการรักษา นอนหลับได้ ปัญหาทั้งหมดไป</p>

## อภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเริ่มต้นด้วยอาการสำคัญเหมือนกัน ไข้ ไอ และหายใจหอบ สอดคล้องกับภาพทางคลินิกของปอดอักเสบ (pneumonia) แต่การสืบค้นสาเหตุเชิงจุลชีววิทยาพบความแตกต่างสำคัญ รายที่ 1 มีการติดเชื้อจำกัดที่ปอด ขณะที่รายที่ 2 มีการติดเชื้อร่วมในทางเดินหายใจคือวัณโรคปอด และเพาะเชื้อพบ *Pseudomonas aeruginosa* (รายงานว่ามีจำนวนมาก) ซึ่งเป็นเชื้อแกรมลบก่อโรคในโรงพยาบาล/ผู้ป่วยเปราะบางที่มักดื้อยาและสัมพันธ์กับการอักเสบรุนแรงของปอด ผลลัพธ์คือรายที่ 2 ต้องได้รับการรักษานานกว่า ทั้งจาก (1) ภูมิคุ้มกันและสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุวัย 77 ปีที่ฟื้นตัวช้ากว่า (2) ภาวะโรคซ้อน (วัณโรคร่วม) ที่ต้องใช้สูตรยาหลายชนิดต่อเนื่อง และ (3) ความจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อดื้อยาพร้อมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากยา

ในมิติการพยาบาล ประเด็นสำคัญคือการป้องกันและตรวจพบความล้มเหลวของระบบหายใจตั้งแต่ระยะต้น การเฝ้าระวังสัญญาณของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และการจัดการทางเดินหายใจอย่างเป็นระบบ (ท่าจัดทางเดินหายใจ การพ่นยา ภาวะภาพทรงอก การดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้) ควบคู่กับการติดตามสัญญาณชีพและ O<sub>2</sub> saturation อย่างใกล้ชิด สำหรับรายที่ 2 ต้องเพิ่มมาตรการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne precautions) และการบริหารยาหลายกลุ่ม ได้แก่ ยาต้านวัณโรคครบสูตรร่วมกับยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ *P. aeruginosa* โดยคำนึงถึงหลัก antimicrobial stewardship (ให้ยาตรงเชื้อ ระยะเวลาพอเหมาะ และทบทวนผลเพาะเชื้อ/ความไวต่อยาเพื่อ de-escalation เมื่อเหมาะสม) พร้อมประเมินโภชนาการ น้ำ อิเล็กโทรไลต์ และภาวะโลหิต

อย่างสม่ำเสมอเพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนก๊าซระดับเซลล์

สุดท้าย บทบาทพยาบาลยังครอบคลุมการให้ความรู้ผู้ป่วย ครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาให้ครบคอร์ส การเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย การป้องกันการแพร่เชื้อในบ้าน และการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย แนวทางดังกล่าวช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หายใจล้มเหลวหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และเฝ้าต่อผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและยั่งยืนมากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคร่วม

## สรุปผลการศึกษา

โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งการติดเชื้อในร่างกายมีผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกาย ในระยะแรก ร่างกายมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม อวัยวะต่างๆ จะทำงานล้มเหลว และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ พยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Pneumonia และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการ จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา ภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อกเป็นเวลานาน และลดระยะเวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติแบบเป็นเส้นทางดูแล (clinical pathway) สำหรับผู้ป่วยปอดอักเสบในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมการคัดกรองความรุนแรงตั้งแต่แรกเริ่ม (อัตราการหายใจ ความอึดตัวของออกซิเจน สัญญาณช็อก) ลำดับการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสม (เช่น CXR, CBC และพิจารณา ABG ตามข้อบ่งชี้) และเกณฑ์การส่งต่อ/ปรึกษาเฉพาะทาง พร้อมทั้งบูรณาการระบบแจ้งเตือนภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะเริ่มต้น (early sepsis warning) เพื่อให้แพทย์และพยาบาลตอบสนองได้ทันเวลาที่ ในกรณีสงสัยวัณโรคร่วมต้องใช้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศอย่างเข้มงวด (airborne precautions) และในกรณีเสี่ยงเชื้อดื้อยา เช่น *Pseudomonas aeruginosa* ให้เริ่มยาปฏิชีวนะเชิงประจักษ์ตามแนวทางของหน่วยงาน จากนั้นทบทวนและปรับลดตามผลเพาะเชื้อและความไวต่อยา (de-escalation) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและลดภาวะแทรกซ้อนจากยา

2. การพยาบาลควรมุ่งเน้นการประเมินและคงภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเป็นระบบ โดยติดตามสัญญาณชีพและค่าความอึดตัวของออกซิเจนตามรอบเวลา จัดชุดกิจกรรมดูแลทางเดินหายใจ (จัดท่า ผีกหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ พ่นยา กายภาพทรวงอก และดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้) ควบคู่กับการดูแลโภชนาการ สมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งการจัดการภาวะชืดในรายที่จำเป็น สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมและภาวะเชื้อดื้อยา ควรจัดแผนดูแลต่อเนื่องก่อน

จำหน่ายและหลังกลับบ้าน (discharge planning & follow-up) ที่ชัดเจน ครอบคลุมการนัดติดตามภายใน 7-14 วัน การทบทวนรายการยา การเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย และการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในการป้องกันการแพร่เชื้อและการยึดถือการรักษาให้ครบคอร์ส เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อน

3. หน่วยบริการควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพทีมพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพผ่านการอบรมระยะสั้นในหัวข้อการประเมินความรุนแรงของปอดอักเสบในผู้สูงอายุ การป้องกันและตรวจพบ sepsis ตั้งแต่ต้น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และมาตรการควบคุมการติดเชื้อทางอากาศ ควบคู่กับการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น เวลาเริ่มยาปฏิชีวนะครั้งแรก อัตราการปรับลดยาตามผลเพาะเชื้อภายใน 48-72 ชั่วโมง การปฏิบัติตามมาตรการ airborne ระยะเวลานอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน และอัตราภาวะแทรกซ้อนทางหายใจ โดยทำการตรวจติดตามและสะท้อนผล (audit & feedback) อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการวิจัยต่อยอดด้านผลลัพธ์ระยะยาวและความคุ้มค่า เช่น ประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมดูแลทางเดินหายใจและมาตรการควบคุมการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่มีวัณโรคร่วมหรือเชื้อดื้อยา เพื่อใช้พัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ยั่งยืน

## อ้างอิง

กรมการแพทย์. (2562). *โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2563, จาก <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-pneumonia-edit-8-10-61.pdf>



- จริยา พันธุ์วิทยากุล, และ จิราพร มณีพราย. (2561). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. *วารสารกองการพยาบาล*.
- ทิภูสิ ศรีวิสัย, และ วิมล อ่อนเส็ง. (2560). ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนจากความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนและขนส่งออกซิเจน (บ.ก.).
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, และ พรรณนิภา สืบสุข. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. ใน *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2* (บ.ก.).
- งานเวชสถิติ โรงพยาบาลระนอง. (2565). *ข้อมูลผู้ป่วยปอดอักเสบ*. โรงพยาบาลระนอง.
- วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์. (2550). โรคปอดอักเสบ. ใน *วิทยา ศรีมาตา* (บ.ก.), *ตำราอายุรศาสตร์ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 5 ปรับปรุงแก้ไข, หน้า 341–344). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *KPI3 อัตราตายผู้ป่วยปอดอักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือด แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2562). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2563, จาก [https://rng.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11](https://rng.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11)
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอักเสบในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558)*. กรุงเทพฯ: กราฟฟิคดีไซน์.
- อภิชาติ คณิตทรัพย์. (2561). ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ. ใน *ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง และคณะ* (บ.ก.), *อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ*.
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร. (2542). *โรคปอดอักเสบ: การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ*. ขอนแก่น: ศิริภรณ์อ็อฟเซ็ท.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

Development of a Care Model for Depression in Patients with  
Chronic Diseases in Sri Banphot District, Phatthalung Province.

กัญญา พรหมมาณพ

Kanya Phrommanop

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีบรรพต อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

(Received: September 10, 2025; Accepted: September 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โดยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยบูรณาการ Cognitive Theory, Chronic Care Model และ CBPR ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 42 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q), แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHO)WHOQOL-BREF) และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย content analysis

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร่วมร้อยละ 35.7 โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลักคือรายได้ต่ำ (ร้อยละ 66.6) และการศึกษาต่ำ (ร้อยละ 81.0) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น การติดตามและเฝ้าระวัง การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม และระบบส่งต่อพร้อมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์ที่บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลการทดลองใช้แสดงให้เห็นว่าคะแนนอาการภาวะซึมเศร้า (9Q) ลดลงจาก 3.79 เป็น 2.45 คะแนน ( $p=0.020$ ) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 7.80 คะแนน ( $p<0.001$ ) และผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจระดับสูง (4.27 จาก 5.0 คะแนน) รูปแบบการดูแลที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, โรคเรื้อรัง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

## Abstract

This research and development project aimed to investigate the situation and challenges in caring for patients with chronic diseases who experience depression, to develop a care model based on community participation, and to evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved a situational assessment through document review, in-depth interviews, and focus group discussions. Phase 2 focused on developing the care model by integrating Cognitive Theory, the Chronic Care Model, and the Community-Based Participatory Research (CBPR) approach. Phase 3 implemented and evaluated the model using 42 patients with chronic diseases, selected through a multistage sampling process. The instruments included the 9-Question Depression Screening (9Q), the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire, and a satisfaction survey. Quantitative data were analyzed using paired t-tests, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that 35.7% of patients with chronic diseases had comorbid depression, with the main risk factors being low income (66.6%) and low education levels (81.0%). The developed care model consisted of four core components: initial screening and diagnosis, ongoing monitoring and surveillance, psychosocial counseling, and a referral system, combined with a 10-week group activity program integrating local wisdom. The implementation of the program demonstrated significant improvements, with depression scores (9Q) decreasing from 3.79 to 2.45 ( $p = 0.020$ ), quality of life scores increasing by 7.80 points ( $p < 0.001$ ), and high participant satisfaction (mean score of 4.27 out of 5.0). The community-participatory and culturally integrated care model significantly reduced depression and improved the quality of life among patients with chronic diseases.

**Keywords:** Depression, Chronic disease, Community participation

## บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ และเป็นภาวะร่วมที่พบบ่อย (common comorbidity) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-3 เท่า ซึ่งส่งผลให้การพยากรณ์โรคขาดประสิทธิภาพ การใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น (American Psychiatric Association, 2005; Beck, 1995) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Videbeck, 2011)

ในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าในสัดส่วนที่สูง การวิจัยในจังหวัดชัยภูมิพบผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 24 และมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูงมากกว่าร้อยละ 90 (ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และคณะ, 2564) ขณะที่การศึกษาที่จังหวัดร้อยเอ็ดพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเครียดระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 78.8 และใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงอ้อมเป็นหลัก (ชนิดาวดี สายิน และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ข้อมูลระดับชาติแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยกลางคนมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยถึง 2.428 เท่า (ปิยาภรณ์ นฤภัย, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมประสิทธิผลของแนวทางการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าหลายแนวทางที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ที่สามารถลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (อังคณา ช่วยคำชู, 2554; ชารินทร์ สีสุข, 2568) การบำบัดแบบแก้ไขปัญหา

(ราตรี ทองยู และคณะ, 2554) การบูรณาการวิถีพุทธธรรม (ปรีดา เจริญโภคทรัพย์, 2562) และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (จักรกรินทร์ รัชวิจักข์, 2567) รวมถึง การพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงระบบที่บูรณาการทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (ทศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ, 2565) อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยในประเทศไทยจะชี้ให้เห็นถึงแนวทางการดูแลที่มีศักยภาพ แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เน้นรายบุคคลหรือโปรแกรมเฉพาะกิจ และยังขาดการพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงระบบที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับอำเภอ ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพยังเน้นย้ำว่าการจัดการภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลต้องคำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น (จรรยาศรี มีหนองหว้า, 2553)

จากการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสัดส่วนที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยในระดับค่อนข้างสูง แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังมีข้อจำกัด ทั้งจากระยะทางที่ไกลจากศูนย์บริการสุขภาพ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และอุปสรรคทางวัฒนธรรมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิต ปัจจุบันจึงยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น และการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อสร้างนวัตกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยพิจารณาผลลัพธ์ด้าน ระดับภาวะซึมเศร้า (ประเมินด้วย 9Q) คุณภาพชีวิต (ประเมินด้วย WHOQOL-BREF) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแล

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี (Cognitive Theory, Chronic Care Model, CBPR) และการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลในกลุ่มเป้าหมาย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลศรีบรรพตและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง
2. บุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติ

ผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.7 สำหรับการทดสอบ paired t-test โดยคาดหวัง effect size ขนาดปานกลาง (Cohen's  $d = 0.6$ ) ตามการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของอังคณา ช่วยค้าชู (2554) ที่พบ effect size = 1.35 และซารินทร์ สีสุข (2568) ที่พบการลดลงของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3-20.3 ซึ่งเมื่อแปลงเป็น Cohen's  $d$  อยู่ในช่วง 0.5-0.8 จึงใช้ค่าปานกลางที่ 0.6 เพื่อความระมัดระวังในการประมาณ กำหนดค่า  $\alpha = 0.05$  และ power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 42 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดย 1) คัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่งในพื้นที่ศึกษา และหน่วยงานปฐมภูมิและองค์กรรวม 1 แห่ง 2) จัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละ รพ.สต. 3) คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

ผู้เข้าร่วมการศึกษาต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม 2Q (แบบคัดกรองซึมเศร้า 2 คำถาม) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถสื่อสารภาษาไทยได้และเข้าใจคำแนะนำ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือความน่าเชื่อถือของการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือการสื่อสารที่รุนแรง มีประวัติโรคจิตเภทหรืออาการทางจิตรุนแรงอื่น ๆ หรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรงที่อาจกระทบต่อการเข้าร่วมโครงการ

### กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรสาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วย จะคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อย โดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประวัติการเจ็บป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q และ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) กรมสุขภาพจิต เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้ 2Q สำหรับการคัดกรองเบื้องต้น และ 9Q สำหรับการประเมินความรุนแรงของอาการ

1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – BREF) เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อความทางลบ 3 ข้อ และข้อความทางบวก 23 ข้อ โดยแต่ละข้อมีการให้คะแนน 5 ระดับ คะแนนรวมตั้งแต่

26-130 คะแนน ซึ่งแบ่งเป็นระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง (61-95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องต่อกิจกรรมและรูปแบบการดูแลที่ได้รับ

1.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพ และครอบครัว เพื่อเข้าใจประสบการณ์และความต้องการในการดูแลสุขภาพจิต รวมถึงการรับรู้ต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

1.6 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้ในการประชุมร่วมกับทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงการดูแลและระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล

#### 2. เครื่องมือในการดำเนินการ

2.1 คู่มือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และการบูรณาการกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Cognitive Theory, Chronic Care Model และ CBPR โดยมีเนื้อหาหลักครอบคลุม 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น แนวทางการติดตามและเฝ้าระวัง กระบวนการให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

2.2 โปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์ ใช้ในการทดลองรูปแบบ โดยมีกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการสร้างพลังทางสังคม (Social support) กิจกรรมแต่ละสัปดาห์ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบริบทชุมชน

2.3 แผนการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Manual) ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรสาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วย เพื่อสะท้อนปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

2.4 แบบฟอร์มบันทึกการติดตาม (Follow-up Record Form) ใช้บันทึกผลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม การตอบสนองต่อโปรแกรม ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดำเนินการใน 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยการประเมิน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เครื่องมือถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การพยาบาลโรคเรื้อรัง และการวิจัยชุมชน พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่า IOC  $\geq 0.5$  ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–0.95

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดำเนินการโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Pilot test) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมายจำนวน 30 ราย ในพื้นที่นอกเหนือจากพื้นที่ศึกษา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อประเมินความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่าความเชื่อมั่น  $\geq 0.7$  โดยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9

คำถาม ค่าความเชื่อมั่น 0.89 แบบสอบถาม WHOQOL-BREF ค่าความเชื่อมั่น 0.94 และแบบประเมินความพึงพอใจ ค่าความเชื่อมั่น 0.87

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้อาศัยกรอบแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Planning) ศึกษาสภาพปัญหาและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง โดยใช้ข้อมูลจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q และ 9Q การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยง อุปสรรค และช่องว่างของระบบการดูแลในปัจจุบัน

2. การพัฒนาและวางแผน (Action) ใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกับกรอบแนวคิดทางทฤษฎี (Cognitive Theory, Chronic Care Model, CBPR) และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านการคัดกรอง การติดตาม การให้คำปรึกษา และการส่งต่อ พร้อมทั้งจัดทำ คู่มือโปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์ และแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยผ่านการทบทวนและเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3. การดำเนินการและเก็บข้อมูล (Observation) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง จำนวน 42 ราย โดยจัดกิจกรรม

ตามโปรแกรม 10 สัปดาห์ พร้อมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมิน 9Q และ WHOQOL-BREF เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ตลอดจนแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม

4. การสะท้อนผลและปรับปรุง (Reflection) วิเคราะห์ผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) และคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ร่วมกับการวิเคราะห์ความคิดเห็นอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และ อสม. ผลลัพธ์ที่ได้ถูกนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะทางการปรับปรุงรูปแบบการดูแล เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้อย่างยั่งยืน

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการในระยะเวลาที่ 1-3 ของการวิจัย โดยใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

##### 1. ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1.1 การคัดกรอง ใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีบรรพตและ รพ.สต. 6 แห่ง

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อเก็บข้อมูลประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการด้านการดูแล

1.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จัดประชุมกับบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. เพื่อระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะของระบบการดูแลในปัจจุบัน

##### 2. ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ

2.1 ใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกับทีมวิจัยออกแบบ "รูปแบบการดูแล" และกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์

2.2 การดำเนินโปรแกรม ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมรายสัปดาห์ที่เน้นการจัดการความเครียด การเสริมสร้างสุขภาพจิต การดูแลตนเอง และการสร้างเครือข่ายสังคม

2.3 การติดตาม มีการบันทึกผลการเข้าร่วมและการเปลี่ยนแปลงรายบุคคลด้วยแบบฟอร์มบันทึกการติดตาม

##### 3. ระยะที่ 3 การประเมินผล

###### 3.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1.1 แบบประเมิน 9Q (ประเมินภาวะซึมเศร้า) และ WHOQOL-BREF (คุณภาพชีวิต) เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเริ่มโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม

3.1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแล

###### 3.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และ อสม. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3.2.2 การสนทนากลุ่ม เพื่อตรวจสอบความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ



### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูล ลักษณะทั่วไปและคะแนนเครื่องมือวัด สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน 9Q และ WHOQOL-BREF ก่อนและหลังการทดลอง

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ

### จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/416

### ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป ทางคลินิก และสภาพจิตสังคมของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=42)

ลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย±SD
ข้อมูลประชากรศาสตร์			
เพศชาย	8	19.0	
เพศหญิง	34	81.0	
อายุ (ปี)			65.1±10.8
- 18-39 ปี	1	2.4	
- 40-59 ปี	11	26.2	
- 60 ปีขึ้นไป	30	71.4	
ระดับการศึกษา			
- ประถมศึกษา	34	81.0	
- มัธยมศึกษา	5	11.9	
- อุดมศึกษา	3	7.1	
อาชีพ			
- เกษตรกรรม/ทำสวน	19	45.2	
- งานบ้าน	16	38.1	
- รับจ้าง/ค้าขาย/อื่นๆ	7	16.7	
ลักษณะทางคลินิก			
ระยะเวลาป่วยซึมเศร้า (ปี)			6.7±5.2
ระยะเวลาป่วยโรคเรื้อรัง (ปี)			10.8±6.8



## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย±SD
สถานภาพสังคม-เศรษฐกิจ			
สถานภาพสมรส	30	71.4	
สถานภาพหม้าย/แยกกันอยู่/โสด	12	28.6	
รายได้ <5,000 บาท/เดือน	25	59.5	
รายได้ ≥5,000 บาท/เดือน	14	33.3	
ไม่มีรายได้	3	7.1	
ผู้ดูแลเป็นบุตร	24	57.1	
ผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา	16	38.1	
ผู้ดูแลอื่นๆ	2	4.8	

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.0) อายุเฉลี่ย 65.1±10.8 ปี และเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 71.4) สะท้อนกลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้สูงอายุที่มีความชุกของโรคเรื้อรังสูง ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 81.0) มีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 71.4) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำสวน (ร้อยละ 45.2) หรืองานบ้าน (ร้อยละ 38.1) รวมร้อยละ 83.3 สอดคล้องกับลักษณะประชากรชนบทภาคใต้

ด้านสุขภาพและการดูแล ผู้เข้าร่วมป่วยเป็นโรคเรื้อรังเฉลี่ย 10.8±6.8 ปี และมีอาการซึมเศร้าเฉลี่ย

6.7±5.2 ปี แสดงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังระยะยาวที่อาจกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร (ร้อยละ 57.1) หรือคู่สมรส (ร้อยละ 38.1) รวมร้อยละ 95.2 บ่งชี้บทบาทสำคัญของระบบสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.5) และบางรายไม่มีรายได้ (ร้อยละ 7.1) รวมร้อยละ 66.6 ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจจำกัด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมต่อภาวะซึมเศร้า และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ระดับภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วย 9Q

ตารางที่ 2 การกระจายระดับภาวะซึมเศร้าและลักษณะทางคลินิก (n=42)

ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนน 9Q	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีอาการซึมเศร้า	0-6	27	64.3
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	7-12	10	23.8
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	13-18	3	7.1
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	≥ 19	2	4.8
<b>รวม</b>		<b>42</b>	<b>100.0</b>
<b>คะแนนเฉลี่ย±SD</b>	<b>3.79±4.51</b>		

หมายเหตุ: ผู้เข้าร่วมการศึกษาผ่านการคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม 2Q ของกรมสุขภาพจิต

จากตารางที่ 2 การประเมินด้วย 9Q พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษา 42 ราย มีการกระจายระดับภาวะซึมเศร้านี้ ไม่มีอาการซึมเศร้า (0-6 คะแนน) 27 ราย (ร้อยละ 64.3) ซึมเศร่าระดับน้อย (7-12 คะแนน) 10 ราย (ร้อยละ 23.8) ซึมเศร่าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) 3 ราย (ร้อยละ 7.1) ซึมเศร่าระดับรุนแรง (> 19 คะแนน) 2 ราย (ร้อยละ 4.8) และไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร่าระดับรุนแรงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.79±4.51 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร่าตามเกณฑ์มาตรฐาน มีเพียงร้อยละ 35.7 ที่มีอาการระดับน้อยขึ้นไป และร้อยละ 11.9 ที่มีอาการระดับปานกลางขึ้นไป ข้อมูลมีการกระจายแบบเบ้ขวาด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง (4.51) แสดงถึงความแปรปรวนของระดับอาการที่หลากหลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. ผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการทฤษฎี Cognitive Theory, Chronic Care Model และ

Community-Based Participatory Research (CBPR)

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น แนวทางการติดตามและเฝ้าระวัง กระบวนการให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง พร้อมทั้งโปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์ที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบการดูแลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การพยาบาลโรคเรื้อรัง และการวิจัยชุมชน ผลการประเมิน Index of Item-Objective Congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.75-0.85 แสดงถึงความเหมาะสมในระดับดี และได้รับการทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย เพื่อปรับปรุงความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ผลการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมสำหรับการทดลองใช้และประเมินผลในระยะต่อไป

### 3. ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแล

#### 3.1 ผลลัพธ์ด้านระดับภาวะซึมเศร้า (9Q)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนน 9Q และการวิเคราะห์แยกกลุ่มย่อย (n=42)

ระยะเวลา	M	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI	P-value
<b>ผู้เข้าร่วมทั้งหมด</b>							
ก่อนการทดลอง	3.79	4.51	ต่ำ				
หลังการทดลอง	2.45	3.15	ต่ำ	-1.34	2.43	-2.46 ถึง -0.22	0.020*
<b>แยกตามระดับอาการเริ่มต้น</b>							
<b>ไม่มีภาวะซึมเศร้า/อาการน้อยที่สุด (0-6) (n=27)</b>							
ก่อนการทดลอง	1.48	1.31	ต่ำ				
หลังการทดลอง	1.04	1.48	ต่ำ	-0.44	1.43	-1.10 ถึง 0.22	0.166
<b>มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (7-12) (n=10)</b>							
ก่อนการทดลอง	6.40	1.43	ปานกลาง				
หลังการทดลอง	4.50	3.27	ต่ำ	-1.90	1.73	-4.33 ถึง 0.53	0.115
<b>มีอาการซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป <math>\geq 13</math> (n=5)</b>							
ก่อนการทดลอง	13.80	3.27	สูง				
หลังการทดลอง	8.40	6.84	ปานกลาง	-5.40	1.35	-12.91 ถึง 2.11	0.199

หมายเหตุ: \*  $p < 0.05$  มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนน 9Q ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในผู้เข้าร่วม 42 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก  $3.79 \pm 4.51$  เป็น  $2.45 \pm 3.15$  คะแนน โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย  $-1.34$  คะแนน (95% CI =  $-2.46$  ถึง  $-0.22$ ,  $p = 0.020$ ) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงผลเชิงบวกของโปรแกรมในการลดอาการซึมเศร้าในภาพรวม

อย่างไรก็ตาม เมื่อแยกวิเคราะห์ตามระดับอาการเริ่มต้น พบว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ (9Q = 0-6) มีคะแนนลดลงเล็กน้อย (เฉลี่ย  $-0.44$  คะแนน,  $p = 0.166$ ) ขณะที่กลุ่มระดับน้อย (9Q = 7-12) ลดลงเฉลี่ย

$-1.90$  คะแนน ( $p = 0.115$ ) และกลุ่มระดับปานกลางขึ้นไป (9Q  $\geq 13$ ) ลดลงเฉลี่ย  $-5.40$  คะแนน ( $p = 0.199$ ) แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละกลุ่ม แต่แนวโน้มแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอาการรุนแรงตั้งแต่ต้นมีแนวโน้มตอบสนองต่อโปรแกรมได้ดีกว่า

ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่า นัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มรวมอาจเกิดจากการรวมผลของกลุ่มย่อยที่มีลักษณะอาการต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการชัดเจนแต่มีขนาดตัวอย่างจำกัด ซึ่งอาจจำเป็นต้องศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลลัพธ์

**ตารางที่ 4** การเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังโปรแกรม

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม	ความเปลี่ยนแปลง
	n (%)	n (%)	n (%)
ไม่มีอาการ (0-6 คะแนน)	27 (64.3)	33 (78.6)	+6 (+14.3)
ระดับน้อย (7-12 คะแนน)	10 (23.8)	7 (16.7)	-3 (-7.1)
ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	3 (7.1)	2 (4.8)	-1 (-2.3)
ระดับรุนแรง ( $\geq 19$ คะแนน)	2 (4.8)	0 (0.0)	-2 (-4.8)

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (9Q = 0-6) เพิ่มขึ้น จาก 27 ราย (ร้อยละ 64.3) เป็น 33 ราย (ร้อยละ 78.6) หรือเพิ่มขึ้น 6 ราย (ร้อยละ 14.3) ขณะที่จำนวนผู้ป่วย ในระดับซึมเศร้าระดับน้อยถึงรุนแรงลดลงในทุกระดับ ได้แก่ ระดับน้อยจาก 10 ราย (ร้อยละ 23.8) เหลือ 7 ราย (ร้อยละ 16.7) ระดับปานกลางจาก 3 ราย (ร้อยละ 7.1) เหลือ 2 ราย (ร้อยละ 4.8) และระดับรุนแรงจาก 2

ราย (ร้อยละ 4.8) เหลือ 0 ราย (ร้อยละ 0.0) การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงระดับอาการ ไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยไม่มีรายใดที่แสดงอาการทรุดลง หรือเปลี่ยนไปสู่อาการระดับที่รุนแรงขึ้น ผลลัพธ์จึง ชี้ให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกของโปรแกรมในการลดระดับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี อาการไม่รุนแรงในช่วงเริ่มต้น

### 3.2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบคะแนน WHOQOL-BREF ก่อนและหลังโปรแกรม (n=42)

ด้าน	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม	Mean difference	95%CI	t	p-value
	M $\pm$ SD	M $\pm$ SD	M			
คุณภาพชีวิตโดยรวม (26-130)	78.85 $\pm$ 8.20	86.65 $\pm$ 7.77	+7.80	4.42 ถึง 11.18	4.54	<0.001**
สุขภาพกาย (7-35)	21.72 $\pm$ 4.06	23.87 $\pm$ 3.64	+2.15	0.91 ถึง 3.39	3.48	<0.01**
สุขภาพจิต (6-30)	18.73 $\pm$ 3.30	20.58 $\pm$ 2.88	+1.85	0.84 ถึง 2.86	3.67	<0.01**
ความสัมพันธ์ทางสังคม (3-15)	9.25 $\pm$ 1.92	10.17 $\pm$ 1.83	+0.92	0.33 ถึง 1.51	3.15	<0.01**
สิ่งแวดล้อม (8-40)	23.08 $\pm$ 3.84	25.36 $\pm$ 3.52	+2.28	1.12 ถึง 3.44	3.95	<0.001**

หมายเหตุ: \* p<0.001 มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนรวม WHOQOL-BREF ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้เข้าร่วมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก  $78.85 \pm 8.20$  เป็น  $86.65 \pm 7.77$  คะแนน (Mean difference = +7.80, 95% CI = 4.42 ถึง 11.18,  $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย คะแนนเพิ่มขึ้นจาก  $21.72 \pm 4.06$  เป็น  $23.87 \pm 3.64$  คะแนน (Mean difference = +2.15, 95% CI = 0.91

ถึง  $3.39$ ,  $p < 0.01$ ) ด้านสุขภาพจิต คะแนนเพิ่มขึ้นจาก  $18.73 \pm 3.30$  เป็น  $20.58 \pm 2.88$  คะแนน (Mean difference = +1.85, 95% CI = 0.84 ถึง 2.86,  $p < 0.01$ ) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก  $9.25 \pm 1.92$  เป็น  $10.17 \pm 1.83$  คะแนน (Mean difference = +0.92, 95% CI = 0.33 ถึง 1.51,  $p < 0.01$ ) ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก  $23.08 \pm 3.84$  เป็น  $25.36 \pm 3.52$  คะแนน (Mean difference = +2.28, 95% CI = 1.12 ถึง 3.44,  $p < 0.001$ )

### 3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจ

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม (n=42)

รายการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย±SD	ระดับความพึงพอใจ
ความเหมาะสมของเนื้อหา	4.23±0.67	มาก
ความเข้าใจง่าย	4.15±0.78	มาก
ประโยชน์ที่ได้รับ	4.45±0.59	มากที่สุด
ความหลากหลายของกิจกรรม	4.28±0.71	มาก
ความเหมาะสมของเวลา	4.12±0.83	มาก
การมีส่วนร่วม	4.38±0.62	มาก
<b>ความพึงพอใจโดยรวม</b>	<b>4.27±0.65</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 6 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมจำนวน 42 ราย พบว่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” (เฉลี่ย  $4.27 \pm 0.65$ ) โดยหัวข้อที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือ “ประโยชน์ที่ได้รับ” ( $4.45 \pm 0.59$ ) ซึ่งอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ขณะที่หัวข้ออื่น ๆ ได้แก่ ความหลากหลายของกิจกรรม ( $4.28 \pm 0.71$ ), การมีส่วนร่วม ( $4.38 \pm 0.62$ ), ความเหมาะสมของเนื้อหา ( $4.23 \pm 0.67$ ), ความเข้าใจง่าย ( $4.15 \pm 0.78$ ) และความเหมาะสมของเวลา ( $4.12 \pm 0.83$ ) ล้วนอยู่ในระดับ “มาก” ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในทุกด้าน โดยเฉพาะใน

ด้านประโยชน์ที่ได้รับและการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมในภาพรวม

### 3.4 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

3.4.1 ผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสนทนากลุ่มกับผู้เข้าร่วมจาก 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. เขาปู่ และ รพ.สต. บ้านศาลา มะปราง พบประเด็นสำคัญ 6 ประการ

1) ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ ผู้เข้าร่วมให้คุณค่าอย่างมากต่อการสื่อสารที่

เคารพ ไม่ตัดสิน ส่งเสริมความกล้าเปิดเผยปัญหา ขณะที่  
การสื่อสารเชิงลบส่งผลเสียต่อความรู้สึกคุณค่าในตนเอง

2) การตระหนักถึงสุขภาพ  
กาย-จิต ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงของสุขภาพจิตและ  
โรคทางกาย ส่งผลต่อการเข้าร่วมรักษาอย่างมี  
ความหมายมากขึ้น

3) ทักษะการดูแลตนเอง  
และพลังภายใน การฝึกสมาธิ สวดมนต์ และแนวทาง  
คลายเครียดจากโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแล  
ตนเอง และฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น

4) บทบาทของครอบครัว  
และชุมชน การมีหรือขาดการสนับสนุนจากครอบครัวมี  
ผลอย่างมากต่อความสามารถในการรักษาและการฟื้นฟู

5) อุปสรรคจากความเชื่อ  
และการตีตรา ความกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยาและ  
การถูกมองในแง่ลบเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้ารับ  
บริการสุขภาพจิต

6) การเปลี่ยนแปลงเชิงบวก  
หลายรายเปลี่ยนจากผู้ป่วยเป็นผู้สนับสนุนผู้อื่น เกิดการ  
ตื่นรู้ทางจิตวิญญาณ และฟื้นคืนคุณค่าในการดำรงชีวิต

3.4.2 ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ  
ของโปรแกรม การวิเคราะห์เชิงคุณภาพชี้ให้เห็นปัจจัย  
สำคัญที่ส่งเสริมความสำเร็จของโปรแกรม ได้แก่ การ  
สร้างสัมพันธ์ภาพที่ปลอดภัยและไม่ตัดสินจากบุคลากร  
การบูรณาการกิจกรรมทางศาสนาเข้ากับการดูแล  
สุขภาพจิต การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองอย่างรอบ  
ด้าน การใช้เครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน  
และการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการผ่านการดูแลใน  
พื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

## อภิปรายผล

### สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอ  
ศรีบรรพตมีภาวะซึมเศร้าร่วมร้อยละ 35.7 สูงกว่า  
การศึกษาของณัฐภัสสร์ นวลสีทอง และคณะ (2564) ที่  
พบร้อยละ 23.97 ความแตกต่างนี้เกิดจากการใช้  
เครื่องมือประเมินที่ต่างกัน (9Q มีความไวสูงกว่า TGDS)  
และบริบทเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ชายแดนใต้ที่ซับซ้อน  
กว่า

ปัจจัยเสี่ยงหลักที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน  
กลุ่มนี้ คือ รายได้ต่ำ (ร้อยละ 66.6 มีรายได้ต่ำกว่า  
5,000 บาทต่อเดือน) และการศึกษาต่ำ (ร้อยละ 81.0  
จบประถมศึกษา) สอดคล้องกับงานวิจัยของ  
ณัฐภัสสร์ นวลสีทอง และคณะ (2564) ที่พบ  
ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่ำและการศึกษาต่ำกับ  
ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ พบระยะเวลาป่วยโรคเรื้อรัง  
เฉลี่ย 10.8 ปี และมีอาการซึมเศร้าเฉลี่ย 6.7 ปี  
สอดคล้องกับรายงานของปิยาภรณ์ นฤภัย (2566) ที่  
ระบุว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโอกาสซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป  
ถึง 2.428 เท่า

การศึกษาเชิงคุณภาพระบุอุปสรรคหลักในการ  
ดูแล 3 ประเภท คือ อุปสรรคทางกายภาพ (การเดินทาง  
ไกลและการขาดแคลนบุคลากร) อุปสรรคทาง  
วัฒนธรรม (การตีตราทางสังคมและความกลัวการใช้ยา  
จิตเวช) และอุปสรรคเชิงระบบ (การขาดการบูรณาการ  
บริการโรคกายและจิต) สอดคล้องกับข้อเสนอของจรรยา  
ศรี มีหนองหว่า (2553)

### การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลในระยะที่  
สองเป็นจุดแข็งหลักของการศึกษานี้ โดยบูรณาการ

กรอบทฤษฎี 3 แนวทาง คือ 1) ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Theory) เพื่อจัดการการรับรู้ที่คลาดเคลื่อน สอดคล้องกับการใช้ CBT ของอังคณา ช่วยค้าชู (2554) 2) รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เพื่อเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (CBPR) เพื่อสร้าง การมีส่วนร่วมและความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน คือ (1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q และ 9Q ใน ระดับปฐมภูมิ (2) การติดตามและส่งต่อผู้ป่วยที่ เหมาะสม (3) การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคมโดยผสาน เทคนิค CBT กับภูมิปัญญาท้องถิ่น และ (4) ระบบส่งต่อ ผู้ป่วยอาการรุนแรงไปยังระดับทุติยภูมิอย่างมี ประสิทธิภาพ

องค์ประกอบหลักของโปรแกรมคือกิจกรรม กลุ่ม 10 สัปดาห์ ครอบคลุมการเสริมสร้างสุขภาพจิต การจัดการความเครียด (การหายใจเข้าลึกและการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ) การดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ พร้อมสร้างเครือข่าย สนับสนุนทางสังคมผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผสมผสานวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กับกิจกรรมท้องถิ่น เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ และคำสอนทางศาสนา

รูปแบบนี้มีนวัตกรรม 3 ประการ คือ การ บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น (การสวดมนต์และการทำ สมาธิ) ให้เข้ากับวัฒนธรรมภาคใต้ การเน้นการป้องกัน ในกลุ่มเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรง ซึ่งแตกต่าง จากการศึกษาของอังคณา ช่วยค้าชู (2554) และ ชารินทร์ สีสุข (2568) และการใช้เครือข่าย อสม. และ ครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งไม่ค่อยพบในงานวิจัยอื่น การดำเนินการตามแนวทาง CBPR ทำให้ได้รูปแบบที่ สอดคล้องกับความต้องการจริงและเหมาะสมทาง วัฒนธรรมของชุมชน อีกทั้งมีศักยภาพในการดำเนินการ

อย่างยั่งยืน รูปแบบนี้ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.75–0.85 แสดงความเหมาะสมในระดับดี

### การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแล

ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลแสดงให้เห็น ถึงประสิทธิผลการลดลงของอาการภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยที่วัดด้วย 9Q ลดลงจาก 3.79 เป็น 2.45 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.020$ ) แม้ว่า ขนาดผลลัพธ์ (Effect Size) ที่พบจะเล็กกว่าการศึกษา ของ อังคณา ช่วยค้าชู (2554) ที่รายงานการลดลงของ คะแนนภาวะซึมเศร้าจาก 25.40 เป็น 10.90 (ซึ่งใช้ เครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน) หรือการศึกษาของ ชารินทร์ สีสุข (2568) ที่พบการลดลงร้อยละ 13.3 อย่างไรก็ตาม การลดลงของคะแนนในครั้งนี้ ยังคงสอดคล้องกับ ลักษณะของประชากรเป้าหมาย (ซึ่งมีอาการซึมเศร้าใน ระดับน้อยถึงน้อยที่สุดก่อนการใช้รูปแบบ) และบรรลุ วัตถุประสงค์ของการศึกษาในการช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ใน ระดับ "ไม่มีภาวะซึมเศร้า" ( $9Q < 7$ )

ความแตกต่างของขนาดผลกระทบนี้อธิบายได้ จากสามปัจจัย คือ ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่มี อาการซึมเศร้ารุนแรง (ร้อยละ 64.3 ไม่มีอาการ) ทำให้ เกิด floor effect ที่จำกัดพื้นที่การเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ของโปรแกรมที่เน้นการป้องกันมากกว่าการ รักษา และระยะเวลาของโปรแกรม 10 สัปดาห์ที่ยาว กว่าการศึกษาอื่น (4-8 สัปดาห์)

การวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบแนวโน้มสำคัญ แม้ไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากขนาดตัวอย่างจำกัด กลุ่มที่ มีคะแนน 9Q ตั้งแต่ 13 ขึ้นไป ลดลง 5.40 คะแนน กลุ่ม คะแนน 7-12 ลดลง 1.90 คะแนน และกลุ่มไม่มีอาการ ลดลง 0.44 คะแนน ผลลัพธ์นี้แสดง dose-response relationship ที่ผู้มีอาการรุนแรงกว่าตอบสนองต่อ

โปรแกรมได้ดีกว่า ซึ่งสมเหตุสมผลและสอดคล้องกับ  
หลักการทางคลินิก

ประสิทธิผลต่อคุณภาพชีวิต คะแนน  
WHOQOL-BREF เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน โดย  
คุณภาพชีวิตรวมเพิ่มขึ้น 7.80 คะแนน ( $p < 0.001$ ) การ  
เปลี่ยนแปลงครอบคลุมสุขภาพกาย สุขภาพจิต  
ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม แสดง  
ประสิทธิผลองค์รวมของโปรแกรมที่ไม่เพียงลดอาการ  
ซึมเศร้า แต่ยังส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในมิติต่างๆ  
สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เชื้อมทอง และคณะ  
(2565)

ความพึงพอใจและการยอมรับ ผู้เข้าร่วม  
โปรแกรมมีความพึงพอใจระดับสูง โดยมีคะแนนความ  
พึงพอใจโดยรวม 4.27 จาก 5.0 คะแนน และประเด็น  
"ประโยชน์ที่ได้รับ" ได้คะแนนสูงสุด 4.45 ซึ่งอยู่ในระดับ  
"มากที่สุด" เปรียบเทียบได้กับการศึกษาของทัศนีย์ เชื้อม  
ทอง และคณะ (2565) ที่พบความพึงพอใจร้อยละ  
94.89 การที่ผู้เข้าร่วมให้คุณค่าสูงสุดกับประโยชน์ที่  
ได้รับแสดงว่าโปรแกรมตอบสนองความต้องการจริงของ  
กลุ่มเป้าหมายได้มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การวิเคราะห์เชิง  
คุณภาพพบปัจจัยแห่งความสำเร็จหลายประการ การ  
สร้างสัมพันธภาพปลอดภัยระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย  
โดยเฉพาะการสื่อสารที่ไม่ตัดสินและให้การยอมรับ เป็น  
รากฐานสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยปัญหา ความ  
เหมาะสมทางวัฒนธรรมของโปรแกรม โดยเฉพาะการบูร  
ณาการกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ต่าง  
ตอบสนองและเพิ่มการยอมรับ การเสริมสร้างพลัง  
ภายในผ่านทักษะการดูแลตนเองและเทคนิคการคลาย  
เครียด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจในการจัดการปัญหา  
และการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายครอบครัวและ

ชุมชนเข้มแข็งช่วยสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการฟื้นฟู  
และการดูแลต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. การปรับเกณฑ์การคัดกรองให้ มี  
ความจำเพาะ จากผลการศึกษาที่พบผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่  
(64.3%) ไม่มีอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์ 9Q ควรใช้เกณฑ์  
 $9Q \geq 5$  คะแนนเป็นเกณฑ์เข้าร่วมโปรแกรม แทนการใช้  
2Q เพียงอย่างเดียว เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม  
กับการแทรกแซง

2. การพัฒนาโปรแกรมแบบ Stepped Care  
ตามระดับอาการ เนื่องจากกลุ่มที่มี  $9Q \geq 10$  มีแนวโน้ม  
ตอบสนองต่อโปรแกรมดีกว่า ควรจัดกิจกรรมเข้มข้น  
เพิ่มเติมสำหรับกลุ่มนี้ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล  
2-3 ครั้ง หรือการยืดระยะเวลาโปรแกรมเป็น 12-16  
สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยใช้โปรแกรม  
มาตรฐาน 10 สัปดาห์

3. การบูรณาการกับระบบ NCD ที่มีอยู่ เพื่อ  
ความยั่งยืน ควรรวมการประเมินสุขภาพจิตเข้ากับการ  
นัดติดตามโรคเรื้อรังปกติ และจัดกิจกรรมกลุ่มควบคู่ไป  
กับ NCD club ที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล เพื่อลดภาระงานและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาแบบ Cluster Randomized  
Controlled Trial เนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม  
ควรทำ cluster RCT โดยสุ่มในระดับโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลที่  
พัฒนาขึ้นกับการดูแลมาตรฐาน ใช้ขนาดตัวอย่างอย่าง  
น้อย 200 ราย (effect size 0.3, power 80%) เพื่อ  
ยืนยันประสิทธิผลอย่างชัดเจน

2. การติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน การศึกษานี้ประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ควรติดตามผลที่ 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการลดอาการซึมเศร้า รวมทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น เช่น ค่า HbA1c และความดันโลหิต และการใช้บริการสุขภาพ

3. การศึกษาเฉพาะกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจน จากผลที่พบว่ากลุ่ม  $9Q \geq 10$  มีแนวโน้มตอบสนองดีกว่า แต่มีขนาดตัวอย่างเพียง 5 ราย ควรทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มนี้ด้วยขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 60 ราย เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างชัดเจน และเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า

## อ้างอิง

- จรรยาศรี มีหนองหว้า. (2553). ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30-43*.
- จักรกรินทร์ รัชวิจักข์. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(2), 94-102*.
- ชนิดาวดี สายีน, นิชพันธ์ุระวี เฟื่องพล, พรรณงาม วรรณพฤกษ์, กิรณานันท์ สนธิธรรม, เครือวัลย์ ดิษเจริญ, ณัฐณณัฏ หารศิริ, จีราพรรณ บุรีแก้ว, พิไลวรรณ คากีระ, ณัฐธิดา ทองจัตุ, ณัฐพร อามาตสมบัติ, และณัฐชัย จับตะเฒ่า. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 23(3), 67-75*.
- ชารินทร์ สีสุข. (2568). ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 3(1), 51-63*.
- ณัฐภัสสญ์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภัทรวรินทร์ ภัทศิริสมบุญ. (2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 16(2), 79-89*.
- ทศนีย์ เชื่อมทอง, อารีรัช งานงศ์ผล, และกรรติน ทองซ้อย. (2565). การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 15(2), 159-173*.
- ปรีดา เจริญโภคทรัพย์. (2562). ผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิถีพุทธธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 1(1), 25-35*.



ปิยาภรณ์ นฤภัย. (2023). *อิทธิพลของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยวัยกลางคน และวัยสูงอายุ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD).

<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/12862>

ราตรี ทองยู, วรรณมา คงสุริยะนาวิณ, อติทยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง, และสิริวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2554). ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 78-92.

อังคณา ช่วยคำชู. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศราร่วม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 70-81.

American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.

Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.

Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต่อความรู้ใน  
การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์  
Effectiveness of Discharge Planning Program for Colorectal Cancer Patients  
on the Knowledge of Adverse Reactions Management After Receiving  
Chemotherapy, Uttaradit Hospital

สุดารัตน์ คำกูล<sup>1</sup> สิริกานดา แสงรุจิธรรม<sup>1</sup>  
Sudarat Kamkoon<sup>1</sup> and Sirikanda Saengrujitham<sup>1</sup>

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

(Received: September 1, 2025; Accepted: September 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) แบบ Interrupted Time Series มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์ และระดับความวิตกกังวลหลังได้รับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบ METHOD-P กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยสมุดประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด คู่มือการดูแลตนเอง สื่อวีดิทัศน์ และเอกสารสูตรยาเคมีบำบัด ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบติดตามอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด และ (2) แบบทดสอบความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ 0.95 และ 0.97 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบผลภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  เช่นเดียวกับคะแนนอาการไม่พึงประสงค์และคะแนนความวิตกกังวลหลังรับยาเคมีบำบัดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  เมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย, รูปแบบ METHOD-P, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก



## Abstract

This quasi-experimental research utilized a two-group pretest–posttest design with an interrupted time series to compare knowledge of adverse reaction management, adverse reactions, and anxiety after chemotherapy between colorectal cancer patients who participated in the discharge planning program based on the METHOD-P model and those who received routine care. The study was conducted among seventy colorectal cancer patients admitted to the female surgical ward at Uttaradit Hospital from February to May 2024, comprising 35 participants in the experimental group and 35 in the control group. The intervention consisted of a patient handbook, self-care manual, educational video, and chemotherapy regimen booklet. Data were collected using (1) an adverse reaction monitoring form and (2) a knowledge test on managing chemotherapy-related adverse reactions. Both instruments demonstrated strong validity and reliability, with KR-20 coefficients of 0.95 and 0.97, respectively. Data were analyzed using both descriptive statistics and inferential statistics, including paired t-tests and independent t-tests.

Results revealed that the experimental group had significantly higher mean scores of knowledge and lower mean scores of adverse reactions and anxiety after participating in the METHOD-P discharge planning program compared to pre-intervention and the control group ( $p < .001$ ).

**Keywords:** discharge planning, METHOD-P model, colorectal cancer

## บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบมากเป็นอันดับสาม และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 1.8 ล้านคน และเสียชีวิตจำนวน 881,000 คน พบเป็นอันดับสองในเพศชาย และยังคงพบเป็นอันดับสามในเพศหญิง โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 382 ราย ส่วนใหญ่มักพบโรคอยู่ในระยะแพร่กระจาย ร้อยละ 39.80 (ศุภนุช ไร่แดง, 2566) การรักษาขึ้นอยู่กับระยะของโรคในขณะที่ตรวจพบ โดยการรักษาที่ได้ผลดี คือการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการให้รังสีรักษา ในปัจจุบันแนวทางการรักษาในระยะแพร่กระจายที่ยังสามารถผ่าตัดรอยโรคได้ คือ การผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy) (กัมพล อินทรทะกุล, 2563) โดยยาที่ใช้เป็นมาตรฐานของการรักษานั้นมีหลายสูตร ซึ่งสูตรที่นิยมใช้ในกรณีโรคแพร่กระจายสู่ระยะที่ 3 หรือ 4 ได้แก่ สูตร FOLFOX4 ประกอบด้วย ยาเคมีบำบัด 3 ชนิด ได้แก่ ลิวโควอริน (leucovorin), ออกซาลิพลาติน (oxaliplatin) และ 5-ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) กำหนดให้เป็นรอบ (cycle) ทั้งหมด 12 รอบ แต่ละรอบมีระยะห่างกัน 2 สัปดาห์ นอกจากนี้มีการใช้ยาในกลุ่มมุ่งเป้าและภูมิคุ้มกัน ออกฤทธิ์เฉพาะจุดหรือสร้างภูมิคุ้มกันที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง (อังคินันท์ พรหมนิมิต, 2565) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อรับยาเคมีบำบัด แต่บางครั้งขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องเผชิญกับกิจกรรมต่างๆ เช่น ตรวจเลือด การเปิดหลอดเลือดดำ เพื่อให้ยาเคมีบำบัด ในขณะที่หลังรับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด

คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รู้สึกไม่สะดวกสบายร่างกาย จนนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว ไม่มีเรี่ยวแรง มีแผลในปาก ท้องเสีย พยาธิสภาพจากไขกระดูกถูกกด ได้แก่ อาการเหนื่อยง่ายจากเม็ดเลือดแดงต่ำ การติดเชื้อง่ายจากเม็ดเลือดขาวต่ำ เลือดออกง่ายหยุดยากจากเกร็ดเลือดต่ำ อีกทั้งสภาพด้านจิตใจอารมณ์สังคมและเศรษฐกิจ ความเครียดและความกังวล (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2558) จากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ แบบแผนของชีวิต บทบาทของตนเองในสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความรู้สึกวิตกกังวล กลัวโรคแพร่กระจาย รักษาไม่หาย ส่งผลต่อปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยอาจตอบสนองโดยการหนีปัญหาไม่เอาใจใส่ การดูแลตนเองและสุดท้าย คือ การไม่มารับการรักษาต่อเนื่องหรือยุติการรักษาในที่สุด (กมลวรรณ โชตินิพัทธ์, 2561)

หออผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากสถิติปี 2564-2566 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้ามารับการรักษา จำนวน 620, 560, 590 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.80, 90.78, 85.32 ตามลำดับ และพบสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 3 ครั้ง จากการทบทวนสาเหตุการกลับรักษาซ้ำ พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 5.27, 2.67, 6.33 ตามลำดับ เกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ร้อยละ 5.95, 2.69, 3.44 ตามลำดับ (โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 2566) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเองรวมถึงการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมในการช่วยเหลือดูแลและช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวางแผนการจำหน่าย จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาก

เพราะผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม (กัมพล อินทรทะกุล, 2563) ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะต้องมีการวางแผนการจำหน่ายให้พร้อมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง สอนผู้ป่วยให้มีความรู้ ความสามารถที่จะจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องผู้ป่วยอาจต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์ (กมลวรรณ โชติ นิ พัทธ์, 2561) เพราะฉะนั้นกระบวนการวางแผนจำหน่ายจึงต้องทำให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้คือตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนกระทั่งจำหน่ายและควรมีการติดตามประเมินซ้ำเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ

จากการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมพบว่าขาดการประเมินและไม่มีกระบวนการดูแลด้านจิตใจ การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งมีการวางแผนการจำหน่ายที่ช้าโดยจะสอนวันที่ผู้ป่วยกลับบ้านทำให้ผู้ป่วยพร้อมความรู้ที่เพียงพอในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด ขาดการประเมินซ้ำเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งยังไม่มีรูปแบบการติดตามอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดซึ่งชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมยังมีประสิทธิภาพที่ไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการแก้ปัญหาเรื่องนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์

สร้างเป็นโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ METHOD - P ซึ่งประกอบด้วย M : Medication ความรู้เรื่องยา E : Environment and Economic สิ่งแวดล้อมและภาวะเศรษฐกิจ T : Treatment แนวทางการรักษา H : Health ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย O: Out patient referral ระบบการดูแลต่อเนื่อง D : Diet โภชนาการที่เหมาะสม โดยนำการดูแลด้านจิตใจมาประยุกต์ใช้ P : Psychological support เพราะการดูแลด้านจิตใจเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการดูแลแบบองค์รวม ร่วมกับผู้ป่วยมีความรู้ทักษะในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เมื่อได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องจะสามารถช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถลดจำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนได้ ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P กับกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบเดิม

## สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบเดิม

2. อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P กับ กลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายรูปแบบเดิม แตกต่างหรือไม่ อย่างไร

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยใช้รูปแบบการออกแบบการวิจัยแบบ สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) ลักษณะ Interrupted Time Series ซึ่งเป็นการวัดผล การเปลี่ยนแปลงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากประชากรดังกล่าว โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันและเหมาะสมต่อการทดลอง

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือมะเร็งทวารหนัก

2. ได้รับยาเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษาอย่างน้อย 1 รอบ

3. มีสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการรักษา เช่น การติดเชื้อเฉียบพลันหรือภาวะเกล็ดเลือดต่ำรุนแรง

3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ครบตลอดระยะเวลาการวิจัย

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 70 คน โดยแบ่งเป็น

กลุ่มทดลอง 35 คน ซึ่งได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ METHOD-P

กลุ่มควบคุม 35 คน ซึ่งได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รูปแบบ METHOD-P ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Orem's Self-Care Theory

และแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Care) โดยประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 7 องค์ประกอบ ดังนี้

1.1 M (Medication): ให้ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด ชื่อยา ขนาดยา ผลข้างเคียง วิธีป้องกัน และแนวทางจัดการเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์

1.2 E (Environment & Economic): ประเมินและให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและสภาพเศรษฐกิจของผู้ป่วย เพื่อให้เอื้อต่อการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้าน

1.3 T (Treatment): ชี้แจงแนวทางการรักษา การดูแลแผลผ่าตัด การควบคุมความเจ็บปวด และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

1.4 H (Health): ให้คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการสังเกตอาการผิดปกติ

1.5 O (Outpatient Referral): วางแผนการนัดติดตามและให้ข้อมูลช่องทางการติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

1.6 D (Diet): แนะนำอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

1.7 P (Psychological Support): สนับสนุนด้านจิตใจโดยใช้การให้คำปรึกษา การรับฟังอย่างเข้าใจ การให้กำลังใจ และการส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเอง

โปรแกรม METHOD-P ถูกจัดกิจกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมแนวทางเดียวกัน จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1: ก่อนการให้ยาเคมีบำบัด (เตรียมความพร้อมและให้ข้อมูลเบื้องต้น)

ครั้งที่ 2: ระหว่างการรักษา (ทบทวนและให้คำแนะนำเพิ่มเติม)

ครั้งที่ 3: ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (วางแผนดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้านและนัดติดตามผล)

เครื่องมือที่ใช้ประกอบโปรแกรม ได้แก่ สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก สื่อวีดิทัศน์ ให้ความรู้ และเอกสารสูตรยาเคมีบำบัดของแต่ละราย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และคะแนนสถานะสมรรถภาพร่างกาย (ECOG score) มีลักษณะคำถามทั้งแบบปลายเปิดและแบบเลือกตอบ

2.2 แบบสอบถามความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวทางของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2564) และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตอบถูก-ผิด โดยให้คะแนน 1 สำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 สำหรับคำตอบที่ผิดหรือไม่ตอบ

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์และความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด เป็นแบบบันทึกรายวันที่ใช้สำหรับติดตามอาการของผู้ป่วย ทั้งระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ให้ผู้ป่วยจดบันทึกอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย หรืออาการชาตามปลายมือปลายเท้า พร้อมระบุความถี่และระยะเวลาการเกิดอาการ

2.4 แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale: Thai HADS) พัฒนาโดย Zigmond และ Snaith (1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดย แปลโดยผู้ช่วย ศาสตราจารย์นพ. ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (1966) ใช้วัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นด้านความวิตกกังวล 7 ข้อ และด้านภาวะซึมเศร้า 7 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert 4 ระดับ (0-3 คะแนนต่อข้อ) คะแนนรวมในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ ด้านมะเร็งวิทยา และด้านสถิติการวิจัย โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อ (IOC)  $\geq 0.80$

#### 2. ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.1 แบบทดสอบความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.95

2.2 แบบติดตามอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.97

2.3 แบบประเมิน HADS มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.89

#### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1 การเตรียมการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมให้กับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจจึงให้ลงนามในแบบแสดงความยินยอม (Informed Consent Form)

#### ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยและทีมพยาบาลเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทุกคนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ แบบบันทึกอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ และแบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Thai HADS) เพื่อวัดค่าก่อนการทดลอง

ระยะที่ 3 การดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มทดลอง (n=35) ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ METHOD-P ซึ่งดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม มีการให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว การสาธิต และการใช้สื่อการสอน (คู่มือ วิดีทัศน์ และเอกสารประกอบ) ในช่วงก่อนจำหน่าย และติดตามผลผ่านแบบบันทึกอาการขณะอยู่ที่บ้าน

กลุ่มควบคุม (n=35) ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาลโดยไม่มีการใช้โปรแกรม METHOD-P

หลังจากสิ้นสุดการให้ยาเคมีบำบัด 1 รอบการรักษา (ประมาณ 3-4 สัปดาห์) ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกัน ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ แบบบันทึกอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์ และแบบประเมิน Thai HADS เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง

ผู้วิจัยควบคุมความเที่ยงของข้อมูลโดยการอบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลให้เข้าใจวิธีการอธิบายแบบสอบถาม การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ความรู้การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย การติดตามอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการวางแผนจำหน่าย ภายในของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบนอนโรงพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบนอนโรงพยาบาล 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน

1.1 กลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 34.3) มีอายุเฉลี่ย 53.65 ปี อายุสูงสุด 65 ปี และอายุต่ำสุด 28 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรสคู่ (ร้อยละ 80.0) ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับอาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.) (ร้อยละ 37.1) ประกอบอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 25.7) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 22.9) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-25,000 บาท (ร้อยละ 45.7) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลส่วนใหญ่คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 48.6) ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 60.0) ผลการประเมินสมรรถภาพร่างกายตามคะแนน ECOG Score พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับ 2 หมายถึง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมและมีอาการแสดงของโรค (ร้อยละ 42.9) ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.9) ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5) ร้อยละ 25.7

1.2 กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี และ 41-50 ปี เท่ากัน (ร้อยละ 37.1) มีอายุเฉลี่ย 52.14 ปี อายุสูงสุด 64 ปี และอายุต่ำสุด 29 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรสคู่ (ร้อยละ 82.9) และระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับ อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.) (ร้อยละ 42.8) ประกอบอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 28.6) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 25.7) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-25,000 บาท (ร้อยละ 48.6) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลส่วนใหญ่คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 48.6) ระยะเวลาที่ป่วยอยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 68.8) ผลการประเมินสมรรถภาพร่างกายตามคะแนน ECOG Score พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนระดับ

1 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติแต่มี  
อาการของโรคเล็กน้อย (ร้อยละ 42.9) ดัชนีมวลกาย  
(BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5–22.9) ร้อยละ  
57.1 รองลงมาคือ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5) ร้อย  
ละ 22.9

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มของ  
ความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่  
พึงประสงค์ และภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้  
ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการ  
วางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P พบว่ามีค่าเฉลี่ย  
คะแนนความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์  
หลังรับยาเคมีบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  
12.04 เป็น 15.16 คะแนน ( $t = 5.205, p < .001$ )  
ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมี

บำบัดลดลงจาก 4.78 เป็น 3.21 คะแนน ( $t = 4.525, p < .001$ ) คะแนนอาการวิตกกังวลลดลงจาก 15.36 เป็น  
12.14 คะแนน ( $t = 4.879, p < .001$ ) และคะแนน  
ภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 11.09 เป็น 7.25 คะแนน ( $t = 5.231, p < .001$ ) (ดังตารางที่ 1)

กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ผู้ป่วยที่ได้รับการ  
พยาบาลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ย  
คะแนนความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์  
เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 12.02 เป็น 13.21 คะแนน แต่ไม่  
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 1.874, p = .071$ ) เช่นเดียวกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมี  
บำบัด อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการ  
เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย โดยไม่พบความแตกต่าง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์ และภาวะทาง  
จิตใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	SD.	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
ความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์	12.04	2.06	15.16	1.07	5.205	<.001*
อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดขณะกลับไป รักษาต่อที่บ้าน	4.78	0.96	3.21	0.94	4.525	<.001
อาการวิตกกังวล	15.36	1.64	12.14	1.96	4.879	<.001
อาการซึมเศร้า	11.09	3.62	7.25	1.98	5.231	<.001
กลุ่มควบคุม						
ความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์	12.02	2.14	13.21	1.21	1.874	.071
อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดขณะกลับไป รักษาต่อที่บ้าน	4.25	1.02	4.36	1.04	0.292	.772
อาการวิตกกังวล	15.21	2.24	16.02	1.43	1.180	.249
อาการซึมเศร้า	10.32	3.13	9.14	2.04	1.223	.233

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ *Independent t-test* พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันก่อนเข้ารับการทดลอง

หลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการจัดการกับ

อาการไม่พึงประสงค์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.675, p < .001$ ) ขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.177, p = .003$ ) รวมถึงมีค่าเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.193, p < .001$ ) และมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.574, p = .015$ ) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P มีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งยังช่วยลดผลกระทบทางกายและจิตใจที่เกิดจากการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ อาการไม่พึงประสงค์ และภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	M	SD.	M	SD		
ก่อนทดลอง						
ความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์	12.02	2.14	12.04	2.06	.026	.979
อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดขณะกลับไปรักษาต่อที่บ้าน	4.25	1.02	4.78	0.96	1.465	.153
อาการวิตกกังวล	15.21	2.24	15.36	1.64	.209	.835
อาการซึมเศร้า	10.32	3.13	11.09	3.62	.623	.538
หลังการทดลอง						
ความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์	13.21	1.21	15.16	1.07	4.675	.000
อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดขณะกลับไปรักษาต่อที่บ้าน	4.36	1.04	3.21	0.94	3.177	.003
อาการวิตกกังวล	16.02	1.43	12.14	1.96	6.193	.000
อาการซึมเศร้า	9.14	2.04	7.25	1.98	2.574	.015

## อภิปรายผล

### ความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ หลังรับยาเคมีบำบัด

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 12.04 เป็น 15.16 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจาก 12.02 เป็น 13.21 คะแนน โดยผลต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการตนเองต่ออาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานของกัมพล อินทรทะกุล และคณะ (2020) ที่ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก 18.47 เป็น 26.33 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของรูปแบบ METHOD-P ในการเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น คู่มือ วิดีทัศน์ และแบบฝึกหัดที่ให้ผู้ป่วยทบทวนด้วยตนเอง

ในทำนองเดียวกัน งานของ Duangchan, Steffen, & Matthews (2022) ที่สำรวจการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั่วประเทศ พบว่าพยาบาลที่มีการอบรมเฉพาะทางและใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายตามกรอบ D-METHOD จะสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งชี้ว่าการจัดทำโปรแกรมจำหน่ายที่

เป็นระบบช่วยยกระดับความรู้ของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

นอกจากนี้ งานของ Polat และคณะ (2014) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่โรงพยาบาล Hacettepe University ประเทศตุรกี พบว่าคุณภาพชีวิตและความเข้าใจเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยมีการรับรู้ความสำคัญของการจัดการอาการและสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นภายใน 6 เดือนหลังการให้ความรู้ ซึ่งยืนยันว่าการเตรียมความรู้ตั้งแต่ระยะก่อนจำหน่ายมีผลต่อผลลัพธ์การดูแลตนเองในระยะยาว

ขณะเดียวกัน งานวิจัยต่างประเทศของ Tuominen และคณะ (2021) ที่พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แบบเสริมพลัง (Empowering Education Program) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในประเทศฟินแลนด์ ยังเน้นให้พยาบาลใช้วิธี *teach-back method* เพื่อยืนยันความเข้าใจของผู้ป่วยในแต่ละหัวข้อ ซึ่งแนวทางนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจำและนำไปปฏิบัติได้จริงมากขึ้น โดยคาดว่าจะเพิ่มคะแนนความรู้และการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญในระยะติดตามผลสองเดือน

ผลลัพธ์ของการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem's Self-Care Theory ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างอิสระ ผ่านกระบวนการเรียนรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริงเมื่อกลับบ้าน ซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาลเชิงรุก (Proactive Nursing Care)

### ผลด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัด

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P มีค่าเฉลี่ยของอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดลดลงจาก 4.78 เป็น 3.21 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญก่อนและหลังการทดลอง ผลนี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่เน้นองค์ประกอบทั้งด้านความรู้ การเตรียมความพร้อม การสนับสนุนด้านจิตใจ และการดูแลต่อเนื่อง สามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานของ Chare Joo, Navidian และ Sharifi (2020) ซึ่งประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเหนื่อยล้า และอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และยังมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นอย่างเด่นชัด

ผลดังกล่าวสนับสนุนว่า การวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการไม่พึงประสงค์ได้ดีขึ้นจากการได้รับข้อมูล การติดตามผล และการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ งานของ Rukwong, Utsawapat, Kachainchai และ Wisawatapnimit (2021) ที่พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยใช้แนวคิด METHOD-P และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem พบว่า กลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงมีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนได้สำเร็จร้อยละ 100 เทียบกับกลุ่มควบคุมร้อยละ 76 ( $p = .011$ ) และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่าการ

เตรียมการจำหน่ายที่เน้นการประเมินปัญหา การให้ความรู้เฉพาะบุคคล และการสนับสนุนทางจิตใจ สามารถลดความรุนแรงของอาการและเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับ งานของ Li และ Liu (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรม Incremental Patient Care Program (IPCP) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่าผู้ที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนอาการ (Symptom Score) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .002$ ) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .035$ ) ซึ่งชี้ว่าการให้ความรู้และการติดตามต่อเนื่องช่วยลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในบริบทของประเทศไทย Rodaree และคณะ (2025) ที่ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายในเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีการติดเชื้อ ไม่มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ และไม่กลับมารักษา โดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราภาวะแทรกซ้อนอยู่ที่ร้อยละ 5-10 ( $p < .01$ ) ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของการวางแผนจำหน่ายเชิงรุก ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัยปัจจุบันสามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดของ Orem's Self-Care Deficit Theory ซึ่งระบุว่าความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันและจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างเหมาะสม การที่ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้เฉพาะด้านยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพกายใจ และการเตรียมการรับมือกับอาการข้างเคียง จึงช่วยลดโอกาส

เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพได้เร็วขึ้น

### ผลด้านภาวะทางจิตใจ (ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า)

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงจาก 15.36 เป็น 12.14 คะแนน และคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงจาก 11.09 เป็น 7.25 คะแนน โดยทั้งสองตัวแปรมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผลนี้สะท้อนว่าโปรแกรม METHOD-P ซึ่งมีองค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางจิตใจ (Psychological Support: P) มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อย่างชัดเจน

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานของ Li และ Liu (2019) ที่ศึกษาผลของ Incremental Patient Care Program (IPCP) ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดเสริม โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้า (HADS-D) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $p = .035$ ) แม้ว่าความวิตกกังวล (HADS-A) จะลดลงเพียงเล็กน้อยแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวยืนยันว่าโปรแกรมที่มุ่งเสริมความรู้และสนับสนุนด้านอารมณ์สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ Polat และคณะ (2014) ศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ก่อนเริ่มยาเคมีบำบัด พบว่าหลังการให้ความรู้ 6 เดือน ผู้ป่วยมีคะแนน

คุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และระดับความวิตกกังวล-ซึมเศร้ามลดลง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิต (EQ-5D index) กับคะแนน HAD-A/HAD-D ซึ่งหมายความว่า เมื่อคุณภาพชีวิตดีขึ้น ระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้ามจะลดลงเช่นกัน

ผลนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า “การให้ความรู้และเตรียมความพร้อมทางจิตใจ” เป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะทางอารมณ์ลบในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อีกทั้ง งานของ Chare Joo, Navidian และ Sharifi (2020) ยังรายงานว่าการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนด้านการทำงานทางอารมณ์และสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .0001$ ) พร้อมกับอาการทางกาย เช่น ความเหนื่อยล้าและอาการปวด ลดลงอย่างเด่นชัด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดระบบการวางแผนจำหน่ายไม่เพียงช่วยจัดการอาการทางกาย แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะทางจิตใจด้วย

ในบริบทของประเทศไทย ผลการวิจัยของ Rukwong และคณะ (2021) ที่พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยใช้แนวคิด METHOD-P พบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการจัดการอาการรบกวนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่าการให้การสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลและด้านจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและมีพลังใจในการรับมือกับการเจ็บป่วยมากขึ้น Care ที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การวางแผนจำหน่ายที่ดีไม่เพียงมุ่งเน้นการให้ความรู้เท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญกับผลข้างเคียงและลดความกลัวต่อการรักษา นอกจากนี้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและ

การติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย ยังช่วยลดความรู้สึกลดเดี่ยวและเพิ่มความรู้สึกรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติ

1.1 โรงพยาบาลและหน่วยบริการที่ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัด ควรนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P ไปปรับใช้เป็นแนวทางมาตรฐาน เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้สามารถจัดการอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

1.2 พยาบาลควรใช้คู่มือ สมุดประจำตัวผู้ป่วย และสื่อวีดิทัศน์ประกอบในกระบวนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการติดตามผลอย่างต่อเนื่องหลังกลับบ้าน

1.3 ควรมีการพัฒนาาระบบติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำและประเมินอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างต่อเนื่อง

#### 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรบรรจุแนวทางการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ METHOD-P เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งแบบองค์รวมในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

2.2 หน่วยงานต้นสังกัด เช่น กรมการแพทย์หรือสถาบันมะเร็งแห่งชาติ อาจพิจารณาสนับสนุนการอบรมพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในการจัดทำแผนจำหน่ายและติดตามผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและลดภาวะภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

#### 3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม METHOD-P ในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งเต้านมหรือมะเร็งปอด เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านอาการไม่พึงประสงค์และภาวะทางจิตใจในกลุ่มโรคต่าง ๆ

3.2 ควรขยายระยะเวลาการติดตามผลหลังจำหน่าย เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองในระยะยาว

3.3 ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้โปรแกรม METHOD-P เปรียบเทียบกับการดูแลตามแนวทางปกติ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับโรงพยาบาลและเขตสุขภาพ

### อ้างอิง

- กมลวรรณ โชตินิพิฐ, และศราวดี อุ่พุดินันท์. (2562). ผลของการใช้วีดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. *วารสารการแพทย์ทหารเรือ*, 46(2), 441–451.
- กัมพล อินทรทะกุล, ชูริภรณ์ สีลกันตสูติ, อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์, บุชบา ศุภวัฒน์ธนสมบัติ, และปิยรัตน์ ภาคลักษณ์. (2563). ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยใช้รูปแบบ METHOD-P ต่อความรู้ในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาล*, 22(1), 1–13
- โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2566). *รายงานสถิติการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ปีงบประมาณ 2564–2566*. อุตรดิตถ์: โรงพยาบาลอุตรดิตถ์.

- ■ ■
- ศุภนุช ไร่แต่ง, นัทธมน วุฒานนท์, และวราวรรณ อุดมความสุข. (2566). ผลของการสร้างจินตภาพต่ออาการคลื่นไส้  
ขย้อนและอาเจียนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์*,  
30(1), 1–13.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2558). *การดูแลผู้ป่วยระหว่างและหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข.
- อังศินันท์ พรหมนิมิตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2565). การศึกษาความเป็นไปได้ของแอปพลิเคชันการ  
จัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(2), 40–52.\*
- Chare Joo, S., Navidian, A., & Sharifi, S. (2020). Evaluating the effectiveness of planned discharge program  
in the quality of life of gastrointestinal cancer patients undergoing chemotherapy: A clinical trial  
study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 9(1), e101442. <https://doi.org/10.5812/msnj.101442>
- Duangchan, C., Steffen, A., & Matthews, A. K. (2022). Discharge planning practice for patients with  
colorectal cancer in Thailand. *Nursing Practice Today*, 9(4), 293–302.  
<https://doi.org/10.18502/npt.v9i4.11201>
- Li, J., & Liu, X. (2019). Incremental patient care program decreases anxiety, reduces depression and  
improves the quality of life in patients with colorectal cancer receiving adjuvant  
chemotherapy. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 18(4), 2789–2798.  
<https://doi.org/10.3892/etm.2019.7877>
- Manote Lotrakul. Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADs) Thai version. Journal of  
the Psychiatrist Association of Thailand ( Internet ) : 1996 ( cited 2021 May 12 ) ; Available  
from URL: <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/hads.html> Thai.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Polat, U., Arpacı, A., Demir, S., Erdal, S., & Yalcin, Ş. (2014). Evaluation of quality of life and anxiety and  
depression levels in patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: Impact of patient  
education before treatment initiation. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 5(4), 270-275.  
<https://doi.org/10.3978/j.issn.2078-6891.2014.034>
- Rukwong, P., Utsawapat, M., Kachainchai, S., & Wisawatapnimit, P. (2021). The development of discharge  
planning model for end-stage cancer patient. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(1),  
266–280.

Tuominen, L., Ritmala-Castrén, M., Nikander, P., Mäkelä, S., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2021).

Empowering patient education on self-care activity among patients with colorectal cancer – a research protocol for a randomised trial. *BMC Nursing*, 20(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00617-z>

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ  
ในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Influence of Health Literacy on the Desirable Behaviors of the Elderly  
in Khao Phra Subdistrict, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province.

ชนิล ละม้าย

Chanil Lamai

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจุฬาภรณ์พัฒนา2 อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: July 18, 2025; Accepted: September 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional research) ครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรคือผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจุฬาภรณ์พัฒนา2 จำนวน 803 คน กำหนดขนาดกลุ่มได้ 267 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อแบบไม่คืน มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 98.13 (262 คน) เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 3 ตอน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.54) อายุเฉลี่ย 70.98 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.11) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 58.78) มีรายได้เฉลี่ย 5,187.40 บาท ต่อเดือน ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอเพียงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.18) โดยทักษะการเข้าถึงมีผู้ที่มีความรอบรู้ในระดับดีสูงสุด (ร้อยละ 66.03) ในขณะที่ทักษะการไต่ถามมีปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 50.38) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.27) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และทักษะการตัดสินใจ สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ร้อยละ 71.00 ( $R^2 = 0.710$ ,  $F = 153.587$ ,  $p = 0.003$ ) โดยทักษะการไต่ถามมีอิทธิพลสูงสุด (Beta = 0.201) รองลงมาคือทักษะการตัดสินใจ (Beta = 0.161) และทักษะการเข้าใจ (Beta = 0.132) ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการไต่ถามโดยจัดกิจกรรมฝึกอบรมเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุกล้าสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยเชิงลึกด้วยวิธีการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุ

## Abstract

This cross-sectional research aimed to study the level of health literacy, the level of desirable health behaviors, and the influence of health literacy on desirable health behaviors among older adults in Khao Phra Subdistrict, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province. The population consisted of 803 socially active older adults in the area under the responsibility of Ban Chulabhorn Phatthana 2 Subdistrict Health Promoting Hospital. The sample size was determined to be 267 people using simple random sampling by drawing names without replacement, with a response rate of 98.13% (262 people). The research instrument was a three-part questionnaire comprising general information, health literacy, and desirable health behaviors, using a 5-point rating scale. The instrument was validated for content validity and reliability. Data were collected through interviews and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that the majority of participants were female (59.54%), with a mean age of 70.98 years, had primary education (85.11%), were engaged in agriculture (58.78%), and had an average monthly income of 5,187.40 baht. Most older adults had an adequate level of health literacy (46.18%), with access skills showing the highest proportion of good literacy levels (66.03%), while inquiry skills showed the most problems (50.38%). Desirable health behaviors were mostly at a moderate level (65.27%). Multiple regression analysis revealed that comprehension skills, inquiry skills, and decision-making skills together predicted desirable health behaviors at 71.00% ( $R^2 = 0.710$ ,  $F = 153.587$ ,  $p = 0.003$ ), with inquiry skills having the highest influence (Beta = 0.201), followed by decision-making skills (Beta = 0.161) and comprehension skills (Beta = 0.132). Programs should be developed to promote inquiry skills by organizing training activities to build confidence in older adults to communicate with healthcare personnel, as well as conducting in-depth studies using mixed-methods research to develop more effective strategies.

**Keywords :** Health literacy, Desirable behaviors, Older adults

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) และมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันอยู่ที่ 31.1 หมายความว่า ประชากรวัยทำงานจำนวน 100 คน จะต้องรับผิดชอบและดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 31 คน หรือผู้สูงอายุ 1 คน จะต้องมีการวัยทำงานประมาณ 3 คนในการดูแล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

การเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็วนี้ส่งผลกระทบต่อในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพซึ่งเป็นเรื่องสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ ผู้สูงอายุมักเผชิญปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม และการหกล้ม ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมาก (กรมอนามัย, 2564) การศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การนอนหลับไม่เพียงพอ และการมีปัญหสุขภาพจิต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ซึ่งมีภาวะพึ่งพิงสูง (กรมอนามัย, 2564)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 2000) การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักมีสุขภาพที่แย่กว่า มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่า และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (Baker et al., 2007; Wolf et al., 2010) การศึกษาล่าสุดในบริบทสากลยืนยันว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น มีการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kim & Oh, 2020; Liu et al., 2023) นอกจากนี้ ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองในการจัดการสุขภาพ (self-efficacy) ซึ่งเป็นตัวกลางสำคัญที่เชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติ (Choi, 2020)

ในบริบทประเทศไทย การศึกษาของวิชดานพเสริฐและคณะ (2566) ในกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .353, p < 0.001$ ) โดยพบว่า ทักษะการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด การศึกษายังพบว่า แม้ผู้สูงอายุจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ยังมีปัญหาในทักษะการไต่ถามและการนำความรู้ไปใช้ใน

ชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทย ที่ผู้สูงอายุมักให้ความสำคัญและเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์ จึงไม่กล้าตั้งคำถามหรือขอคำอธิบายเพิ่มเติม

ตำบลเขาพระ อำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามแนวโน้มของประเทศ ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้จำกัด และมีระดับการศึกษาไม่สูงนัก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดอาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิง จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อให้ทราบถึงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมทั้งความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรอบรู้ด้าน

สุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์และแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะพึ่งพิง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมสูงวัยที่กำลังเผชิญอยู่

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

#### ตัวแปรต้น

#### ตัวแปรตาม

**ตัวแปรต้น**

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับเป็นประจำ)
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
  1. ทักษะการเข้าถึง
  2. ทักษะการเข้าใจ
  3. ทักษะการโต้ถาม
  4. ทักษะการตัดสินใจ
  5. ทักษะการนำไปใช้

**พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูล จังหวัด**

## รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจุฬารณพัฒนา2 ตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 803 คน

**กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling)** ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาร์โร ยามาเน่ (1967) จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 267 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อของผู้สูงอายุ แบบไม่คืน

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)**

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคมในพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจุฬารณพัฒนา2 ตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน และเข้าใจคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

(3) มีสติสัมปชัญญะและสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

(4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์มความยินยอม

(5) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือโรคทางจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการตอบแบบสอบถาม

**เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)**

(1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล

(2) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็นในระดับที่ส่งผลต่อการเข้าใจแบบสอบถามและการให้ข้อมูล

(3) ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือต้องการถอนตัวจากการศึกษา

(4) ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตตำบลเขาพระเป็นระยะเวลาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน

## เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้อาศัยแนวความคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้สำหรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการป้องกันโรคและการใช้ยา และด้านสุขภาพจิตและสังคม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือ

ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่ เพื่อนำมาประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

(1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว และแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับเป็นประจำ

(2) ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้มีน้ำหนักคะแนนในแต่ละระดับโดยกำหนด ดังนี้

4	หมายถึง	ทำได้ง่ายมาก
3	หมายถึง	ทำได้ง่าย
2	หมายถึง	ทำได้ยาก
1	หมายถึง	ทำได้ยากมาก
0	หมายถึง	ไม่ได้ทำ

(3) ตอนที่ 3 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้มีน้ำหนักคะแนนในแต่ละระดับ โดยกำหนด ดังนี้

5	หมายถึง	เป็นประจำ
4	หมายถึง	บ่อยครั้ง
3	หมายถึง	บางครั้ง
2	หมายถึง	นานๆ ครั้ง
1	หมายถึง	ไม่เคย

#### การรวบรวมข้อมูล

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2 ภายหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับสาธารณสุขอำเภอพิบูลย์ เพื่อการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3 ผู้วิจัยดำเนินงานประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อบริการเข้าเก็บข้อมูล

4 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

5 ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 –45 นาที

6 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

(2) อธิบายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

(3) อธิบายอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยใช้การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่โครงการ 16/2568 วันที่รับรอง 28 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นความลับ และผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม

### สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มีอัตราการตอบ

กลับร้อยละ 98.13 (มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้น 262 คน) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.54) มีอายุเฉลี่ย 70.98 ปี โดยกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี (ร้อยละ 53.05) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส และอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 67.94 และ 64.89 ตามลำดับ) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.11) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 58.78) ด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 5,187.40 บาทต่อเดือน โดยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.51) มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท สำหรับแหล่งข้อมูลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเป็นประจำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลัก (ร้อยละ 62.98) รองลงมาคือโรงพยาบาล/สถานพยาบาล (ร้อยละ 15.65) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 262)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	106	40.46
หญิง	156	59.54
<b>2. อายุ</b>		
60-70 ปี	139	53.05
71-80 ปี	96	36.64
81 ปีขึ้นไป	27	10.31
Mean ± S.D. (Min : Max)	70.98 ± 6.83 (60 : 93)	
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	7	2.67
คู่	178	67.94
หม้าย	71	27.09
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	2.30

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	2.29
ประถมศึกษา	223	85.11
มัธยมศึกษาตอนต้น	17	6.49
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11	4.20
อนุปริญญา/ปวส.	3	1.15
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	0.76
<b>5. อาชีพ</b>		
ไม่มีอาชีพ	64	24.43
ค้าขาย	20	7.63
รับจ้าง	19	7.25
เกษตรกรกรรม	154	58.78
ธุรกิจส่วนตัว	5	1.91
<b>6. รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>		
น้อยกว่า 10,000 บาท	245	93.51
10,000-20,000 บาท	14	5.34
มากกว่า 20,000 บาท	3	1.15
Mean $\pm$ S.D. (Min : Max)	5,187.40 $\pm$ 4,578.56 (600 : 35,000)	
<b>7. ลักษณะการอยู่อาศัย</b>		
อยู่คนเดียว	19	7.25
อยู่กับคู่สมรส	170	64.89
อยู่กับบุตรหลาน	73	27.86
<b>8. แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับเป็นประจำ</b>		
โรงพยาบาล/สถานพยาบาล	41	15.65
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	165	62.98
โทรทัศน์/วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์	24	9.16
อินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์	12	4.58
บุตรหลาน/ญาติพี่น้อง	20	7.63

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 262 คน มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอเพียงเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 46.18 รองลงมาคือระดับมีปัญหา จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 24.43 ระดับดีเยี่ยม จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 15.65 และระดับไม่พอเพียง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 13.74 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายทักษะ พบว่า ทักษะการเข้าถึงมีผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเยี่ยมและพอเพียงรวมกันสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 66.03 โดยมีผู้ที่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 48.85 และระดับดีเยี่ยม จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 17.18 ในทางตรงกันข้าม ทักษะการไต่ถามมีผู้ที่อยู่ในระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงรวมกันสูงสุด คิดเป็น

ร้อยละ 50.38 โดยมีผู้ที่อยู่ในระดับมีปัญหา จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 33.97 และระดับไม่พอเพียง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 16.41 สำหรับทักษะการเข้าใจ พบว่ามีผู้ที่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 43.89 แต่มีผู้ที่มีปัญหาและไม่พอเพียงรวมกันจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 41.60 สำหรับผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ทักษะการตัดสินใจมีผู้ที่อยู่ในระดับพอเพียงค่อนข้างสูง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 46.56 และเมื่อรวมกับระดับดีเยี่ยม จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 15.65 พบว่ามีผู้ที่มีความรอบรู้ในระดับดีถึงร้อยละ 62.21 ทักษะการนำไปใช้ พบว่ามีผู้ที่อยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 40.46 ซึ่งต่ำกว่าทักษะอื่นๆ ส่วนใหญ่ และเมื่อพิจารณาผู้ที่มีปัญหาและไม่พอเพียงรวมกัน พบว่ามีจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 45.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 262)

ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
	ดีเยี่ยม	พอเพียง	มีปัญหา	ไม่พอเพียง
1. ทักษะการเข้าถึง	45 (17.18)	128 (48.85)	65 (24.81)	24 (9.16)
2. ทักษะการเข้าใจ	38 (14.50)	115 (43.89)	78 (29.77)	31 (11.83)
3. ทักษะการไต่ถาม	32 (12.21)	98 (37.40)	89 (33.97)	43 (16.41)
4. ทักษะการตัดสินใจ	41 (15.65)	122 (46.56)	71 (27.10)	28 (10.69)
5. ทักษะการนำไปใช้	36 (13.74)	106 (40.46)	82 (31.30)	38 (14.50)
<b>รวม</b>	<b>41 (15.65)</b>	<b>121 (46.18)</b>	<b>64 (24.43)</b>	<b>36 (13.74)</b>

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 171

คน คิดเป็นร้อยละ 65.27 รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 19.47 และระดับต่ำ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 15.27 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 262)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	51	19.47
ปานกลาง	171	65.27
ต่ำ	40	15.27

4. อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระ อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ทักษะการเข้าใจ ( $b = 0.129$ ,  $Beta = 0.132$ ,  $t = 2.105$ ,  $p = 0.044$ ) ทักษะการไต่ถาม ( $b = 0.201$ ,  $Beta = 0.201$ ,  $t = 3.033$ ,  $p = 0.034$ ) และ ทักษะการตัดสินใจ ( $b = 0.143$ ,  $Beta = 0.161$ ,  $t = 2.923$ ,  $p = 0.004$ ) โดยทักษะการไต่ถามมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน ( $Beta$ ) สูงสุด คือ 0.201 รองลงมาคือ ทักษะการตัดสินใจ  $Beta = 0.161$  และทักษะการเข้าใจ  $Beta = 0.132$  ตามลำดับ

สมการการถดถอยพหุคูณมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R$ ) เท่ากับ 0.874 ค่าสัมประสิทธิ์การ

พยากรณ์ ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.710 ค่า  $F$  เท่ากับ 153.587 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p = 0.003$ ) แสดงว่าทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และทักษะการตัดสินใจ สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 71.0 โดยสามารถเขียนสมการการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้  $\hat{Y} = 0.176 + 0.129X_1 + 0.201X_2 + 0.143X_3$  และสมการการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน  $\hat{Z} = 0.132Z_1 + 0.201Z_2 + 0.161Z_3$  เมื่อ  $\hat{Y}$  และ  $\hat{Z}$  คือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ  $X_1$  และ  $Z_1$  คือทักษะการเข้าใจ  $X_2$  และ  $Z_2$  คือทักษะการไต่ถาม และ  $X_3$  และ  $Z_3$  คือทักษะการตัดสินใจ ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์อิทธิพลของระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	b	SE <sub>b</sub>	Beta	t	p-value
1. ทักษะการเข้าใจ	0.129	0.061	0.132	2.105	0.044
2. ทักษะการไต่ถาม	0.201	0.066	0.201	3.033	0.034
3. ทักษะการตัดสินใจ	0.143	0.049	0.161	2.923	0.004

ค่าคงที่ 0.176 ; SE<sub>b</sub> ± 0.314  
 $R = 0.874$  ;  $R^2 = 0.710$  ;  $F = 153.587$  ;  $p\text{-value} = 0.003$

โดยสามารถสร้างเป็นสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

สมการการถดถอยพหุคูณ

$$\hat{Y} = 0.176 + 0.129X_1 + 0.201X_2 + 0.143X_3$$

สมการการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standard Score)

$$\hat{Z} = 0.132Z_1 + 0.201Z_2 + 0.161Z_3$$

## อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์ และอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในเขตตำบล เขาพระ อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผล การศึกษาสามารถอภิปรายได้ตามประเด็นต่อไปนี้

### 1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบล เขาพระมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ใน ระดับพอเพียงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 46.18 รองลงมาคือระดับมีปัญหา ร้อยละ 24.43 ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 15.65 และระดับไม่พอเพียง ร้อยละ 13.74 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุกว่าครึ่งหนึ่ง คิด เป็นร้อยละ 61.83 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ที่เพียงพอ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชิตา นพเสริฐและคณะ (2566) ที่ศึกษากลุ่มวัยทำงาน อายุ 45-59 ปี ในอำเภอพุนพิน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 76.84 จากคะแนนเต็ม 100 โดย พบว่าด้านการตัดสินใจมีคะแนนสูงสุด ซึ่งสะท้อนว่ากลุ่ม ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ทางด้านสุขภาพมาใช้ในการ ตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ค่อนข้างดี เนื่องจาก มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพมาก่อน เมื่อพิจารณาเป็นรายทักษะ พบว่า ทักษะการเข้าถึงมี ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเยี่ยม

และพอเพียงรวมกันสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 66.03 แสดง ให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพได้ดี ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ การหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ หรือการรับทราบ ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากนโยบาย ภาครัฐที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน ที่เข้าถึงได้ง่าย

ในทางตรงกันข้าม ทักษะการไต่ถามมีผู้ที่อยู่ใน ระดับมีปัญหาและไม่พอเพียงรวมกันสูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 50.38 สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความท้าทาย ในการตั้งคำถาม การสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม การ แสวงหาคำอธิบายที่เข้าใจได้ หรือการสื่อสารกับ บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่ง สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมไทยที่ผู้สูงอายุมักให้ ความเคารพและเชื่อฟังบุคลากรทางการแพทย์ จึงไม่กล้าตั้งคำถามหรือขอคำอธิบายเพิ่มเติม ส่งผลให้ความ เข้าใจในข้อมูลสุขภาพอาจไม่สมบูรณ์ สำหรับทักษะการ นำไปใช้ พบว่ามีผู้ที่มีปัญหาและไม่พอเพียงรวมกัน คิด เป็นร้อยละ 45.80 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ในระดับ ดี สะท้อนว่าการนำความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง ยังเป็นความท้าทายสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เกือบครึ่งหนึ่งในพื้นที่ศึกษา ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้าน

ร่างกาย สภาพแวดล้อม หรือการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งในปี 2565 มีสัดส่วนผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้สังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว และคาดการณ์ว่าในปี 2583 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตตำบลเขาพระมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 65.27 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 19.47 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.27 ตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวิชิตาน พงษ์ศรีและคณะ (2023) ที่พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 67.23 จากคะแนนเต็ม 100 โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนสูงสุด คือ การไม่สูบบุหรี่/ยาสูบ ยาเส้น หรือสูดควันบุหรี่ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 80.12 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการรณรงค์งดสูบบุหรี่ของภาครัฐและภาคประชาสังคมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการตระหนักรู้ถึงโทษของการสูบบุหรี่ที่เพิ่มมากขึ้น การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับปานกลางนั้น สะท้อนว่ายังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ จากข้อมูลของกรม

อนามัย พบว่า พฤติกรรมการกินผักผลไม้ที่เพียงพอ การไม่สูบบุหรี่ การลดการดื่มแอลกอฮอล์ การนอนหลับที่เพียงพอ รวมทั้งการไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีสุขลักษณะอนามัยช่องปากที่ดี มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาวะพึ่งพิง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

3. อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และทักษะการตัดสินใจ สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 71.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = 0.710$ ,  $F = 153.587$ ,  $p = 0.003$ ) โดยทักษะการไต่ถามมีอิทธิพลสูงสุด ( $Beta = 0.201$ ) รองลงมาคือทักษะการตัดสินใจ ( $Beta = 0.161$ ) และทักษะการเข้าใจ ( $Beta = 0.132$ ) ตามลำดับ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวิชิตาน พงษ์ศรีและคณะ (2023) ที่พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .353$ ,  $p < 0.001$ ) โดยพบว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด ( $r = .336$ ,  $p < 0.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การที่ทักษะการไต่ถามมีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารสองทางระหว่างผู้สูงอายุกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุที่มีความกล้าและความสามารถในการตั้งคำถาม สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและแสวงหาคำอธิบายที่เข้าใจได้ มีแนวโน้มที่จะมีความ

เข้าใจที่ถูกต้องและสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามมา

ทักษะการตัดสินใจมีอิทธิพลรองลงมา แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุมีข้อมูลและความเข้าใจที่เพียงพอแล้ว ความสามารถในการชั่งน้ำหนัก พิจารณาทางเลือก และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของอาภา อวัยวราง (2563) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการจงใจตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทักษะการเข้าใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน เนื่องจากการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตีความเอกสารทางการแพทย์ การเข้าใจคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ และการจับประเด็นสำคัญของข้อมูลสุขภาพ เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจและการปฏิบัติที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งยังมีปัญหาในด้านนี้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทสากล ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดการโรคเรื้อรัง การใช้บริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิต การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

โดยสรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการเข้าใจ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาและส่งเสริมอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมี

ประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายของนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติที่มุ่งเน้นการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะและการสูงวัยอย่างมีพลัง

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

##### 1.1 พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการไต่ถาม

เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าทักษะการไต่ถามมีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และผู้สูงอายุมีปัญหาในทักษะนี้สูงสุด ควรจัดกิจกรรมฝึกอบรมเพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุกล้าตั้งคำถาม กล้าสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และกล้าสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยอาจจัดกิจกรรมแบบกลุ่มย่อย การฝึกบทบาทสมมติ หรือการใช้กรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน

##### 1.2 จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพในชุมชน

เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือผู้นำชุมชนเป็นพี่เลี้ยงในการให้ความรู้และคำแนะนำ

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

##### 2.1 การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของการนำความรู้ไปใช้

เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าทักษะการไต่ถามมีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผู้สูงอายุมีปัญหาในทักษะการไต่ถามและการนำไปใช้มากที่สุด ดังนั้นควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสม และทดสอบประสิทธิภาพต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

##### 2.2 การศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยวิธีการวิจัยแบบ

ผสมผสาน โดยควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพล เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม และบริบททางวัฒนธรรม รวมทั้งศึกษาเจาะลึกถึง

อุปสรรคและข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจภาพรวมของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม และนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## อ้างอิง

- กรมอนามัย. (2564). *งานพยากรณ์สุขภาพ: การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2568, จาก <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198>
- สตางค์ ศุภผล. (2568). สังคมผู้สูงอายุกับความท้าทายในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 8(1): 1-2.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อาภา อวัยวราง, และบุญญฤทธิ สว่างโสภากุล. (2563). การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. 20(2): 264-281.
- วิชุดา นพเสริฐ, นิศาชล บุปผา, และอรุณณี ใจเที่ยง. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. 50(1): 256-269.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167(14), 1503-1509.
- Choi, M. (2020). Association of eHealth use, literacy, informational social support, and health-promoting behaviors: Mediation of health self-efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7890. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217890>
- Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' perspectives on health education and health literacy of older patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6455. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186455>
- Liu, Y., Wang, Y., Liang, F., Chen, Y., & Liu, L. (2023). Health literacy and health outcomes among older patients suffering from chronic diseases: A moderated mediation model. *Frontiers in Public Health*, 11, 1101842. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1101842>

■ ■ ■

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.

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2010). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine, 167*(14), 1503-1509.

Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Factors influencing performance in the family doctor team role of village  
health volunteers, Sai Khao Subdistrict, Hua Sai District,  
Nakhon Si Thammarat Province.

ธวัลยา เมืองรอด

Tawanya Maungrod

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแค อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: July 7, 2025; Accepted: September 30, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional research) ครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 86 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.718 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.724 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานพบว่า ความต้องการด้านความก้าวหน้ามีระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 95.35 รองลงมาคือความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 77.91 และความต้องการด้านการดำรงชีพ ร้อยละ 74.42 ระดับการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.56 จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรแรงจูงใจทั้ง 3 ด้าน คือ ความต้องการด้านการดำรงชีพ ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และความต้องการด้านความก้าวหน้า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยความต้องการด้านความก้าวหน้ามีอิทธิพลมากที่สุด (Beta = 0.204) รองลงมาคือความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Beta = 0.192) และความต้องการด้านการดำรงชีพ (Beta = 0.141) ตัวแปรทั้ง 3 ตัวอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 72.10 ข้อเสนอแนะคือหน่วยงานควรพัฒนาระบบสนับสนุนความก้าวหน้าในการทำงาน ส่งเสริมความสัมพันธ์และการทำงานเป็นทีม และปรับปรุงค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน และศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างลึกซึ้ง

คำสำคัญ: ทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การปฏิบัติงาน

## Abstract

This cross-sectional research aimed to study the level of performance in family doctor team roles and factors influencing the performance of village health volunteers in Sai Khao Subdistrict, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 86 village health volunteers selected through simple random sampling. The research instrument was a questionnaire with a content validity index (IOC) of 0.718 and reliability of 0.724. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results showed that regarding motivation levels for work performance, growth needs had the highest level at 95.35%, followed by social relatedness needs at 77.91%, and existence needs at 74.42%. The level of performance in family doctor team roles was high at 82.56%. Multiple regression analysis revealed that all three motivational variables—existence needs, social relatedness needs, and growth needs—significantly influenced work performance ( $p < 0.05$ ). Growth needs had the greatest influence (Beta = 0.204), followed by social relatedness needs (Beta = 0.192), and existence needs (Beta = 0.141). These three variables explained 72.10% of the variance in work performance.

Recommendations include that relevant agencies should develop systems to support career advancement, promote relationships and teamwork, and improve appropriate compensation and welfare. Future research should examine other factors influencing work performance and conduct qualitative studies to gain deeper understanding of work experiences.

**Keywords :** Family doctor team, village health volunteers, work operations

## บทนำ

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาระบบหมอครอบครัวเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขหลายสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกำลังสำคัญในทีมหมอครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างระบบสาธารณสุขกับชุมชน (สุวิมล ว่องวานิช, 2563)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ ไปจนถึงการเฝ้าระวังโรคระบาดในชุมชน ดังที่ปรากฏในการศึกษาของสุภาวดี แสงทอง มาลี ศรีสุข และวิมล เพชรรัตน์ (2565) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อาสาสมัครสาธารณสุขได้แสดงบทบาทสำคัญในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดในชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในระบบสาธารณสุขของประเทศ (ชนิดา เพ็ชรรัตน์ วิภาดา สุขสวัสดิ์ และนภาพร ทองคำ, 2564) อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในบทบาททีมหมอครอบครัวนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ถือเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญ

ที่ขับเคลื่อนให้บุคคลมีพฤติกรรมการทำงานที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของสมจิต ธรรมรักษ์ ปรียา สุวรรณ และชัยวัฒน์ ประดิษฐ์ (2564) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีแรงจูงใจสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติงานได้ดีกว่าผู้ที่มีแรงจูงใจต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี ERG ของ Alderfer ที่อธิบายว่าความต้องการของมนุษย์แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความต้องการด้านการดำรงชีพ (Existence) ความต้องการด้านความสัมพันธ์ (Relatedness) และความต้องการด้านความก้าวหน้า (Growth) ซึ่งความต้องการเหล่านี้มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและพฤติกรรมการทำงานของบุคคล การศึกษาของวิไลวรรณ ศรีสวัสดิ์ และสุภาพร จันทร์สว่าง (2565) ที่ศึกษาในบริบทของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีโอกาสพัฒนาตนเอง การได้รับการยอมรับจากชุมชน และค่าตอบแทนที่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความมุ่งมั่นและประสิทธิภาพในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้ ประภัสสร ศรีสุข อัมพร จันทร์แก้ว และวรรณภา ปานแก้ว (2566) ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากทีมสหวิชาชีพและชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น

จากการศึกษาของจิราภรณ์ สุวรรณ พรทิพย์ ชัยสงคราม และสมศักดิ์ วงศ์ประเสริฐ (2564) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีแรงจูงใจสูงมีการปฏิบัติงานในระบบหมอครอบครัวได้ดี โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองและเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย การส่งเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรค และการเป็นสื่อกลางระหว่างชุมชนกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ขณะที่การศึกษาของอรุณี มาลัย สมพร ทองคำ และนิภา สุขสวัสดิ์ (2565) พบว่า การได้รับการ ยอมรับจากชุมชนและทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความมุ่งมั่นในการ ปฏิบัติงานและสามารถทำงานร่วมกับทีมได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับ แรงจูงใจและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ในหลายพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาที่ชัดเจน เกี่ยวกับอิทธิพลของแรงจูงใจแต่ละด้านที่มีต่อการ ปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว โดยเฉพาะใน บริบทของพื้นที่ภาคใต้ที่อาจมีลักษณะเฉพาะแตกต่าง จากภูมิภาคอื่น ดังนั้น การศึกษาอิทธิพลของแรงจูงใจทั้ง 3 ด้านตามทฤษฎี ERG ได้แก่ ความต้องการด้านการ ดำรงชีพ ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ความต้องการด้านความก้าวหน้า ที่มีต่อการปฏิบัติงาน ในบทบาททีมหมอครอบครัวจึงมีความจำเป็น

ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัด นครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีอาสาสมัคร สาธารณสุขปฏิบัติงานเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอ ครอบครัวยในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่นี้จะเป็นประโยชน์ต่อการ พัฒนาระบบสนับสนุนและส่งเสริมให้อาสาสมัคร สาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ มนัสนันท์ พลอยงาม สุรีย์พร ทองดี และจิตรา วิสุทธิ์ (2566) ได้เสนอแนะว่า การพัฒนาระบบ สนับสนุนแรงจูงใจแบบองค์รวมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงานและความยั่งยืนของอาสาสมัครสาธารณสุข

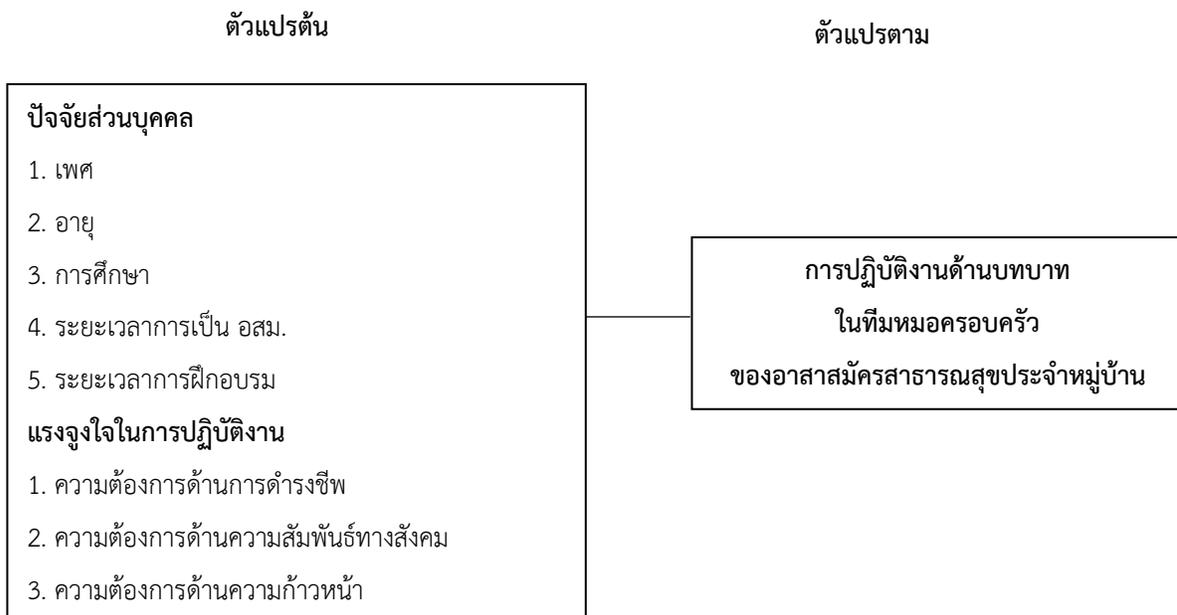
ในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็น ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน การวางแผนพัฒนาระบบการทำงานของอาสาสมัคร สาธารณสุข การจัดทำนโยบายและมาตรการในการ สนับสนุนการทำงานที่เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพ และสร้างแรงจูงใจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้ สามารถปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวได้อย่าง มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนา คุณภาพการบริการสาธารณสุขและสุขภาพของ ประชาชนในชุมชนที่ดีขึ้นในที่สุด สอดคล้องกับ การศึกษาของวรรณภา สุขเจริญ ประทีป มาลัยวงศ์ และสุชาดา ภูระหงษ์ (2566) ที่แสดงให้เห็นว่า การ เสริมสร้างศักยภาพและสนับสนุนการทำงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีการ ปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและสามารถตอบสนองความ ต้องการของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานในบทบาท ทีมหมอครอบครัว ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัด นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ในอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอ หัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยได้อาศัยแนวความคิด ทฤษฎีแนวคิดแรงจูงใจในการทำงาน (Work Motivation) ซึ่งแสดงถึงแรงผลักดันที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการทำงาน โดยสามารถอธิบายความต้องการแรงจูงใจในการทำงานในแง่มุมต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการด้านการดำรงชีพ (Physiological Needs) ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Needs) และความต้องการด้านความก้าวหน้า (Esteem and Self-Actualization Needs) ที่มีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้



### รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดนครศรีธรรมราช

**ประชากรที่ศึกษา** คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 110 คน

**กลุ่มตัวอย่าง (sample size)** ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น จำนวน 86 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบไม่คืน

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** (inclusion criteria)

(1) กลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล โดยไม่ได้ถูกบังคับจากผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ถูกสุ่มได้ จะดำเนินการถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล

(2) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ด้วยตนเอง

(3) กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

**เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง** (exclusion criteria)

(1) ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

(2) เป็นผู้อ่านภาษาไทยด้วยตนเองไม่ได้

(3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

(4) ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระหว่างการทำวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล**

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม

อย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่ เพื่อนำมาประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

(1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเป็น อสม. การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพในรอบ 2 ปี

(2) ตอนที่ 2 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน จำนวน 12 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้มีน้ำหนักคะแนนในแต่ละระดับ โดยกำหนด ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย คะแนน 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

สำหรับการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยกำหนดช่วงคะแนนโดยการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น จากสูตร ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = (5 - 1) / 3 = 1.33 จึงได้เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับต่ำ

(3) ตอนที่ 3 การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว จำนวน 16 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้มีน้ำหนักคะแนนในแต่ละระดับ โดยกำหนด ดังนี้ โดยคะแนน 5 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คะแนน 3 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย และคะแนน 1 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

สำหรับการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ผู้วิจัยกำหนดช่วงคะแนนโดยการหาความกว้างของอันตรภาคชั้น จากสูตร ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = (5 - 1) / 3 = 1.33 จึงได้เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องตามเนื้อหา Index of Congruence (IOC) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .718 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) การวิจัยนี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .724

#### การรวบรวมข้อมูล

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2 ภายหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความ

อนุเคราะห์กับสาธารณสุขอำเภอหัวไทร เพื่อการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3 ผู้วิจัยดำเนินงานประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนัดหมายเข้าเก็บข้อมูล โดยกำหนดเป็นวันประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

5 ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 -45 นาที

6 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

(2) อธิบายระดับการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

(3) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้น (Simple linear regression)

## จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่โครงการ 169/2567 วันที่รับรอง 29 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่เก็บรวบรวมเป็นความลับ และผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม

## สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 93.02 ขณะที่เพศชายมีเพียง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.98 ด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 49.06 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.92 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 22 ปี และสูงสุด 77 ปี เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 41-50 ปีมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 31.40 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 30.22 กลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 16.28 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.12 และกลุ่มอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 6.98 ตามลำดับ ด้านสถานภาพสมรส พบว่าอยู่ในสถานะคู่มากที่สุด ร้อยละ 76.74 รองลงมาคือสถานะหม้าย ร้อยละ 11.63 สถานะโสด ร้อยละ 10.47 และสถานะหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 1.16 ด้านระดับการศึกษา

พบว่าจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.มากที่สุด ร้อยละ 43.02 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 24.42 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 12.79 และระดับอนุปริญญาหรือปวส. ร้อยละ 6.98 ด้านอาชีพ พบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 47.67 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 24.42 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 11.63 อาชีพอื่นๆ ร้อยละ 8.14 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 4.65 และประกอบธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 3.49 ตามลำดับ ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่ารายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 7,195.56 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4,240.50 บาท โดยมีรายได้ต่ำสุด 2,000 บาท และสูงสุด 30,000 บาท เมื่อจำแนกตามช่วงรายได้ พบว่ามีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 91.86 รองลงมาคือรายได้ 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 6.98 และรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 1.16 สำหรับระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 10.98 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.06 ปี โดยมีระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 39 ปี เมื่อจำแนกตามช่วงระยะเวลา พบว่าปฏิบัติงานระยะเวลา 1-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 58.14 รองลงมาคือระยะเวลา 11-20 ปี ร้อยละ 27.91 และระยะเวลามากกว่า 20 ปี ร้อยละ 13.95 ในส่วนของการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพในรอบ 2 ปี พบว่าเข้ารับการอบรมน้อยกว่า 10 ครั้งต่อปีมากที่สุด ร้อยละ 68.61 รองลงมาคือ 10-20 ครั้งต่อปี ร้อยละ 20.23 และมากกว่า 20 ครั้งต่อปี ร้อยละ 1.16 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 86)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	6	6.98
หญิง	80	93.02
<b>2. อายุ</b>		
20-30 ปี	6	6.98
31-40 ปี	14	16.28
41-50 ปี	27	31.40
51-60 ปี	26	30.22
60 ปีขึ้นไป	13	15.12
Mean ± S.D. (Min : Max)	49.06 ± 11.92 (22 : 77)	
<b>3. สถานภาพสมรส</b>		
โสด	9	10.47
คู่	66	76.74
หม้าย	10	11.63
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	1.16
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	21	24.42
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	12.79
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	37	43.02
อนุปริญญา/ปวส.	6	6.98
ปริญญาตรีขึ้นไป	11	12.79
<b>5. อาชีพ</b>		
ไม่มีอาชีพ	4	4.65
ค้าขาย	10	11.63
รับจ้าง	21	24.42
เกษตรกรรวม	41	47.67
ธุรกิจส่วนตัว	3	3.49
อื่นๆ	7	8.14
<b>6. รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>		
น้อยกว่า 10,000 บาท	79	91.86

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
10,000–20,000 บาท	6	6.98
มากกว่า 20,000 บาท	1	1.16
Mean ± S.D. (Min : Max)	7195.56 ± 4,240.50 (2,000 : 30,000)	
<b>7. ระยะเวลาการเป็น อสม.</b>		
1-10 ปี	50	58.14
11-20 ปี	24	27.91
มากกว่า 20 ปี	12	13.95
Mean ± S.D. (Min : Max)	10.98 ± 10.06 (1 : 39)	
<b>8. การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ ในรอบ 2 ปี</b>		
น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี	59	68.61
10 - 20 ครั้ง/ปี	26	20.23
มากกว่า 20 ครั้ง/ปี	1	1.16

2. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ด้านความต้องการด้านการดำรงชีพ พบว่ามีระดับแรงจูงใจสูงจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 74.42 และระดับปานกลางจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 25.58 ด้านความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่ามีระดับ

แรงจูงใจสูงจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 77.91 และระดับปานกลางจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 22.09 ด้านความต้องการด้านความก้าวหน้า พบว่ามีระดับแรงจูงใจสูงจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 95.35 และระดับปานกลางจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.65 ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 86)

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ความต้องการด้านการดำรงชีพ</b>		
สูง	64	74.42
ปานกลาง	22	25.58
<b>2. ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม</b>		
สูง	67	77.91
ปานกลาง	19	22.09
<b>3. ความต้องการด้านความก้าวหน้า</b>		
สูง	82	95.35
ปานกลาง	4	4.65

3. ระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีระดับการปฏิบัติงานสูงจำนวน 71 คน คิดเป็น ร้อยละ 82.56 ระดับปานกลางจำนวน 14 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.28 และระดับต่ำจำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.16 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 86)

ระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
สูง	71	82.56
ปานกลาง	14	16.28
ต่ำ	1	1.16

4. อิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรความต้องการด้านการดำรงชีพมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) เท่ากับ 0.115 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SEb) เท่ากับ 0.067 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.141 ค่า t เท่ากับ 2.177 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.045 หมายความว่าเมื่อความต้องการด้านการดำรงชีพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้การปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.115 หน่วย

ตัวแปรความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) เท่ากับ 0.178 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SEb) เท่ากับ 0.069 ค่า



สัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.192 ค่า t เท่ากับ 3.147 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.014 แสดงว่าเมื่อความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้การปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.178 หน่วย

ตัวแปรความต้องการด้านความก้าวหน้ามีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) เท่ากับ 0.204 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SEb) เท่ากับ 0.054 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.204 ค่า t เท่ากับ 2.024 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.047 ซึ่งหมายความว่าเมื่อความต้องการด้านความก้าวหน้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะส่งผลให้การปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวเพิ่มขึ้น 0.204 หน่วย เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวมากที่สุดคือความต้องการด้านความก้าวหน้า (Beta = 0.204) รองลงมาคือความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Beta = 0.192) และความต้องการด้านการดำรงชีพ (Beta = 0.141) ตามลำดับ สมการการถดถอยมีค่าคงที่เท่ากับ 0.181 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าคงที่เท่ากับ 0.214 โดยสมการมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.744 แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามในระดับสูง ค่าสัมประสิทธิ์

การตัดสินใจ ( $R^2$ ) เท่ากับ 0.721 หมายความว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวได้ร้อยละ 72.1 ค่า F เท่ากับ 143.557 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.031 แสดงว่าสมการการถดถอยที่ได้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการพยากรณ์ได้

จากผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการการถดถอยพหุคูณได้ 2 รูปแบบ ได้แก่ สมการการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ (Raw Score) คือ  $Y = 0.181 + 0.115X_1 + 0.178X_2 + 0.204X_3$  เมื่อ Y คือการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว  $X_1$  คือความต้องการด้านการดำรงชีพ  $X_2$  คือความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ  $X_3$  คือความต้องการด้านความก้าวหน้า และสมการการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standard Score) คือ  $Z_Y = 0.141Z_1 + 0.192Z_2 + 0.204Z_3$  เมื่อ  $Z_Y$  คือคะแนนมาตรฐานของการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว  $Z_1$  คือคะแนนมาตรฐานของความต้องการด้านการดำรงชีพ  $Z_2$  คือคะแนนมาตรฐานของความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ  $Z_3$  คือคะแนนมาตรฐานของความต้องการด้านความก้าวหน้าดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์อิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวแปร	b	SE <sub>b</sub>	Beta	t	p-value
1. ความต้องการด้านการดำรงชีพ	0.115	0.067	0.141	2.177	0.045
2. ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	0.178	0.069	0.192	3.147	0.014
3. ความต้องการด้านความก้าวหน้า	0.204	0.054	0.204	2.024	0.047

ค่าคงที่ 0.181 ; SE<sub>b</sub> ± 0.214  
R = 0.744 ; R<sup>2</sup> = 0.721 ; F = 143.557 ; p-value = 0.031

โดยสามารถสร้างเป็นสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

สมการการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ (Raw Score)

$$Y = 0.181 + 0.115X_1 + 0.178X_2 + 0.204X_3$$

สมการการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standard Score)

$$Z_Y = 0.141Z_1 + 0.192Z_2 + 0.204Z_3$$

### อภิปรายผล

ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลทรายขาว อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช มีระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยด้านความต้องการด้านความก้าวหน้ามีระดับแรงจูงใจสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.35 รองลงมาคือด้านความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ร้อยละ 77.91 และด้านความต้องการด้านการดำรงชีพ ร้อยละ 74.42 ตามลำดับผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต ธรรมรักษ์ ปรียา สุวรรณ และชัยวัฒน์ ประดิษฐ์ (2564) ที่ศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ภาคใต้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความต้องการความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเองและ

การได้รับการยอมรับจากชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของวิไลวรรณ ศรีสวัสดิ์ และสุภาพร จันทร์สว่าง (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความต้องการด้านความก้าวหน้าในระดับสูง เนื่องจากต้องการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง มีความภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุข และต้องการได้รับการยกย่องจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่อยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการทำงานเป็นทีมและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรสาธารณสุขสมาชิกในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสร ศรีสุข อัมพร

จันทร์แก้ว และวรรณ ปานแก้ว (2566) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการยอมรับและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรในทีมหมอครอบครัวจะมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้นสำหรับด้านความต้องการด้านการดำรงชีพที่อยู่ในระดับสูง แม้จะมีค่าร้อยละต่ำกว่าสองด้านที่กล่าวมาแล้ว แต่ก็ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิติยารัตนพันธ์ และศิริพร มณีรัตน์ (2563) ที่พบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำงานด้วยความสมัครใจ แต่การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอต่อการดำรงชีพก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยสนับสนุนให้สามารถอุทิศเวลาในการทำงานได้อย่างเต็มที่

ระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัวผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.56 แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในทีมหมอครอบครัวได้เป็นอย่างดีผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ สุวรรณ พรทิพย์ ชัยสงคราม และสมศักดิ์ วงศ์ประเสริฐ (2564) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระบบหมอครอบครัวในจังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานในระดับดี โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองและเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเป็นสื่อกลางระหว่างชุมชนกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของ

อาสาสมัครสาธารณสุขในฐานะกำลังคนสำคัญในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี แสงทอง มาลี ศรีสุข และวิมลเพชรรัตน์ (2565) ที่ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการปฏิบัติงานในระดับสูงมักมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ได้รับการสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีแรงจูงใจในการทำงานที่สูง ซึ่งส่งผลให้สามารถดูแลประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพการที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับการปฏิบัติงานสูงยังสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบหมอครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุขกับชุมชน ดังที่ปรากฏในการศึกษาของวรรณภา สุขเจริญ ประทีป มาลัยวงศ์ และสุชาดา ภูระหงษ์ (2566) ที่พบว่า การเสริมสร้างศักยภาพและสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

อิทธิพลของแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรแรงจูงใจทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านการดำรงชีพ ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และความต้องการด้านความก้าวหน้า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 72.1 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ การถดถอยมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานมากที่สุดคือความต้องการด้านความก้าวหน้า

(Beta = 0.204) รองลงมาคือความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Beta = 0.192) และความต้องการด้านการดำรงชีพ (Beta = 0.141) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎี ERG ของ Alderfer ที่อธิบายว่า ความต้องการของมนุษย์มี 3 ระดับ คือ ความต้องการด้านการดำรงชีพ (Existence) ความต้องการด้านความสัมพันธ์ (Relatedness) และความต้องการด้านความก้าวหน้า (Growth) ซึ่งความต้องการทั้ง 3 ด้านมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคล

การที่ ความต้องการด้านความก้าวหน้ามีอิทธิพลสูงสุดต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา เพ็ชรรัตน์ วิภาดา สุขสวัสดิ์ และนภาพร ทองคำ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า โอกาสในการพัฒนาตนเอง การได้รับการยอมรับ และความก้าวหน้าในการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีความต้องการที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถ มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ และต้องการได้รับการยกย่องจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลรองลงมา สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี มาลัย สมพร ทองคำ และนิภา สุขสวัสดิ์ (2565) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากทีมสหสาขาวิชาชีพและชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในทีม ได้รับการยอมรับจากชุมชน และมีเครือข่ายสนับสนุนที่เข้มแข็ง จะมีความมั่นใจและมีการปฏิบัติงานที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับความต้องการด้านการดำรงชีพที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน แม้จะมีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำกว่าสองด้านที่กล่าวมา แต่ก็ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ใจ วรรณศิลป์ และสมชาย ธนาพร (2563) ที่พบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยแม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำงานด้วยความสมัครใจและมีจิตอาสา แต่การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอก็เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สามารถอุทิศเวลาในการทำงานได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัว

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาระบบสนับสนุนความก้าวหน้าในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จากผลการศึกษาพบว่า ความต้องการด้านความก้าวหน้ามีอิทธิพลสูงสุดต่อการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านสาธารณสุขที่หลากหลาย การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค และการส่งเสริมให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น นอกจากนี้ควรมีระบบการประเมินผลงานและให้การยกย่องเชิดชูเกียรติแก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีผลงานดีเด่น เช่น การมอบประกาศนียบัตร การจัดงานยกย่องประจำปี และการสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในการทำงานที่ชัดเจน เพื่อสร้างแรงจูงใจและความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน

2. การเสริมสร้างความสัมพันธ์และการทำงานเป็นทีมในระบบหมอครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่า

ความต้องการด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขกับทีมสหวิชาชีพ โดยจัดให้มีการประชุมทีมหมอครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ภายในทีม และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพชุมชน นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกันของทีมและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกัน

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรแรงจูงใจทั้ง 3 ด้านสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานในบทบาททีมหมอครอบครัวได้ร้อยละ 72.10 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นอีก ร้อยละ 27.90 ที่อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน เช่น ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าทีม การสนับสนุนจากองค์กร

#### อ้างอิง

- จิราภรณ์ สุวรรณ, พรทิพย์ ชัยสงคราม และสมศักดิ์ วงศ์ประเสริฐ. (2564). การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในระบบหมอครอบครัวในจังหวัดสงขลา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 51(2), 245-258.
- ชนิดา เพ็ชรรัตน์, วิภาดา สุขสวัสดิ์ และนภาพร ทองคำ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(3), 112-125.
- นิตยา รัตนพันธ์ และศิริพร มณีรัตน์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างค่าตอบแทนและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(4), 678-691.
- ประภัสสร ศรีสุข, อัมพร จันทร์แก้ว และวรรณภา ปานแก้ว. (2566). การสนับสนุนทางสังคมกับแรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารสุขภาพภาคใต้*, 16(1), 89-103.

สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความพร้อมของทรัพยากร และอุปกรณ์ การรับรู้บทบาทหน้าที่ และความผูกพันต่อองค์กร เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครบถ้วนของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และสามารถนำไปพัฒนาระบบการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และความท้าทายในการปฏิบัติงาน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่สำรวจระดับแรงจูงใจและการปฏิบัติงานโดยใช้แบบสอบถาม ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม หรือการศึกษาในบริบทเฉพาะ เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ทักษะ ความรู้สึก อุปสรรค และความท้าทายในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนากระบวนการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เมืองกับชนบท หรือพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านทรัพยากรต่างกัน เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่

- พิมพีใจ วรณศิลป์ และสมชาย ธนาพร. (2563). ความพึงพอใจในค่าตอบแทนและสวัสดิการกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารวิจัยสุขภาพชุมชน*, 14(3), 201-215.
- มนัสนันท์ พลอยงาม, สุรีย์พร ทองดี และจิตรา วิสุทธิ์. (2566). การพัฒนาระบบสนับสนุนแรงจูงใจแบบองค์รวมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารนโยบายและการจัดการสาธารณสุข*, 8(2), 156-171.
- วรรณภา สุขเจริญ, ประทีป มาลัยวงศ์ และสุชาดา ภูระหงษ์. (2566). การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในระบบหมอครอบครัว. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 11(1), 45-59.
- วิไลวรรณ ศรีสวัสดิ์ และสุภาพร จันทร์สว่าง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 16(2), 134-148.
- สมจิต ธรรมรักษ์, ปรียา สุวรรณ และชัยวัฒน์ ประดิษฐ์. (2564). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ภาคใต้. *วารสารสาธารณสุขภาคใต้*, 10(3), 301-316.
- สุภาวดี แสงทอง, มาลี ศรีสุข และวิมล เพชรรัตน์. (2565). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลผู้สูงอายุ*, 3(2), 78-92.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2563). ระบบหมอครอบครัว: นวัตกรรมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิของไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 18(1), 1-15.
- อรุณี มาลัย, สมพร ทองคำ และนิภา สุขสวัสดิ์. (2565). การสนับสนุนทางสังคมและประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารสังคมศาสตร์และสุขภาพ*, 5(4), 412-427.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

ความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่

Knowledge, Attitude, and Participation in Health Promotion and Disease Prevention Projects of Village Health Volunteers in Krabi Province.

อนุช สาระวารี

Anuch Sarawaree

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

(Received: October 1, 2025; Accepted: November 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และเจตคติ กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกระบี่ จำนวน 383 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Chi-Square และ Pearson's Correlation ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีความรู้ในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.06 ด้านเจตคติ พบว่าส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ 70.23 และไม่มีอาสาสมัครที่มีเจตคติในระดับไม่ดี ด้านการมีส่วนร่วม พบว่าส่วนใหญ่มีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.67 โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์  $M = 4.11$  ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\chi^2 = 23.957, p = 0.008$ ) ความรู้ในการดำเนินโครงการมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.215, p = 0.001$ ) และเจตคติในการดำเนินโครงการมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.415, p = 0.001$ ) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแผนงานโครงการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** ความรู้, เจตคติ, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โครงการส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค

## Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the knowledge, attitudes, and participation of Village Health Volunteers in Krabi Province concerning health promotion and disease prevention projects. It also examined the relationships between personal factors, knowledge, and attitudes with their participation. The sample consisted of 383 VHVs in Krabi Province, selected through simple random sampling. Data were collected via an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Chi-Square, and Pearson's Correlation at a statistical significance level of 0.05.

The results showed that the majority of Village Health Volunteers demonstrated a high level of knowledge in implementing community health promotion and disease prevention projects (66.06%). Regarding attitudes, most respondents exhibited a good level (70.23%), and notably, no volunteers were found to have a poor attitude. Participation was also high, with 74.67% demonstrating a high level of involvement. The aspect of participation with the highest mean score was participation in receiving benefits  $M = 4.11$ . The analysis of relationships revealed that the highest education level was significantly related to participation ( $\chi^2 = 23.957, p = 0.008$ ). Knowledge had a low-level positive correlation ( $r = 0.215, p = 0.001$ ), and attitude had a moderate-level positive correlation ( $r = 0.415, p = 0.001$ ) with participation. Other factors, including gender, age, occupation, income, duration of service, and project planning training, were not significantly related to participation.

**Keywords :** Knowledge, Attitudes, Participation, Village Health Volunteers, Health Promotion Projects, Disease Prevention

## บทนำ

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้พัฒนาไปสู่การเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างยั่งยืน องค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชนที่มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขระดับชุมชน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ "อสม." ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพจากหน่วยบริการสาธารณสุขไปสู่ประชาชนในชุมชน

การดูแลสุขภาพของประชาชน นอกจากจะเป็นบทบาทขององค์กรภาครัฐและองค์กรเอกชนแล้ว ยังเป็นบทบาทที่สำคัญของประชาชนและชุมชน ทั้งนี้การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นทั้งบทบาทและหน้าที่ของพลเมืองตามรัฐธรรมนูญ และแสดงถึงศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนด้านสุขภาพอีกด้วย ปัจจุบันหลักการบริการด้านสุขภาพของประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์โดยนำหลักการการพัฒนาที่เน้นให้เกิดการสร้างสุขภาพในชุมชน และการบริหารที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการจัดการของภาคีมากขึ้น (กองทุนสุขภาพตำบล, 2564 : 1) การดำเนินงานการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน โดยจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมด้านสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละชุมชน การมีส่วนร่วมจึงเป็นแนวคิดหลักของการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาสุขภาพในยุคปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นรูปแบบสำคัญของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการ

จัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นับว่าเป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ ให้สามารถดำเนินงานด้านสาธารณสุขครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงได้

แผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพจะต้องสะท้อนความต้องการของชุมชน สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง หลักการบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์โดยนำหลักการการพัฒนา ที่เน้นให้เกิดการสร้างสุขภาพในชุมชน และการบริหารที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในการจัดการของภาคีมากขึ้น รัฐบาลไทยได้ให้การสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2552 ได้เห็นชอบโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจริญรุ่ง เพื่อส่งเสริม สนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ปฏิบัติงานเชิงรุกในระดับท้องถิ่นและชุมชน มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คนพิการ และการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาหลักสูตรอาสาสมัครหมอประจำบ้านซึ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเพื่อยกระดับการบริการสุขภาพในชุมชน (สำนักหอสมุดรัฐสภา, 2568 : 2) แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีบทบาทสำคัญและได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ แต่ยังคงมีความท้าทายและปัญหาต่างๆ ในการดำเนินงาน เช่น ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน และทักษะในการจัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พบว่ายังมีปัญหาในหลายประการ ได้แก่



ความรู้และทักษะในการจัดทำแผนงานที่ยังไม่เพียงพอ การขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในกระบวนการวางแผน การขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และการขาดระบบติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และการมีเจตคติที่แตกต่างต่อการปฏิบัติงาน ปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชน โดยเฉพาะการจัดทำแผนงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ การศึกษาและพัฒนาความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชนมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากการศึกษาของ อุษณีย์ คูหามณี และคณะ (2563 : 139) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันโรคเรื้อรัง โดย อสม. ที่มีความรู้สูงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคเรื้อรังได้ดีกว่าอสม. ที่มีความรู้ต่ำ นอกจากนี้ วิลาวลัย คุณาทุม (2566 : 436) ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้ที่จำเป็นสำหรับการจัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของชุมชน วิธีการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ หลักการจัดทำแผนงาน การออกแบบกิจกรรม การประเมินผล และการบริหารจัดการโครงการ ซึ่ง อสม. ที่มีความรู้เหล่านี้จะสามารถเข้าร่วมการจัดทำแผนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างผลลัพธ์ที่ตรงตามความต้องการของชุมชน

เจตคติหรือทัศนคติเป็นองค์ประกอบทางจิตใจ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจตคติที่ดีต่อการจัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะส่งผลให้อสม. มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ และมีความเชื่อมั่นในประโยชน์ของการจัดทำแผนงาน จากการศึกษาของวรพงษ์ วิชาญ (2562 : 47) พบว่า เจตคติของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดย อสม. ที่มีเจตคติที่ดีจะมีการมีส่วนร่วมสูงกว่า อสม. ที่มีเจตคติที่ไม่ดี นอกจากนี้ การมีเจตคติที่ดียังส่งผลต่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า เจตคติที่ดีต่อการจัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประกอบด้วยความเชื่อเกี่ยวกับความสำคัญของการวางแผน ความเชื่อมั่นในประโยชน์ของการมีส่วนร่วม ความคิดเห็นเชิงบวกต่อการทำงานเป็นทีม และความยินดีที่จะอุทิศเวลาและกำลังในการพัฒนาชุมชน เจตคติเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จากการศึกษาของ ชนาทิพย์ ทองไชร์ (2561: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ ประสบการณ์การการเป็นอาสาสมัคร ประสบการณ์การขอรับงบประมาณ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ ความรู้เรื่องกองทุนไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการกำกับ ดูแล สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ตลอดจน การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดทำ แผนงานและโครงการด้านสาธารณสุขต่างๆ การ สนับสนุนนี้รวมถึงการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟู วิชาการและฝึกทักษะความรู้ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ในงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพ จังหวัดกระบี่เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการ ดำเนินงานด้านสาธารณสุขชุมชน ในลักษณะภูมิศาสตร์ ที่หลากหลาย ทั้งพื้นที่ชายฝั่งทะเล เกาะต่างๆ และพื้นที่ ภูเขา ซึ่งส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำรงชีวิตและปัญหา สุขภาพของประชาชน จึงต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบท และความต้องการของชุมชนในแต่ละพื้นที่ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่เป็นหน่วยงานหลักใน การขับเคลื่อนนโยบาย วางแผน และสนับสนุนการ ดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน จังหวัดกระบี่ให้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน สาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคใน ระดับชุมชน

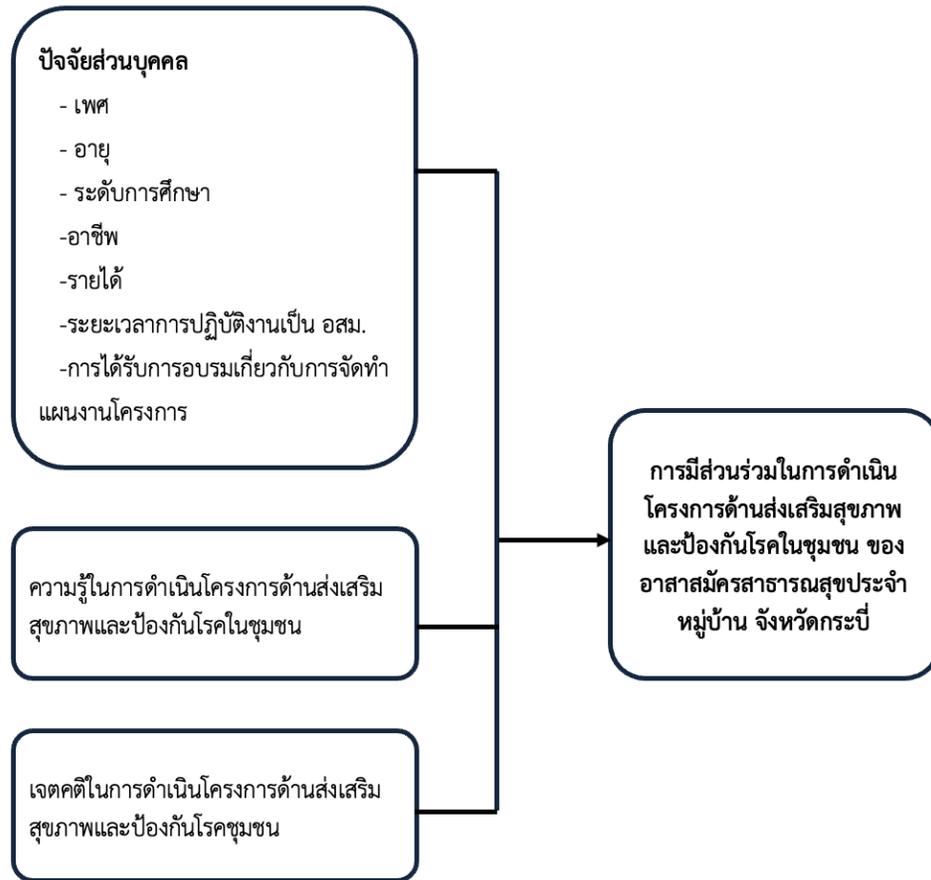
จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ กล่าวมาข้างต้น การศึกษาเรื่อง “ความรู้ เจตคติ และ การมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่” ในบริบทของ จังหวัดกระบี่ จึงมีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อ การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนและการ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจถึงสภาพปัจจุบันของ ความรู้ เจตคติ และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินโครงการด้าน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน รวมทั้งปัจจัยที่ มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจน

อุปสรรคและข้อจำกัดต่างๆ ที่ต้องได้รับการแก้ไขและ พัฒนา เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการพัฒนาที่ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูล สำคัญสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุข การปรับปรุงกระบวนการจัดทำแผนงาน โครงการ และการพัฒนานโยบาย การวางแผนกลยุทธ์ การออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม และการปรับปรุง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิและการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในจังหวัดกระบี่ให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืน ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และเจต คติในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนิน โครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน บุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. การได้รับการอบรม เกี่ยวกับการจัดทำแผนงานโครงการ ความรู้ และเจตคติ ในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคในชุมชน กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่

### กรอบแนวคิดของการวิจัย



### รูปแบบการวิจัย

#### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยใน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2568

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดกระบี่

ได้แก่ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 72 แห่ง และมี ระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี รวมทั้งสิ้น จำนวน 8,881 คน (ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน, 2568)

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจาก ประชากรโดยการสุ่มเลือกจำนวนตัวอย่างจากแต่ละ อำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่ เหมาะสม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดกระบี่ ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และไม่สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ โดยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวน 383 คน ตามวิธีการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

โดยการวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ที่ร้อยละ 5

แทนค่า n = 8,881

$$1 + 8,881 \times (0.05)^2$$

$$= 382.76$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 383 คน

### การสร้างเครื่องมือและการทดสอบเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยศึกษาขอบเขตเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎีต่างๆ รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการสร้างแบบสอบถามให้สอดคล้องกับหัวข้อและวัตถุประสงค์ และตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้ศึกษาได้ทดสอบความเที่ยงตรง Validity ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยนำแบบสอบถามไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ในตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ จำนวน 2 ท่าน และ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา (IOC) ในแต่ละข้อคำถามว่าตรงตามวัตถุประสงค์และครอบคลุมเนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้หลักเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ต้องการจะศึกษา จำนวน 30 คน โดยการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดกระบี่ เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาปฏิบัติงาน เป็น อสม. และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแผนงานโครงการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ความรู้เกี่ยวกับการออกแบบกิจกรรมและความรู้เกี่ยวกับการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย เจตคติต่อความสำคัญของ

การวางแผน เจตคติต่อการมีส่วนร่วม เจตคติต่อการทำงานเป็นทีม และเจตคติต่อการประเมินผล

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่ ประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วม 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดแบบเติมคำในช่องว่าง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลพร้อมแบบสอบถาม ติดต่อประสานงานกับผู้บริหารและผู้ประสานของแต่ละอำเภอ/หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดกระบี่ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ที่ต้องมีการยินยอมตอบแบบสอบถาม โดยสมัครใจ ซึ่งจะส่งลิงค์แบบสอบถาม ผ่านทางผู้ประสานงานของแต่ละอำเภอ โดยผู้วิจัยได้จัดทำข้อความชี้แจง ยินยอมตอบแบบสอบถาม โดยระบุข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็นวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบแบบสอบถาม สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอยู่หน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์ เมื่อผู้ตอบแบบสอบถาม อ่าน เข้าใจและยินยอมตอบแบบสอบถาม สามารถกดปุ่ม"ตกลง" เพื่อยืนยันการยินยอมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) แจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการแจกแจงข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ เจตคติ และระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Chi-Square หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแผนงานโครงการ กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่ และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้ และเจตคติ ในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation

#### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา SCPHYLIRB-2568/669 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้ตอบ โดยจัดทำเอกสารชี้แจง ยินยอมตอบแบบสอบถาม ระบุข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบแบบสอบถาม สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม และผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่ระบุชื่อ-สกุลของผู้ตอบ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะปรากฏอยู่หน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์เมื่อผู้ตอบแบบสอบถาม อ่าน เข้าใจและยินยอมตอบแบบสอบถาม โดยสมัครใจ

## สรุปผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกระบี่

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.63 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 40.47 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.46 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.83 มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 54.57 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 33.16 และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแผนงานโครงการในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา จำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 41.25

### 2. ความรู้ในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.06 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.85 และมีความรู้ในระดับต่ำเพียง ร้อยละ 2.09 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีการตอบถูกมากที่สุด คือ การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพชุมชนเริ่มจากการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ร้อยละ 98.40 ขณะที่ประเด็นที่มีการตอบผิดมากที่สุด คือ การติดตามผลการดำเนินงานควรทำเฉพาะเมื่อโครงการสิ้นสุดแล้วเท่านั้น ร้อยละ 40.50

### 3. เจตคติในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่มีเจตคติในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอยู่ในระดับ

ดี ร้อยละ 70.23 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 29.77 และไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเจตคติอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การทำงานร่วมกันเป็นทีมช่วยให้งานบรรลุเป้าหมายได้ดีกว่าการทำงานคนเดียว ( $M = 4.51$ ) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้โครงการตอบสนองความต้องการได้ดีขึ้น ( $M = 4.46$ )

### 4. การมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่มีการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.67 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.07 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.26 เมื่อพิจารณาตามด้านการมีส่วนร่วม พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ( $M = 4.11$ ) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ ( $M = 4.05$ ) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ( $M = 4.02$ ) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ( $M = 3.97$ )

### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\chi^2 = 23.957$ ,  $df = 10$ ,  $p = 0.008$ ) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแผนงานโครงการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 ความรู้ในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวก

ระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.215, p = 0.001$ )

5.3 เจตคติในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.415, p = 0.001$ )

### 6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การไม่ให้ความร่วมมือจากประชาชนหรือคนในชุมชน การขาดอุปกรณ์และเครื่องมือในการปฏิบัติงาน และการขาดข้อมูลที่ชัดเจนและการสื่อสารที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การเห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมต่อสุขภาพชุมชน การได้รับความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้น และความรับผิดชอบในหน้าที่และจิตสาธารณะ ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานสาธารณสุข คือ การให้ความสำคัญกับบทบาทของ อสม. การสนับสนุนทรัพยากรและอุปกรณ์ที่เพียงพอ การจัดอบรมอย่างสม่ำเสมอ และการจัดศึกษาดูงานพื้นที่ตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ

### อภิปรายผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.06 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณีย์ คูหามณี และคณะ (2563: 139) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันโรคเรื้อรัง โดย อสม. ที่มีความรู้สูงจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคเรื้อรังได้ดีกว่า อสม. ที่มีความรู้ต่ำ นอกจากนี้

ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวัลย์ คุณาพุม (2566: 436) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่มีเจตคติในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 70.23) และไม่มี อสม. ที่มีเจตคติอยู่ในระดับไม่ดีเลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรพงษ์ วิชาญ (2562: 47) ที่พบว่า เจตคติของอสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดย อสม. ที่มีเจตคติที่ดีจะมีการมีส่วนร่วมสูงกว่า อสม. ที่มีเจตคติที่ไม่ดี นอกจากนี้ การมีเจตคติที่ดียังส่งผลต่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่มีการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.67 โดยมีค่าเฉลี่ยรวมการมีส่วนร่วมทั้งหมดเท่ากับ 4.03 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2559: 133-144) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

1. เพศของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินกมล พันธุ์สงคราม และคณะ (2562 :

138) ที่ศึกษาในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. อายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินกมล พันธุ์สงคราม และคณะ (2562 : 138) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

3. ระดับการศึกษาสูงสุดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนาทิพย์ ทองไชร์ (2561: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อมร ภารา (2554: 59) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

4. อาชีพหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินกมล พันธุ์สงคราม และคณะ (2562 : 138) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

5. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินกมล พันธุ์สงคราม และคณะ (2562 : 138) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

6. ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร แจ่มปัญญา และคณะ (2024 : 9) ที่พบว่าระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในจังหวัดเพชรบูรณ์

7. การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดทำแผนงานโครงการในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชินกมล พันธุ์สงคราม และคณะ (2562 : 138) ที่พบว่า การอบรมด้านสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2559 : 141) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนา

งานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับกรอบเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับกรอบสนับสนุนจากหน่วยงาน บรรยากาศการทำงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุษณีย์ คูหาภณี และคณะ (2563: 139) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับบทบาทการป้องกันโรคเรื้อรัง และการศึกษาของ วิลาวัลย์ คุณาทุม (2566: 436) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน พบว่า เจตคติในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรพงษ์ วิชาญ (2562: 47) ที่พบว่า เจตคติของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนาทิพย์ ทองไชว (2561: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ทศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรทบทวนและปรับปรุงการจัดอบรมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริง มีการติดตามประเมินผลการอบรมว่าส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. อย่างแท้จริงหรือไม่ รวมทั้งควรพิจารณาใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพที่หลากหลาย ที่ไม่ใช่เพียงแค่การอบรม โดยอาจพัฒนาระบบการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ การมีระบบพี่เลี้ยง การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดทำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์ และการศึกษาดูงานพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ อสม. ได้รับแรงบันดาลใจและแนวทางในการพัฒนาตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน

2. หน่วยงานสาธารณสุข ควรพิจารณาจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างเจตคติที่ดีของ อสม. ที่นอกเหนือจากการจัดงานวัน อสม. และการประกวด อสม.ดีเด่น โดยอาจใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การสื่อสารประสบการณ์ความสำเร็จในการทำงาน การยกย่องและเชิดชูเกียรติ อสม. ที่ปฏิบัติงานดีเด่น ผ่านทุกช่องทางสื่อสาร การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อสม. ที่มีเจตคติดี เพื่อเป็นแบบอย่าง และสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

3. หน่วยงานสาธารณสุข ควรปรับปรุงแบบจัดทำแผนงานโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ อสม. มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยมีส่วนร่วมคิด ตัดสินใจระบุปัญหา ร่วมวางแผนดำเนินโครงการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผลโครงการ ภายใต้บริบทของพื้นที่และทรัพยากรที่มีในชุมชน ตลอดจนงบประมาณที่ อสม. สามารถใช้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



เช่น งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ  
ท้องถิ่น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินโครงการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมแต่ละพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น การศึกษาผลของการอบรมรูปแบบต่างๆ การศึกษาดูงาน หรือระบบพี่เลี้ยง เพื่อประเมินประสิทธิภาพและนำไปปรับปรุงพัฒนาต่อไป

3. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติของอาสาสมัครสาธารณสุขกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของชุมชนโดยตรง เช่น อัตราการเกิดโรค อัตราการเข้ารับบริการสุขภาพ หรือดัชนีสุขภาพของประชาชนในชุมชน เพื่อยืนยันว่าการพัฒนาศักยภาพอสม. ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชนอย่างแท้จริง

### อ้างอิง

- กองทุนสุขภาพตำบล. (2564). *การดำเนินงานการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน*. สืบค้นจาก <https://localfund.happynetwork.org/project/5906>
- จิราพร แจ่มปัญญา, สุวิมล ทองดอนน้อย, และชรินทร์ทิพย์ ภิญโญภาสกุล. (2024). *การพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์*. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 3(1), 1-18.
- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. (2559). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน*. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 17(3), 133-144.
- ชนาทิพย์ ทองไชรี. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ชื่นกมล พันธุ์สงคราม, อภิชัย คุณีพงษ์, และวรเดช ช่างแก้ว. (2562). *ความสำเร็จในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(2), 133-145.
- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน. (2568). *ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. สืบค้นจาก <https://www.thaihc.net/new2020/content/1>

- วรพงษ์ วิชาญ. (2562). *ความรู้ เจตคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์.
- วิลาวัลย์ คุณาทุม. (2566). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและบทบาทในการป้องกันโรคเรื้อรังในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านต้นปรัง ตำบล นาชุมเห็ด อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง*. วารสารนโยบายและกฎหมายสาธารณสุข, 9(3), 431-444.
- สำนักหอสมุดรัฐสภา. (2568). *อาสาสมัครสาธารณสุข: ด้านหน้าทางการแพทย์เพื่อพิทักษ์สุขภาพของชุมชน*. สืบค้นจาก <https://library.parliament.go.th/en/radioscript/rr2568-july6>
- อมร ภารา. (2554). *ความรู้ ทศนคติและการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น กรณีศึกษาอำเภอทุ่งสง จังหวัด นครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- อุษณีย์ คูหามณี และคณะ. (2563). *ความรู้ด้านสุขภาพและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคเรื้อรัง*. วารสารกรมการแพทย์, 45(1), 137-142.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง  
อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors related to dengue fever prevention behavior in Thung Song  
Subdistrict, Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province.

ระบิล รักอาชีพ

Rabill Rukarcheep

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสี่แยก อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: October 1, 2025; Accepted: November 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้โรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 331 คน คำนวณจากตารางเครจซี่และมอร์แกน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.78 ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โรคไข้เลือดออก ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2568 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.18 ทั้งคู่ แสดงความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ส่วนอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยแนะนำว่าหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยเน้นเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงผ่านการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรค การจัดกิจกรรมสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และแก้ไขอุปสรรคเช่น จัดหาทรายอะเบท จัดตั้งกองทุนชุมชนสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันยุง ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับต่ำผ่านการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม บทบาทผู้นำชุมชน ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเข้าใจเชิงลึก และพัฒนาโปรแกรมแทรกแซงประเมินประสิทธิผลระยะยาว

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, พฤติกรรมการป้องกันโรค, การรับรู้, ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

## Abstract

This research aimed to study the level of dengue fever prevention behaviors and to examine the relationships between personal factors, knowledge about dengue fever, perception of dengue fever, and dengue fever prevention behaviors in Thung Song Subdistrict, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. This was a cross-sectional descriptive study. The sample consisted of 331 household heads calculated using the Krejcie and Morgan table. The research instrument was a questionnaire that passed content validity testing and reliability testing with a Cronbach's alpha coefficient of 0.78, consisting of 4 parts: general information, knowledge about dengue fever, perception of dengue fever based on the Health Belief Model, and dengue fever prevention behaviors. Data were collected between August and September 2025 and analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that most samples were female (67.67%), with a mean age of 54.09 years, primary education level (43.81%), household income of 5,001-10,000 baht per month (49.85%), and engaged in agriculture (64.95%). Regarding the level of prevention behaviors, it was found that samples had high-level behaviors (48.34%), moderate-level (45.02%), and low-level (6.34%). Correlation analysis revealed that factors significantly related to prevention behaviors at the 0.001 level were perceived susceptibility to disease and perceived barriers to disease prevention, both with correlation coefficients of 0.18, indicating a low positive relationship. Age, knowledge about dengue fever, perceived severity of disease, and perceived benefits of disease prevention showed no statistically significant relationships. Based on the findings, it is recommended that public health agencies develop behavior promotion programs emphasizing increased risk perception through disease situation presentations, mosquito breeding site survey activities, and addressing barriers such as providing abate sand and establishing community funds to support mosquito prevention equipment. Special attention should be given to groups with low-level behaviors through home visits and individualized counseling. Future research should study other factors such as social support and community leaders' roles, conduct qualitative studies for deeper understanding, and develop intervention programs to evaluate long-term effectiveness.

**Keywords :** Dengue fever, prevention behaviors, perception, Health Belief Model

## บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและประเทศในเขตร้อนชื้นทั่วโลก โดยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่มีุงกลายเป็นพาหะนำโรค องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกประมาณ 390 ล้านรายต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งพบผู้ป่วยมากที่สุดถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยทั้งหมด โรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการสูญเสียวันทำงานของประชาชนเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีที่มีอาการรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีที่มี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ DENV-1, DENV-2, DENV-3 และ DENV-4 การติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์หนึ่งจะให้ภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์นั้นตลอดชีวิต แต่ให้ภูมิคุ้มกันชั่วคราวเพียงไม่กี่เดือนต่อสายพันธุ์อื่น การติดเชื้อซ้ำด้วยสายพันธุ์ที่แตกต่างกันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกรุนแรง (Guzman & Harris, 2020) ยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคหลัก ได้แก่ *Aedes aegypti* และ *Aedes albopictus* มีนิสัยกัดในเวลากลางวันและชอบวางไข่ในภาชนะที่มีน้ำขังสะอาด ทำให้การควบคุมยุงพาหะและการป้องกันโรคเป็นเรื่องที่ท้าทายและต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยยังคงมีความรุนแรงและแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุข (2023) รายงานว่าในปี 2022 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทั่วประเทศมากกว่า 60,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 50 ราย โดยพบว่าอัตราป่วย

สูงสุดอยู่ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคนี้อย่างคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและต้องการการเฝ้าระวังอย่างเข้มข้น ในปี 2023 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีก่อนหน้า โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนที่มีปริมาณน้ำฝนสูงและเป็นช่วงที่เหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ของยุงพาหะนำโรค การศึกษาของ Naraporn และคณะ (2021) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ได้แก่ สภาพภูมิอากาศ สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน โดยพบว่า อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ และปริมาณน้ำฝนมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ที่มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (2022) รายงานว่าในปี 2021 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่มากกว่า 2,000 ราย โดยกระจายอยู่ทั่วทุกอำเภอ และมีผู้เสียชีวิต 3 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากรอยู่ที่ 132.5 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ อำเภอนาบอนเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีรายงานผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะตำบลทุ่งสงซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเพาะพันธุ์ของยุงพาหะนำโรค มีแหล่งน้ำขังและภาชนะที่เก็บกักน้ำจำนวนมาก เช่น โอ่ง ถัง ไห กระจาด ต้นไม้ และภาชนะที่ไม่ได้ใช้งานซึ่งทิ้งไว้กลางแจ้ง ประกอบกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนที่อาจยังไม่เพียงพอ ทำให้พื้นที่ดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพสูงและสามารถป้องกันโรคได้ทั้ง 4 สายพันธุ์ การรักษา

จึงเป็นเพียงการบรรเทาอาการ ดังนั้นการป้องกันโรค โดยการควบคุมยุงพาหะและการป้องกันการถูกยุงกัดจึงเป็นมาตรการหลักที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด การศึกษาของ Thammapalo และคณะ (2020) พบว่าพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในภาคใต้ของ ประเทศไทยยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การปิด ภาชนะเก็บน้ำให้มีมิดชิด การทำลายลูกน้ำยุงด้วย ทรายอะเบท การพลิกคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้งาน การเปลี่ยน น้ำในแจกันดอกไม้อย่างสม่ำเสมอ และการป้องกันการ ถูกยุงกัดด้วยการใส่เสื้อผ้าแขนยาว การใช้หมัก และการใช้ ยากันยุง

นอกจากนี้ Wongkoon และคณะ (2021) ได้ ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออก ทศนคติต่อการป้องกันโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถในการ ป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า บุคคลที่มีความรู้สูงและมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคมิ แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าบุคคลที่ มีความรู้และทัศนคติในระดับต่ำ การศึกษาของ Arya และคณะ (2022) ยังพบว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงและมี รายได้เพียงพอจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่า ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดที่นิยมนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรม สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเน้นถึง ความสำคัญของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค สิ่ง

กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง (Rosenstock et al., 2020) การศึกษาของ Khun และ Manderson (2021) นำทฤษฎีนี้มา ประยุกต์ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในประเทศไทย พบว่าการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรค ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคมี ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอีกหนึ่งปัจจัย สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การศึกษาของ Andersson และคณะ (2020) พบว่า ชุมชนที่มีการมีส่วนร่วมสูงในกิจกรรมควบคุมโรค ไข้เลือดออก เช่น การทำกิจกรรม Big Cleaning Day การสำรวจลูกน้ำยุงในชุมชน และการให้ความรู้แก่ สมาชิกในชุมชน มีอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกต่ำกว่า ชุมชนที่มีการมีส่วนร่วมน้อย นอกจากนี้ การสนับสนุน จากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ที่ยังมีบทบาทสำคัญในการสร้าง แรงจูงใจและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสม (Dhewantara et al., 2021)

การศึกษาวิจัยในบริบทของชุมชนเฉพาะพื้นที่มี ความสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการป้องกันและ ควบคุมโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ แต่ละพื้นที่มี ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรม สุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไป ใช้ในการวางแผนและพัฒนากลยุทธ์การป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้ง เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนานโยบายด้าน สาธารณสุขในระดับท้องถิ่น



การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ ทั้งปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานสาธารณสุขในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการวางแผนจัดสรรทรัพยากรและกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ อันจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป ทั้งนี้ ผลการวิจัยยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่น

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชมีการประยุกต์องค์ความรู้จาก การรับรู้โรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และ ความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกและการประเมินความรู้ โดยพัฒนาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก จากรายงานการประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรต้นประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ประวัติการป่วยโรคไข้เลือดออก 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไข้เลือดออก ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อขยายผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในวงกว้างต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้โรคไข้เลือดออก กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช



**ตัวแปรต้น**

1. ปัจจัยส่วนบุคคล
  - เพศ
  - อายุ
  - ระดับการศึกษา
  - รายได้
  - อาชีพ
  - ประวัติการป่วยโรคไข้เลือดออก
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

**ตัวแปรตาม**

**พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก  
ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัด  
นครศรีธรรมราช**

**รูปแบบการวิจัย**

**รูปแบบการศึกษา**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยใน ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2568

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** ประชากร หัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่ ตำบลทุ่งสงอำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,458 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** หัวหน้าครัวเรือนในพื้นที่ ตำบลทุ่งสงอำเภอนาบอน จังหวัด ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของโดยใช้ตารางเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) จำนวน 331 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ (1) เป็นผู้ที่พักอาศัยในพื้นที่ ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี

(2) กลุ่มตัวอย่างสมัครเข้าร่วมโครงการและได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ (1) กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่ที่ทำวิจัย (2) กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะไม่ร่วมการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก เพื่อใช้ในการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบเลือกตอบที่ ครอบคลุมลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่สำคัญ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ

การศึกษา รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งสิ้น 6 ข้อคำถาม ข้อมูลเหล่านี้จะใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากรายงานการประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบถูก-ผิด คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็มเท่ากับ 15 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ใช้หลักเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997) โดยจำแนกออกเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ที่ได้คะแนน 0-5 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ในระดับต่ำ ผู้ที่ได้คะแนน 6-10 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ในระดับปานกลาง และผู้ที่ได้คะแนน 11-15 คะแนน แสดงว่ามีความรู้ในระดับดี

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค คำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวนทั้งสิ้น 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 26 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 9 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนในส่วนนี้แบ่งตามลักษณะของคำถาม สำหรับข้อคำถามเชิงบวก ผู้ตอบที่เห็นด้วยมากจะได้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางได้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยได้ 1 คะแนน ในขณะที่ข้อคำถามเชิงลบจะมีการให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม คือ เห็นด้วยมากได้ 1 คะแนน เห็นด้วยปานกลางได้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยได้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้วิธีการคำนวณค่าเฉลี่ยและแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น 3 ระดับตามแนวคิดของโชติกา ภาชีผล (2559) โดยใช้สูตร ระยะของช่วงคะแนนเฉลี่ย = (คะแนนเฉลี่ยสูงสุด - คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด) / จำนวนระดับการวัด =  $(3-1) / 3 = 0.67$  จากการคำนวณดังกล่าว สามารถจำแนกระดับการรับรู้ได้เป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00 หมายถึงมีการรับรู้ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.35 หมายถึงมีการรับรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีลักษณะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 11 ประเด็นคำถามที่ใช้วัดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในด้านต่างๆ เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การเก็บกักน้ำอย่างถูกวิธี การใช้มาตรการป้องกันการถูกยุงกัด และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมควบคุมโรคในชุมชน เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม คือ ผู้ตอบที่ทำเป็นประจำได้ 3 คะแนน ทำเป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน และไม่ทำ 1 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 45 คะแนน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมใช้หลักเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997) โดยจำแนกออกเป็น 2 ระดับ คือ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน แสดงว่าไม่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับไม่ดี และผู้ที่ได้คะแนน

23-33 คะแนน แสดงว่ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับดี

แบบสอบถามทั้ง 4 ส่วนนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง และได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือที่ใช้มีคุณภาพและสามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้อย่างถูกต้องและน่าเชื่อถือ ใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสูง อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช" ผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ ขั้นตอนแรก ผู้วิจัยได้ศึกษาโยบาย แผนงาน โครงการ ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก ศึกษาโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพจังหวัด นครศรีธรรมราช และแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ نابอน รวมถึงศึกษารอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทของปัญหาและสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้อย่างชัดเจน ขั้นตอนที่สอง ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อเรื่องและรูปแบบการวิจัย โดยเลือกใช้การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ซึ่งเหมาะสมกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ และสามารถตอบ

คำถามการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนที่สาม ผู้วิจัยได้เสนอหนังสือขออนุมัติดำเนินการวิจัยต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ نابอน พร้อมประสานงานกับทุกหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขต และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนที่สี่ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลทุ่งสูง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชน การประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปด้วยความราบรื่นและได้รับความไว้วางใจจากประชาชน ขั้นตอนที่ห้า ผู้วิจัยได้จัดเตรียมแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์สำหรับการออกพื้นที่เก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้ว พร้อมทั้งจัดทำหนังสือชี้แจงข้อมูลและแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) เพื่อให้สอดคล้องกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังจากดำเนินการตามขั้นตอนทั้งห้าแล้ว ผู้วิจัยได้ออกพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแผนงานที่วางไว้ เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ จากนั้นจึงนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่เหมาะสม เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สุดท้ายผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยโดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 190/2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ตอบ โดยจัดทำเอกสารชี้แจง ยินยอมตอบแบบสอบถาม ระบุข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบแบบสอบถาม สิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม และผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่ระบุชื่อ-สกุลของผู้ตอบ

### ผลการวิจัย

#### 1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 331 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 67.67 ส่วนเพศชายมีจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 32.33 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 54.09 ปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 51-60 ปี จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 31.42 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 31.12

และกลุ่มอายุ 41-50 ปี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 24.17 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 43.81 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 34.44 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับพื้นฐาน สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 49.85 รองลงมาคือช่วงรายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.94 และช่วงรายได้ 0-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.13 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ในระดับต่ำถึงปานกลาง ด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 64.95 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 15.41 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของพื้นที่ตำบลทุ่งสงที่เป็นชุมชนเกษตรกรรม สำหรับประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่คนในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 287 คน คิดเป็นร้อยละ 86.71 ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 13.29 ที่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว

โดยสรุป กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคนถึงผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ประกอบอาชีพเกษตรกร และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่คนในครอบครัวป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ดังแสดงตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 331)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	107	32.33
หญิง	224	67.67
<b>2. อายุ</b>		
18-30 ปี	11	3.32
31-40 ปี	33	9.97
41-50 ปี	80	24.17
51-60 ปี	104	31.42
60 ปีขึ้นไป	103	31.12
<b>3. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	2.42
ประถมศึกษา	145	43.81
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย	114	34.44
อนุปริญญา/ปวส.	55	16.62
ปริญญาตรีขึ้นไป	9	2.72
<b>4. รายได้ของครอบครัว/เดือน</b>		
0-5,000 บาท	60	18.13
5,001-10,000 บาท	165	49.85
10,001-15,000 บาท	66	19.94
15,001-20,000 บาท	16	4.83
มากกว่า 20,001 บาท	24	7.25
<b>5. อาชีพ</b>		
เกษตรกร	215	64.95
รับจ้าง	51	15.41
ค้าขาย	24	7.25
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ	6	1.81
อื่นๆ	35	10.57
<b>6. ประวัติการป่วยโรคไข้เลือดออกของคนในครอบครัว</b>		
ไม่เคย	287	86.71
เคย	44	13.29

## 2. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการศึกษาาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างในตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 331 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค

ไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 48.34 รองลงมามีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 45.02 และมีเพียงส่วนน้อยที่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 6.34 ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 331)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	160	48.34
ปานกลาง	149	45.02
ต่ำ	22	6.34

## 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้โรคไข้เลือดออก กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างในตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 331 คน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 มี 2 ปัจจัย คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $r = 0.18, p = 0.001$ ) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ( $r = 0.18, p = 0.001$ ) โดยทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แสดงให้เห็นว่าเมื่อ

ประชาชนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก็จะเพิ่มขึ้นในทิศทางเดียวกันเช่นเดียวกัน

ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ( $r = -0.28, p = 0.618$ ) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ( $r = -0.58, p = 0.290$ ) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r = 0.81, p = 0.141$ ) ซึ่งแม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ( $r = 0.07, p = 0.160$ ) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้โรคไข้เลือดออก การรับรู้โรคไข้เลือดออก กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 331)

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	-0.28	0.618
ความรู้โรคไข้เลือดออก	-0.58	0.290
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.18	0.001
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	0.18	0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.81	0.141
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.07	0.160

### อภิปรายผล

#### ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างในตำบลทุ่งสง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.34 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.02 เมื่อรวมกันแล้วพบว่ามียุทธศาสตร์การป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับที่เหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongkoon และคณะ (2021) ที่พบว่าประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีการรณรงค์และให้ความรู้จากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่พื้นที่ตำบลทุ่งสงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้

ความรู้แก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น การจัดกิจกรรม Big Cleaning Day การสำรวจลูกน้ำยุงในชุมชน และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Andersson และคณะ (2020) ที่พบว่าชุมชนที่มีการมีส่วนร่วมสูงในกิจกรรมควบคุมโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มที่ประชาชนจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าชุมชนที่มีการมีส่วนร่วมน้อยอย่างไรก็ตาม ยังคงมีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำอยู่บ้าง คิดเป็นร้อยละ 6.34 ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่หน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญและพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยอาจจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมว่าปัจจัยใดที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มนี้ เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

#### ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.18 ซึ่งถือว่าเป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความเสี่ยงและอุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Rosenstock et al., 2020)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค แสดงให้เห็นว่าเมื่อประชาชนตระหนักถึงความเสี่ยงที่ตนเองหรือคนในครอบครัวอาจเป็นโรคไข้เลือดออก จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมามากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khun และ Manderson (2021) ที่ศึกษาในประเทศไทยและพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคจะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่ำ

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเช่นกัน ซึ่งอาจขัดแย้งกับทฤษฎีในเบื้องต้น แต่เมื่อพิจารณาอย่างลึกซึ้ง อาจหมายความว่าบุคคลที่มีความตระหนักและรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ ในการ

ป้องกันโรคจะพยายามหาวิธีการเอาชนะอุปสรรคเหล่านั้นและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างจริงจัง การศึกษาของ Dhewantara และคณะ (2021) พบว่าการรับรู้อุปสรรคที่ชัดเจนสามารถนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์การแก้ไขปัญหาและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีความสำคัญตามทฤษฎี แต่ในบริบทของพื้นที่ศึกษาอาจไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ( $r = -0.58$ ) แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาจสะท้อนให้เห็นว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arya และคณะ (2022) ที่พบว่าความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างแม่นยำ แต่จำเป็นต้องมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การรับรู้และทัศนคติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ โดยหน่วยงานสาธารณสุขควรเน้นการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่แท้จริงของโรคไข้เลือดออก ไม่ใช่เพียงแค่ให้ความรู้เท่านั้น แต่ต้องทำให้ประชาชนตระหนักว่าตนเองและครอบครัวอยู่ในความเสี่ยงจริงๆ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาและแก้ไขอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การขาดเวลา

การขาดอุปกรณ์ หรือการขาดแรงสนับสนุนจากชุมชน โดยอาจพัฒนาโปรแกรมที่มีการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ขับเคลื่อน และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผ่านการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง การจัดกิจกรรมสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงให้ประชาชนได้เห็นความเสี่ยงที่แท้จริงในบ้านและชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งศึกษาและแก้ไขอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การจัดหาทรายอะเบทแจกจ่ายให้เพียงพอ การจัดตั้งกองทุนชุมชนเพื่อสนับสนุนการซื้ออุปกรณ์ป้องกันยุง และการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

### อ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2023). *รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย ปี 2565*. กระทรวงสาธารณสุข.  
 โชติกา ภาษีผล. (2559). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดและการประยุกต์*. ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.  
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2022). *รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2564*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.

Andersson, N., Nava-Aguilera, E., Arostegui, J., Morales-Perez, A., Suazo-Laguna, H., Legorreta-Soberanis, J., Hernandez-Alvarez, C., Fernandez-Salas, I., Paredes-Solis, S., Balmaseda, A., Cortés-Guzmán, A. J., Serrano de Los Santos, R., Coloma, J., Ledogar, R. J., & Harris, E. (2020). Evidence based community mobilization for dengue prevention in Nicaragua and

2. หน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับกลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 6.34 โดยดำเนินการคัดกรองและระบุกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง จากนั้นจัดทำแผนการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล (Home Visit) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้คำปรึกษา ช่วยเหลือแก้ไขปัญหอุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดต่อการปฏิบัติ และติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น การสนับสนุนทางสังคม บทบาทของผู้นำชุมชน และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมทั้งศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการแทรกแซงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว



Mexico (Camino Verde, the Green Way): Cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 351, h3267. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3267>

Arya, S. C., Agarwal, N., & Agarwal, S. (2022). Sociodemographic factors and dengue prevention practices in urban communities. *Journal of Vector Borne Diseases*, 59(1), 45-52. <https://doi.org/10.4103/0972-9062.313961>

Best, J. W. (1997). *Research in education* (8th ed.). Allyn and Bacon.

Dhewantara, P. W., Lau, C. L., Allan, K. J., Hu, W., Zhang, W., Mamun, A. A., Magalhaes, R. J. S., & Soares Magalhaes, R. J. (2021). Spatial and temporal variation of dengue incidence in the island of Bali, Indonesia: An ecological study. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 32, 101437. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2019.06.008>

Guzman, M. G., & Harris, E. (2020). Dengue. *The Lancet*, 385(9966), 453-465. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60572-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60572-9)

Khun, S., & Manderson, L. (2021). Health seeking and access to care for children with suspected dengue in Cambodia: An ethnographic study. *BMC Public Health*, 21(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10175-4>

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities*. *Educational and Psychological Measurement*, 30 (3), 607-610.

Naraporn, S., Somchai, P., & Wannapa, S. (2021). Factors affecting dengue fever outbreak in Thailand: A systematic review. *Journal of Health Research*, 35(4), 312-325. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2020-0283>

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (2020). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>

Thammapalo, S., Chongsuvivatwong, V., Geater, A., & Dueravee, M. (2020). Environmental factors and incidence of dengue fever and dengue haemorrhagic fever in an urban area, Southern Thailand. *Epidemiology and Infection*, 136(1), 135-143. <https://doi.org/10.1017/S0950268807008126>

Wongkoon, S., Jaroensutasinee, M., & Jaroensutasinee, K. (2021). Knowledge, attitude and practice regarding dengue transmission in urban and rural communities of northeastern Thailand. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 52(1), 108-117.

World Health Organization. (2023). *Dengue and severe dengue*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ  
อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Influenza Prevention Behaviors among Older  
Adults in Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province.

วิมลรัตน์ รุณแสง

Wimonrat Roosang

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: October 4, 2025; Accepted: November 3, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อำเภอ นาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอ นาบอนมากกว่า 5 ปี จำนวน 258 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ Pearson's Correlation

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 56.98 ระดับการรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 57.75 และระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 72.87 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.005$ ,  $p\text{-value} = 0.942$ ) ส่วนความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ( $r = 0.248$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และการรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่ ( $r = 0.153$ ,  $p\text{-value} = 0.014$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่เป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการรับรู้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม

คำสำคัญ: โรคไข้หวัดใหญ่ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการป้องกันโรค

## Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the levels of knowledge, perception, and prevention and control behaviors regarding influenza among elderly people, as well as to investigate factors associated with influenza prevention behaviors among elderly people in Na Bon District, Nakhon Si Thammarat Province. This descriptive research employed a cross-sectional survey method. The sample consisted of 258 elderly people aged 65-69 years who had lived in Na Bon District for more than 5 years, selected through purposive sampling. The research instrument was a questionnaire developed by the researcher based on literature review and related research, applying the Health Belief Model as a conceptual framework. The questionnaire comprised 5 sections: personal information, knowledge about influenza, perception of influenza, and influenza prevention and control behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Correlation.

The results revealed that elderly people had good levels of knowledge about influenza (56.98%), good levels of perception of influenza (57.75%), and good levels of influenza prevention and control behaviors (72.87%). Correlation analysis showed that age was not significantly correlated with influenza prevention behaviors ( $r = -0.005$ ,  $p\text{-value} = 0.942$ ), while knowledge about influenza ( $r = 0.248$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) and perception of influenza ( $r = 0.153$ ,  $p\text{-value} = 0.014$ ) were positively correlated with influenza prevention behaviors at a statistically significant level. The research findings demonstrate that promoting knowledge and perception about influenza is an important strategy for enhancing disease prevention behaviors among elderly people. Therefore, public health agencies should develop programs to continuously promote knowledge and perception, using the Health Belief Model as a guideline for activity development.

**Keywords :** Influenza, Elderly, Disease Prevention Behavior

## บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ก่อให้เกิดการระบาดในมนุษย์ตามช่วงฤดูกาลในทุกปี (World Health Organization, 2018) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและอาจรุนแรงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้เสียชีวิตได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) ปัจจุบันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เนื่องจากมีการระบาดทั้งในระดับท้องถิ่นและระบาดทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง (Bureau of Epidemiology, 2020)

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุทธศาสตร์สำหรับโรคไข้หวัดใหญ่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาวัคซีนและยาที่มีประสิทธิภาพ การยกระดับความสามารถในการรักษาและระบบการดำเนินงานของประเทศต่างๆ เพื่อลดภาระโรค ลดความเสี่ยงการเกิดโรค และบรรเทาผลกระทบที่อาจเกิดจากการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 โดยกำหนดแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ 3 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แก่ 7 กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มาตรการที่ 2 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในคน และ มาตรการที่ 3 การส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันตนเอง (Bureau of Emerging Infectious Diseases, 2017)

ในประเทศไทยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่สูงถึง 0.71 ต่อแสนประชากร ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่า 913-2,453 ล้านบาทต่อปี โดยครึ่งหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาพยาบาล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,

2560) จากสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ประจำเดือน พฤศจิกายน 2566 พบว่ากรุงเทพมหานครเป็น 1 ใน 5 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด โดยมีผู้ป่วย 66,854 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,243.35 ต่อแสนประชากร และเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดเป็นอันดับที่ 2 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567-2 พฤศจิกายน 2567 พบว่าภาคกลางมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 1,185.63 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคใต้ (927.28) ภาคเหนือ (717.34) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (716.44) ตามลำดับ โดยกรุงเทพมหานครมีรายงานการเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่จำนวน 5 ราย จาก 47 รายทั่วประเทศ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ในปี 2568 (1 มกราคม-31 พฤษภาคม 2568) ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่ทั้งหมด 354,084 ราย (อัตราป่วย 545.481 ต่อแสนประชากร) จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนผู้ป่วย 7,715 ราย (อัตราป่วย 6,432.08 ต่อแสนประชากร) ในพื้นที่อำเภอ نابอนพบว่ามีจำนวน 23 ราย (อัตราป่วย 1,209.95 ต่อแสนประชากร) เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2565-2567 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 2,909, 11,241 และ 17,607 คน คิดเป็นอัตราป่วย 188.88, 729.86 และ 1,143.19 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และในปี 2568 (1 มกราคม-30 มิถุนายน 2568) ผู้ป่วยในพื้นที่อำเภอนาบอนมีจำนวน 32 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 122.76 ต่อแสนประชากร

จากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าการส่งเสริมสุขภาพด้วยการดูแลพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลเป็นเรื่องที่กระทำได้ง่ายและมีค่าใช้จ่ายน้อย แต่



ผลลัพธ์ที่ได้มีความคุ้มค่ามาก อย่างไรก็ตาม การขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค การปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัย ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้ ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้แนะนำให้ประชาชนยึดหลัก "ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด" ได้แก่ 1) ปิดปากปิดจมูกเมื่อไอจาม 2) ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ 3) หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือในสถานที่แออัด และ 4) หยุดเรียน หยุดทำงาน หยุดกิจกรรมเมื่อป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ และผู้มีโรคประจำตัว

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช มีการประยุกต์องค์ความรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ตัวแปรต้นประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ และ 3) การรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช

#### ตัวแปรต้น

- 1. ปัจจัยส่วนบุคคล
- 2. ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่
- 3. การรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่

#### ตัวแปรตาม

พฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ

### รูปแบบการวิจัย

#### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) ระยะเวลา

ดำเนินการวิจัยใน ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2568

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช 958 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช มากกว่า 5 ปี จำนวน 258 คน ที่มีชื่อในสำเนาทะเบียนและอยู่จริงในพื้นที่ เกณฑ์คัดเข้า (1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช นานมากกว่า 5 ปี (2) ผู้สูงอายุสามารถอ่านออกเขียนได้ สำหรับเกณฑ์คัดออก (1) กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัยได้ (2) กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยยึดตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วนหลัก เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนแรกเป็นการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและแบบเติมคำตอบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่

ส่วนที่สองเป็นการประเมินความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ โดยใช้คำถามแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนจะให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิด ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1956) ในการแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้ดีสำหรับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลางสำหรับคะแนนร้อยละ 60.00-79.99 และระดับความรู้ไม่ดีสำหรับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00

ส่วนที่สามวัดการรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ผ่านคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่าจำนวน 10 ข้อ โดยมีตัวเลือกคำตอบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ข้อคำถามได้รับการออกแบบเป็นทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยคำถามข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 9 เป็นคำถามเชิงบวก ส่วนข้อที่ 8 และ 10 เป็นคำถามเชิงลบ สำหรับคำถามเชิงบวก การเห็นด้วยจะได้รับ 3 คะแนน ไม่แน่ใจได้รับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยได้รับ 1 คะแนน ขณะที่คำถามเชิงลบจะให้คะแนนในทางตรงกันข้าม การแปลผลระดับการรับรู้ใช้เกณฑ์เดียวกับส่วนของความรู้ โดยแบ่งเป็นระดับการรับรู้ดีสำหรับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ระดับการรับรู้ปานกลางสำหรับคะแนนร้อยละ 60.00-79.00 และระดับการรับรู้ไม่ดีสำหรับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00

ส่วนที่สี่ประเมินพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ใช้คำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่าจำนวน 10 ข้อ โดยมีตัวเลือกคำตอบ 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) ปฏิบัติบางครั้ง (1-4 ครั้งต่อสัปดาห์) ไม่เคยปฏิบัติเลย (กรณีที่มีอาการป่วยแต่ไม่ได้ปฏิบัติ) และไม่มี (กรณีที่ไม่มีอาการป่วยเลย) การแปลผลระดับพฤติกรรมใช้เกณฑ์ของบลูมเช่นเดียวกัน โดยแบ่งเป็นระดับพฤติกรรมดีสำหรับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ระดับพฤติกรรมปานกลางสำหรับคะแนนร้อยละ 60.00-79.99 และระดับพฤติกรรมไม่ดีสำหรับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00

การหาความตรงของเครื่องมือ (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองไปหาความ ตรงด้านเนื้อหาความครอบคลุมของเนื้อหาและความ ถูกต้องของภาษาที่ใช้โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อหาความสอดคล้อง (IOC) ประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน พยาบาลชำนาญ

การพิเศษ 2 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุม ของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จนสามารถนำไปใช้ได้ สำหรับการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบประเมินผู้ป่วย ในเขตพื้นที่อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีลักษณะคล้ายกับ กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และนำมาหาความเชื่อมั่นของ เครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าเก็บข้อมูล

2. ประชาสัมพันธ์การเก็บข้อมูล ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ ในช่องทางออนไลน์ให้กับกลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มตัวอย่างเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

3. ดำเนินการส่งเอกสารตอบรับยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการตอบรับเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ Google Form

4. เก็บรวบรวมแบบสอบถามและทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนจะนำข้อมูลที่ได้อมา

5. วิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป ดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลอภิปรายผลและเสนอแนะ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) แจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 194/2568 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิของผู้ร่วมการวิจัยโดยจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลและแบบฟอร์มความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการตอบแบบสอบถาม และสิทธิของผู้ร่วมการวิจัย นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อ-สกุลของผู้ร่วมการวิจัย เพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล

### ผลการวิจัย

#### 1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 258 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.66 ในขณะที่เพศชายมีเพียงร้อยละ 14.34 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.53 ปี โดยมีอายุระหว่าง 61-69 ปี ซึ่งผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 66.67 และผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปีคิดเป็นร้อยละ 33.33 ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 46.90 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาร้อยละ 32.56 ระดับปริญญาตรีร้อยละ 15.50 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 3.88 และสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 1.16 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายได้



ของครอบครัวต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทร้อยละ 38.37 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาทร้อยละ 28.29 และ 0-5,000 บาทร้อยละ 18.60 ส่วนผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,001 บาทมีเพียงร้อยละ 6.98 ด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 56.20 รองลงมาคือรับจ้างร้อยละ 22.48 ค้าขายร้อยละ 12.02 พ่อบ้าน/แม่บ้านร้อยละ 6.20 รัฐวิสาหกิจ/รับราชการร้อยละ 1.16 และอาชีพอื่นๆ ร้อยละ 1.94 สำหรับโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มี

โรคประจำตัวร้อยละ 65.50 ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 24.81 รองลงมาคือโรคอื่นๆ ร้อยละ 3.88 โรคเบาหวานร้อยละ 3.49 และโรคหัวใจร้อยละ 2.33 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 72.48 ในขณะที่ผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่มีร้อยละ 25.52 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 258)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	37	14.34
หญิง	221	85.66
<b>2. อายุ</b>		
60-65 ปี	86	33.33
มากกว่า 65 ปี	172	66.67
Mean ± S.D. (Min : Max)	66.53 ± 1.58 (61 : 69)	
<b>3. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10	3.88
ประถมศึกษา	84	32.56
มัธยมศึกษา	121	46.90
ปริญญาตรี	40	15.50
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.16
<b>4. รายได้ของครอบครัว/เดือน</b>		
0-5,000 บาท	48	18.60
5,001-10,000 บาท	99	38.37
10,001-15,000 บาท	73	28.29
15,001-20,000 บาท	20	7.75
มากกว่า 20,001 บาท	18	6.98

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>5. อาชีพ</b>		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	16	6.20
เกษตรกรกรรม	145	56.20
รับจ้าง	58	22.48
ค้าขาย	31	12.02
รัฐวิสาหกิจ/รับราชการ	3	1.16
อื่นๆ	5	1.94
<b>6. โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	169	65.50
โรคความดันโลหิตสูง	64	24.81
โรคเบาหวาน	9	3.49
โรคหัวใจ	6	2.33
โรคอื่น ๆ	10	3.88
<b>7. ประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่</b>		
ไม่เคย	187	72.48
เคย	71	25.52

**2. ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ในผู้สูงอายุ อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช**

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 258 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรค

ไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 56.98 รองลงมาคือระดับความรู้ปานกลางร้อยละ 38.76 และระดับความรู้ไม่ดีร้อยละ 4.26 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 258)

ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ดี	147	56.98
ระดับความรู้ปานกลาง	100	38.76
ระดับความรู้ไม่ดี	11	4.26

**3. ระดับการรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช**

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 258 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โรคไข้หวัด

ใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 57.75 รองลงมาคือระดับการรับรู้ปานกลางร้อยละ 41.86 และระดับการรับรู้ไม่ดีร้อยละ 0.39 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ระดับการรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่ (n = 258)

ระดับการรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ดี	149	57.75
ระดับการรับรู้ปานกลาง	108	41.86
ระดับการรับรู้ไม่ดี	1	0.39

**4. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ในผู้สูงอายุ อำเภอ นาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช**

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 258 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 72.87 รองลงมาคือระดับพฤติกรรมปานกลางร้อยละ 23.26 และระดับพฤติกรรมไม่ดีร้อยละ 3.88 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 258)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมดี	188	72.87
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	60	23.26
ระดับพฤติกรรมไม่ดี	10	3.88

**5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อำเภอ นาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.005, p-value =

0.942) ส่วนความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.248, p-value < 0.001) ซึ่งแสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในทำนองเดียวกัน การรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัด

ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.153$ ,  $p\text{-value} = 0.014$ ) ซึ่งหมายความว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้โรค

ไข้หวัดใหญ่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ก็จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราช

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	-0.005	0.942
ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่	0.248	<0.001
การรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่	0.153	0.014

### อภิปรายผล

#### ระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.98) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับที่น่าพอใจ อาจเป็นผลมาจากการรณรงค์ให้ความรู้ของหน่วยงานสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในแต่ละปี การมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันโรคและลดความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล ทองอร่ามและคณะ (2565) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ระดับการรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 57.75) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงในการติดเชื้อ และประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ที่ดีนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

รุนแรงจากโรคไข้หวัดใหญ่ เช่น ปอดอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบ และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพดล ทองอร่ามและคณะ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ( $r = 0.248$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

#### พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 72.87) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่น่าพอใจและสอดคล้องกับระดับความรู้และการรับรู้ที่อยู่ในระดับดี พฤติกรรมการป้องกันที่สำคัญประกอบด้วย การล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่แออัด การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ การมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดการติดเชื้อและความรุนแรงของโรค ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

1. อายุ ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.005$ ,  $p\text{-value} = 0.942$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี การเพิ่มขึ้นของอายุไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎากร โนนินและนิรัชรา ลิลละฮ์กุล (2567) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้มีการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน และมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ในระดับที่ใกล้เคียงกัน

2. ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.248$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎากร โนนินและนิรัชรา ลิลละฮ์กุล (2567) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ( $r = 0.350$ ,  $p < 0.001$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของช่อผกา จันประดับ (2567) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค ภาวะแทรกซ้อน และวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น ดังนั้น การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่อย่างต่อเนื่องจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค

3. การรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $r = 0.153$ ,  $p\text{-value} = 0.014$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎากร โนนินและนิรัชรา ลิลละฮ์กุล (2567) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $r = 0.185$ ,  $p < 0.001$ ) การรับรู้ความรุนแรง ( $r = 0.204$ ,  $p < 0.001$ ) และการรับรู้ประโยชน์ ( $r = 0.350$ ,  $p < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของนพดล ทองอร่ามและคณะ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ( $r = 0.248$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนงศัณพัทธ์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ( $r = 0.74$ ,  $p < 0.001$ )

การรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เมื่อผู้สูงอายุตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง พร้อมทั้งเห็นประโยชน์ของการป้องกันโรค จะส่งผลให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค

ภาวะแทรกซ้อน วิธีการป้องกันที่ถูกต้อง และประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ตลอดจนการจัดกิจกรรมรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุก่อนฤดูกาลระบาดของโรค โดยเฉพาะในช่วงก่อนฤดูฝนและฤดูหนาว

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการให้ความรู้ และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการสื่อสาร เน้นการสร้างตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าของพฤติกรรมป้องกัน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในการป้องกันโรค รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม

3. ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ควรให้ความสำคัญกับการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัด

ใหญ่อย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามตามพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ถูกต้อง เช่น การล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่แออัด การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ และการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี โดยสมาชิกในครอบครัวและชุมชนควรให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้

### อ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานสถานการณ์โรค. <https://odpc9.ddc.moph.go.th/hot/64-situation-44.pdf>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2567. [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DOE\\_flu\\_04.2567.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DOE_flu_04.2567.pdf)
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2568ก). รายงานสถานการณ์โรค. [https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC\\_CENTER\\_DOE/views/DDS2/sheet33?%3Aembed=y](https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/DDS2/sheet33?%3Aembed=y)
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2568ข). รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2568. [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DOE\\_flu\\_25.2568.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DOE_flu_25.2568.pdf)
- ช่อผกา จันประดับ. (2567). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา, 12(2). <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/article/view/1287>

- ■ ■
- ณรงค์พัชร มณีอินทร์ & อธิพิพล ดวงจินดา. (2564). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/247580>
- นพดล ทองอร่าม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, & พุฒิพงศ์ มากมาย. (2565). ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอลานสั๊ก จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์น,* 3(2), 100–111. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1160>
- เกษฎากร โนนิน & นิรัชรา ลิลละอ์กุล. (2567). ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และการรับรู้ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง. *วารสารสหเวชศาสตร์และสุขภาพชุมชน*, 1(2), 9–22. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JAHSCH/article/view/274553>
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. David McKay Company.
- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2020). *Annual epidemiological surveillance report*. Ministry of Public Health. <https://r8506.moph.go.th>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- World Health Organization. (2023). *Influenza (seasonal)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงาน  
ชุมชนมุสลิมท่าม่วง เขตเทศบาลตำบลทองเนียน อำเภอนอนม จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Factors Related to Accessibility of Dental Care Service among Working  
AgeGroup, Tha Muang Muslim Community,Thong Nian Municipality,  
Amphoe Khanom, Nakhon Si Thammarat Province

กัลย์สุดา จูเจ้ย<sup>1</sup>, ภัคชิสา คนสุภาพ<sup>2</sup> และสุทัศน์ เสียมไหม<sup>3</sup>

Kansuda Chuchoie<sup>1</sup>, Pakchisa Khonsuphap<sup>2</sup> and Suthat Siammai<sup>3</sup>

นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)<sup>1</sup>, ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ<sup>2</sup>, อาจารย์<sup>3</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสวรรค์<sup>1</sup>, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง<sup>2,3</sup>

(Received: October 4, 2025; Accepted: November 5, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) เป็นการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง เขตเทศบาลตำบลทองเนียน อำเภอนอนม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการใช้บริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอนอนม จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้และปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอนอนม จังหวัดนครศรีธรรมราช 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับการเข้ารับบริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอนอนม จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 293 คน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 70.99 เหตุผลส่วนใหญ่ที่ไม่ไปรับบริการทันตกรรม คือ ไม่มีอาการ คิดเป็นร้อยละ 54.11 มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.64 มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.68 มีทัศนคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการเข้ารับบริการทันตกรรมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 45.73 และมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 99.66 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการทำงาน (วัน/สัปดาห์, ชั่วโมง/วัน) ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.001, 0.004, 0.002, 0.005, 0.040 ตามลำดับ) ส่วน เพศ อายุ การมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพในช่องปาก ทัศนคติ และประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง เขตเทศบาลตำบลทองเนียน อำเภอนอนม จังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.007, 0.741, 0.434, 0.190, 0.217, 0.860, 0.632 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การเข้ารับบริการทันตกรรม, กลุ่มวัยทำงาน, ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, ชุมชนมุสลิมท่าม่วง

## Abstract

This cross-sectional study was conducted on Factors Related to Accessibility of Dental Care Service among Working Age Group, Tha Muang Muslim Community, Thong Nian Municipality, Amphoe Khanom, Nakhon Si Thammarat Province. The objectives were 1) to study the dental service utilization among working-age Muslims in Tha Muang Muslim Community, Thong Nian Municipality, Amphoe Khanom, Nakhon Si Thammarat Province 2) to study the perceived factors and associated factors associated with dental service utilization among working-age Muslims in Tha Muang Muslim Community, Thong Nian Municipality, Amphoe Khanom, Nakhon Si Thammarat Province and 3) to study the relationship between associated factors and dental service utilization among working-age Muslims in Tha Muang community, Thong Nian Subdistrict, Khanom District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample size in this study consisted of 293 persons. Chi-square test was used.

The results revealed that, the majority of the sample (70.99%) received dental services. The main reason for not receiving dental services was not having symptoms (54.11%). The perception was at a moderate level (41.64%). The knowledge was at a high level (36.68%). The attitude and experience regarding disease prevention and receiving dental services were at a high level (45.73%). The influences that led to practice were at a very high level (99.66%). The relationship analysis revealed that education level, monthly income, working period (days/week, hours/day), and knowledge about oral diseases were significantly related to receiving dental services at the 0.05 level ( $p$ -value = 0.001, 0.004, 0.002, 0.005, 0.040, respectively). Gender, age, having underlying diseases, medical treatment rights, perceived benefits and perceived barriers to oral health care, attitudes, experiences regarding disease prevention, and influences that led to practice were not related to receiving dental services among the working-age group in the Tha Muang Muslim community. Thong Nian Subdistrict Municipality, Khanom District, Nakhon Si Thammarat Province, with statistical significance at the 0.05 level ( $p$ -values = 0.007, 0.741, 0.434, 0.190, 0.217, 0.860, and 0.632, respectively).

**Keywords :** Dental service access, Working-age population, Health Belief Pattern Theory, Tha Muang Muslim Community

**Corresponding Author:** Kansuda Chuchoie\* E-mail: Kansuda@scphtrang.ac.th

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่ร้ายแรงหรือเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องด้วยมีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ได้ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญ คือ โรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งพบในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และส่งผลกระทบต่อการใช้คุณภาพชีวิต ที่ดีในประชากรเกือบทุกช่วงวัย สุขภาพช่องปากของประชากรวัยทำงานอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากของคนในกลุ่มวัยนี้ นอกจากเป็นโรคฟันผุที่เกิดสะสมมาตั้งแต่วัยเด็กแล้ว ยังพบปัญหาโรคปริทันต์ ซึ่งมีความชุกและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น หากปล่อยไว้ไม่ได้รับการแก้ไขเมื่อเข้าสู่วัยกลางคนและวัยสูงอายุก็จะมีปัญหาสุขภาพช่องปากรุนแรงมากขึ้นได้ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า กลุ่มวัยทำงานอายุมีประสบการณ์โรคฟันผุร้อยละ 91.8 มีค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอน (DMFT) 6.6 ซี/คน มีการสูญเสียฟันร้อยละ 85.3 โดยมีผู้ที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 43.3 มีปัญหาสภาวะ เหงือกอักเสบและสภาวะปริทันต์ พบเหงือกอักเสบร้อยละ 62.4 และมีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.9 มีรากฟันผุเพียงร้อยละ 57.1 และมีฟันสึกร้อยละ 49.7 (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) โดยปัญหาดังกล่าว จะแสดงรุนแรงจนเกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไป ถ้าไม่ได้รับการดูแลป้องกัน รักษาที่เหมาะสมทันเวลา พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพกลุ่มวัยทำงานส่วนมากแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 95.1 แต่มีเพียงร้อยละ 28.3 แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ส่วนการใช้อุปกรณ์เสริมร่วมกับการแปรงฟัน กลุ่มอายุนี้ใช้น้ำยาขูดปาก ไม้จิ้มฟัน ไหมขัดฟัน และแปรงซอกฟัน คิดเป็นร้อยละ 36.0, 27.0, 14.7

และ 2.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ในวัยนี้ ยังมีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ที่พบมีการสูบบุหรี่ร้อยละ 17.9 เฉลี่ย 10.4 มวน/วัน โดยมีผู้สูบบุหรี่  $\geq 20.1$  pack-year ร้อยละ 9.5 ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม มีผลต่อการรักษาสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีอยู่ไม่ได้รับการรักษา และยังทำให้เกิดโรคที่ร้ายแรงขึ้น ซึ่งจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า พฤติกรรมการไปใช้บริการ ในรอบปี โดยกลุ่มวัยทำงานไปใช้บริการทันตกรรมเพียงร้อยละ 42.3 ซึ่งเหตุผลในการรับบริการทันตกรรม คือ มีหินปูนมากที่สุด รองลงมาคือปวดฟันเสียวฟัน และ ฟันมีจุดดำ คิดเป็นร้อยละ 44.3, 27.8 และ 26.8 ตามลำดับ โดยสถานบริการ ที่ไปรับบริการมากที่สุด คือ คลินิกเอกชน รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 28.3, 27.4, 24.7 และ 19.8 ตามลำดับ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มวัยนี้ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาคือจากโทรทัศน์และเว็บไซต์ ตามลำดับ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561)

ในพื้นที่ชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชาชนส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพประมงพื้นบ้านเป็นหลัก จึงต้องเอาใจใส่ในการประกอบอาชีพมีประสบการณ์หรือความชำนาญมีลักษณะการประกอบอาชีพที่ขาดความแน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตซึ่งอาจจะส่งผลต่อสถานะสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพประมงพื้นบ้านได้ การเร่งรีบในการประกอบอาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับ

ธรรมชาติ อาจจะทำให้ผู้ประกอบอาชีพประมงชายฝั่งขาดการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ตลอดจนพฤติกรรม การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลังต่าง ๆ รวมไปถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยมุสลิมจะเน้นอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล กะทิ และรสเค็ม (นิรัชรา ลิลละห์ และปัทมา สุพรรณกุล, 2561) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากได้ และเป็นพื้นที่ชุมชนห่างไกล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้การรักษาส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านท่าจันทร์ ซึ่งเป็นสถานที่รักษาพยาบาลเพียงแห่งเดียวของประชาชนในพื้นที่นั้น ไม่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงาน ทำให้ประชาชนที่ต้องการรักษาสุขภาพช่องปากต้องเดินทางไปใช้บริการในโรงพยาบาลประจำอำเภอ อาจจะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและเสียเวลาจากการเดินทาง ส่งผลให้มีการปล่อยปละละเลย ไม่ใส่ใจสุขภาพช่องปากตนเอง และพบว่า ในพื้นที่ชุมชนมุสลิมท่าม่วงยังไม่มีการศึกษาถึงปัญหาการเข้ารับบริการทันตกรรม และบริการทันตกรรมนั้นถือเป็นสิ่งที่สำคัญต่อสุขภาพของประชาชน

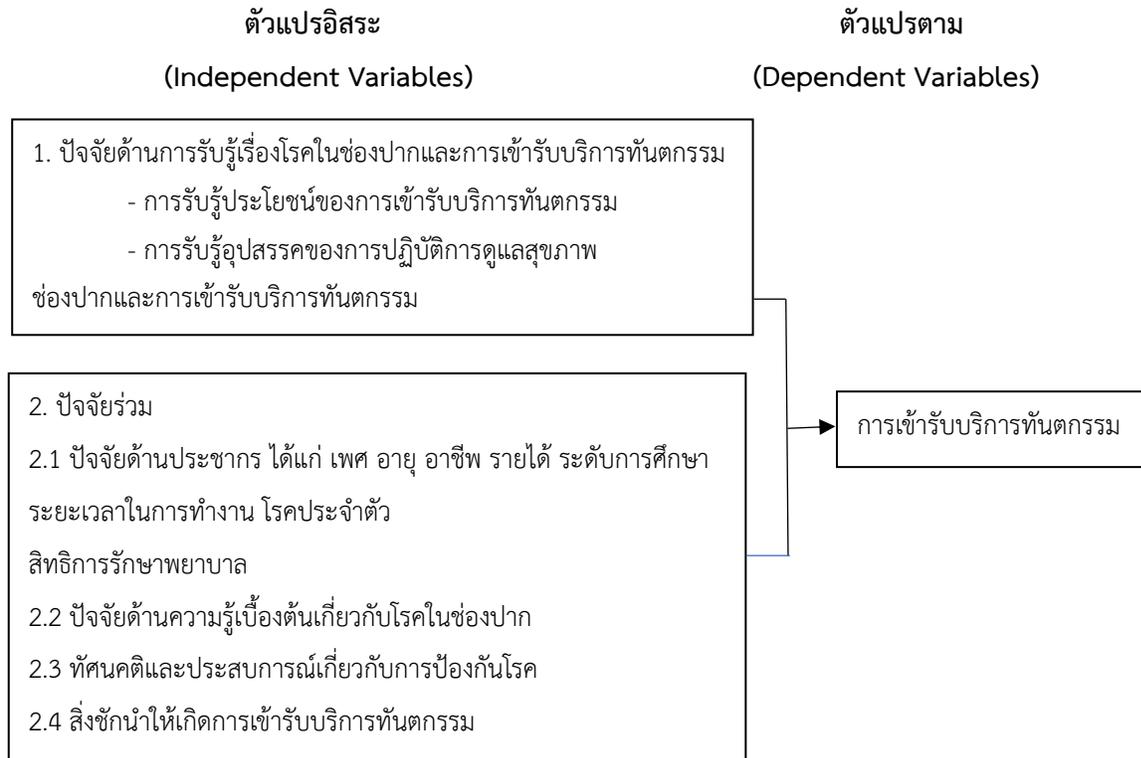
จากผลการสำรวจของฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรมของกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีเพียง 1,190 คน จากประชากรกลุ่มวัยทำงานทั้งหมด 13,821 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 8.61 และในพื้นที่ชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช ในกลุ่มวัยทำงาน มีเพียง 101 คนจาก

ทั้งหมด 1,184 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยมากแสดงให้เห็นถึงปัญหาการเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่ (ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลขนอม, 2563) จากเหตุผลที่กล่าวมาเบื้องต้นผู้วิจัย จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและสนใจที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อศึกษาการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่ชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช และผู้วิจัย ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาใช้ในงานวิจัย เพื่อนำข้อมูลไปเป็นส่วนประกอบของการดูแลสุขภาพช่องปาก และเป็นข้อมูลการประกอบการพิจารณาโยบายต่าง ๆ ของหน่วยงานสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพช่องปากประชาชนในพื้นที่ชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้บริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้และปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการ ทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับการเข้ารับบริการทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดของการวิจัย



### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอนอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ประชาชนวัยทำงานที่นับถือศาสนาอิสลาม และมีช่วงอายุ ระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 855 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ประชาชนวัยทำงาน ที่นับถือศาสนาอิสลาม และมีช่วงอายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 293 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสอบถามประชาชนในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 6 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้เรื่อง การเข้ารับบริการทันตกรรม จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคในช่อง ตอนที่ 4 แบบสอบถามประสบการณ์และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค จำนวน 9 ข้อ ตอนที่ 5 แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 6 แบบสอบถามการเข้ารับบริการทันตกรรม 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านทันตสาธารณสุข ด้านสุขภาพ โดยค่าที่ยอมรับได้มีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00 ซึ่งมีค่าความเที่ยงตรงสามารถใช้ได้ก่อนจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับประชาชนวัยทำงานที่นับถือศาสนาอิสลาม ชุมชนหน้าแพ ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และใช้ KR-20 (Kuder-Richardson20) ในการคำนวณแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก โดยแบบทดสอบมีผลการทดสอบ ดังนี้

- 1) แบบสอบถามทั้งฉบับ มีผลการทดสอบเท่ากับ 0.77
- 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้เรื่องการรักษาเข้ารับบริการทันตกรรม มีผลการทดสอบเท่ากับ 0.72
- 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก มีผลการทดสอบเท่ากับ 0.823
- 4) แบบสอบถามทัศนคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรค มีผลการทดสอบเท่ากับ 0.74
- 5) แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการเข้ารับบริการ มีผลการทดสอบเท่ากับ 0.89
- 6) แบบสอบถามการเข้ารับบริการทันตกรรม มีผลการทดสอบเท่ากับ 0.71

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในทุกขั้นตอนโดยเสนอโครงร่างผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรังและการดำเนินการ

เพื่อให้มีคำยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าในการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะร่วมตอบรับหรือปฏิเสธการตอบ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกเปิดเผย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข โครงการวิจัยนี้กิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมทำแบบสอบถาม และไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อความในแบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบใด ๆ จะนำมาใช้ประโยชน์เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการเก็บข้อมูล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มต้นผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการศึกษาจากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เพื่อขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลและทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าจันทน์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ต่อมาผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามที่พิกอาศัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัย แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องก่อน และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ การมีโรคประจำตัว สถานภาพทางสังคม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ แสดงผลเป็นค่าร้อยละ (Percentage) การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) และใช้สถิติอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อาชีพ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว สถานภาพทางสังคม ระยะเวลาในการทำงาน สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้เรื่องโรคในช่องปากและการเข้ารับบริการทันตกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก ประสบการณ์และทัศนคติในการป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับการเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่ชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอนอน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test)

### ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.58 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-44 ปี ( $M = 35.00 \pm 11.63$ ) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 59 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพประมง ร้อยละ 39.93 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.57 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 51.19 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 35.49 ระยะเวลาในการทำงาน ส่วนใหญ่ทำงานสัปดาห์ละ 5 วัน ร้อยละ 45.39 และส่วนใหญ่ทำงานวันละ 6-10 ชั่วโมง ร้อยละ 64.51 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $M = 9,553.24 \pm 4,232.83$ ) รายได้ต่อเดือนต่ำสุด 3,000 บาท ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือนสูงสุด 30,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.01 และสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 90.10 รองลงมาคือ ประกันสังคม ร้อยละ 8.53

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้เรื่องการเข้ารับบริการทันตกรรม พบว่า การรับรู้เรื่องการเข้ารับบริการทันตกรรมโดยรวม พบว่า โดยส่วนใหญ่การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.64 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 39.59 ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคในช่องปาก พบว่า โดยส่วนใหญ่ ระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.86 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.01 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.13 ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ทัศนคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรค และการเข้ารับบริการทันตกรรมโดยรวม พบว่า โดยส่วนใหญ่ทัศนคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรค และการเข้ารับบริการทันตกรรมอยู่ระดับสูง ร้อยละ 45.73 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.88 สิ่งชักนำให้เกิดการเข้ารับบริการทันตกรรม พบว่า โดยส่วนมากอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 99.66 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.36 และระดับสูง ร้อยละ 15.70

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการทันตกรรม ร้อยละของประชากรจำแนกตามการเข้ารับบริการทันตกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 70.99 และไม่เข้ารับ บริการทันตกรรม ร้อยละ 29.01

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการทันตกรรม พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.040)

ส่วน ทศนคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติกับการ เข้ารับบริการทันตกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.860, 0.632 ตามลำดับ)

### อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง เขตเทศบาลตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ศึกษาอภิปรายผลได้ดังนี้

1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง เขตเทศบาลตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.1 เพศ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.342) แสดงให้เห็นว่า การเข้ารับบริการทันตกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพศ อาจกล่าวได้ว่า ในสังคมประชากร อาจมีความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก จึงทำให้มีการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ (Becker & Maiman, 1974 อ้างถึงใน ธนารัตน์ จันดามี, 2551) ซึ่งบอกไว้ว่า เพศ เป็นปัจจัยด้านประชากร ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ

1.2 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัด

นครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.741) แสดงให้เห็นว่า การเข้ารับบริการทันตกรรมนั้นอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ จากข้อมูลผู้ที่มีช่วงอายุ 30-44 ปี มีแนวโน้มเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่าผู้ที่มีช่วงอายุ 15-29 ปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ (เสฏฐวุฒิแซ่หลี่, 2561: 76) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่เกาะลันตา ตำบลเกาะลันตา อำเภอเกาะลันตา จังหวัดตรัง พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม

1.3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.021)แสดงให้เห็นว่า การเข้ารับบริการทันตกรรมขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีความรู้มากก็จะมีความตระหนักต่อการเข้ารับบริการมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (เสฏฐวุฒิแซ่หลี่, 2561: 77) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่เกาะลันตา ตำบลเกาะลันตา อำเภอเกาะลันตา จังหวัดตรัง พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อ การเข้ารับบริการทันตกรรม

### 1.4 ระยะเวลาในการทำงาน

1) ระยะเวลาในการทำงาน (วัน/สัปดาห์) มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.002) แสดงให้เห็นว่าการเข้ารับบริการรับบริการทันตกรรมนั้นขึ้นอยู่กับเวลาในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ โรสลิน สาและ (2551) ได้ทำการศึกษาการ

ดูแลสุขภาพตนเองของชาวประมงพื้นบ้าน ตำบลปะนาแระ อำเภอปะนาแระ จังหวัดปัตตานี พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาในการทำงาน ความถี่ในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวประมงพื้นบ้าน ตำบลปะนาแระ อำเภอปะนาแระ จังหวัดปัตตานี

2) ระยะเวลาในการทำงาน (ชั่วโมง/วัน) มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.005) แสดงให้เห็นว่าการเข้ารับบริการทันตกรรมนั้นขึ้นอยู่กับเวลาในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ โรสลิน สาและ (2551) ได้ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของชาวประมงพื้นบ้าน ตำบลปะนาแระ อำเภอปะนาแระ จังหวัดปัตตานี พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาในการทำงาน ความถี่ในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชาวประมงพื้นบ้าน ตำบลปะนาแระ อำเภอปะนาแระ จังหวัดปัตตานี

1.5 รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.102) แสดงให้เห็นว่า การเข้ารับบริการทันตกรรมนั้นขึ้นอยู่กับรายได้ของตัวบุคคล เนื่องจากสถานบริการรักษาทางทันตกรรมมีทั้งของรัฐบาลและเอกชน ซึ่งมีค่ารักษา ที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการที่บุคคลจะเข้ารับบริการทางทันตกรรมนั้น จึงจำเป็นต้องมีกำลังทรัพย์เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (พรทิพย์ พรหมทา, 2557: 67) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการ

ที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลบึงบูรพ์ ของประชาชนอำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รายได้มีผลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม

1.6 การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.434) แสดงให้เห็นว่า การมีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัวนั้น ไม่ส่งผลต่อการเลือกเข้ารับบริการ หรือเลือกไม่เข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ธิดา รัตนวิไลศักดิ์, 2554: 55) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ พบว่า การมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม

1.7 สิทธิการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.190) แสดงให้เห็นว่าการเข้ารับบริการทันตกรรมนั้นไม่ขึ้นอยู่กับสิทธิการรักษาพยาบาล อาจกล่าวได้ว่า สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะไม่เคยใช้บริการทันตกรรมมากกว่าสิทธิข้าราชการเบิกได้ และสิทธิบัตรประกันสังคม เนื่องจากประชาชนไม่ทราบรายละเอียดการใช้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมการให้บริการใดบ้าง ผู้สูงประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าสิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่สูง การใช้สิทธิบัตรทองในสถานบริการของรัฐที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ(ธิดา รัตนวิไลศักดิ์, 2554: 57) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ

ใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ พบว่า สิทธิการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม

1.8 ปัจจัยการรับรู้เรื่องการเข้ารับบริการทันตกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.217) แสดงให้เห็นว่า การเข้ารับบริการทันตกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปากกับการเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (ธิดา รัตนะวิไลศักดิ์, 2554: 60) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม และยังสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ (Becker & Maiman, 1974 อ้างถึงใน ธนารัตน์ จันดามี, 2551) ซึ่งได้บอกว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น รับรู้ว่าการไปพบทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก จะทำให้ท่านสามารถป้องกันการเกิดโรค หรือทำการรักษาโรคได้ทันเวลาที่แต่ต้องประกอบอาชีพ จึงไม่ได้เข้ารับบริการทันตกรรม

1.9 ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.040) แสดงให้เห็นว่า การเข้ารับบริการทันตกรรมขึ้นอยู่กับ

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก เช่น หินปูนที่ติดอยู่ตามฟันมีสาเหตุการเกิดมาจากการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ หรือซึ่ฟัน อาจกล่าวได้ว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากระดับสูง ย่อมมีการเข้ารับบริการทันตกรรม เนื่องจากได้ทราบถึงสาเหตุ ของโรค วิธีการรักษา ส่งผลให้มีการเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (จินตนา รัตนะ, 2557: 32) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม ในช่วงอายุครรภ์ 4-6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าความรู้ด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม

1.10 ทศนคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.860) แสดงให้เห็นว่า การเข้ารับบริการทันตกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรค อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่ดีก็อาจจะเข้าหรือไม่ได้มีการเข้ารับบริการทันตกรรม และผู้ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคแย่ ก็อาจจะเข้าหรือไม่ได้มีการเข้ารับบริการทันตกรรมเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ธิดา รัตนะวิไลศักดิ์, 2554: 59) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม

1.11 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มวัยทำงานชุมชนมุสลิมท่าม่วง ตำบลทองเนียน อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทาง



สถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value = 0.632) แสดงให้เห็นว่าการเข้ารับบริการทันตกรรมไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ อาจกล่าวได้ว่าสิ่งชักนำต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็น แรงสนับสนุน อาการเจ็บป่วยต่างๆ ก็อาจจะไม่ส่งผล ให้เข้ารับหรือไม่เข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ (Becker & Maiman, 1974 อ้างถึงใน ธนารัตน์ จันดามี, 2551) ซึ่งได้บอกไว้ว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา

### ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการทางทันตกรรม
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบอื่นๆ เช่น การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยคำถามปลายเปิด ซึ่งจะทำให้ทราบข้อมูลเชิงลึกที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมที่มากกว่าที่กำหนดไว้ ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลที่สามารถนำไปส่งเสริมการเข้ารับบริการทันตกรรมได้ดียิ่งขึ้น
3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง ในประเด็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปากและการเข้ารับบริการทันตกรรม ความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก เพื่อส่งเสริมการเข้ารับบริการทันตกรรม

### อ้างอิง

- กนกอร โพธิ์ศรี และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ใน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. สืบค้นเมื่อ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564, จาก [http://www.lib.dent.chula.ac.th/upload/2013/tjdex/3854/6\\_73.pdf](http://www.lib.dent.chula.ac.th/upload/2013/tjdex/3854/6_73.pdf).
- กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ. (2560). วิจัยเบื้องต้น สำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ตรีง : วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- จิระพร ยอดท่าหว้า. 2553. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัยจังหวัดชัยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คณะสาธารณสุขศาสตร์. สาขาบริหารงานสาธารณสุข.
- จินตนา รัตนะ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมในช่วงอายุครรภ์ 4-6 เดือน ของหญิงตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร. (วิทยานิพนธ์ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. คณะทันตแพทยศาสตร์
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. (2552). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร: ทีคิว พีจำกัด.
- ธิดา รัตนวิไลศักดิ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. คณะสาธารณสุขศาสตร์. สาขาวิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ธีระชัย อนุวงศ์เจริญ. (2559). ปริทัศน์ทันตสุขภาพตามวิถีอิสลามสุขภาพช่อง VS สุขภาพร่างกาย. บทวิทยากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา.

- นาริม โตะกานี. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตกับสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม อำเภอเรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส. (วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. คณะทันตแพทยศาสตร์. หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก.
- นิรัชรา ลิลละห์ และคณะ. (2561). วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้กับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(2), 302-310.
- ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลขนอม. (2563). อัตราการเข้ารับบริการทางทันตกรรม กลุ่มอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช. โรงพยาบาลอำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา”. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาเทศบาลไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559” *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 134. ตอนที่ 65. หน้า 3-4.
- โรสลิน สาและ. (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวประมงพื้นบ้าน ตำบลปะนาแระ อำเภอปะนาแระ จังหวัดปัตตานี. (ปัญหาพิเศษทางสาธารณสุข ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน). วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- วิไลลักษณ์ ทิวากรกฎ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน. อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารแพทย์*, 36(4), 237-238.
- เสฏฐวุฒิ แซ่หลี่. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่เกาะลิบง ตำบลเกาะลิบง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. (โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ทันตสาธารณสุข). วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตุ...สู่สุขภาพที่ดีในช่วงวัยของชีวิต. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ. ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2564, จาก [http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?id=2423](http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?id=2423).
- อับดุลเลาะ ตาละ. (2553). คุณภาพชีวิตของชาวประมงในพื้นที่ตำบลแหลมโพธิ์ อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. (ปัญหาพิเศษทางสาธารณสุข ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน). วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- Becker & Maiman. (1974). อ้างถึงใน ธนารัตน์ จันดาณี. 2551. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกัน การสูบบุหรี่ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คณะสาธารณสุขศาสตร์. สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในเขตอำเภอเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์  
Factors Affecting Accessibility of Health Care Services among People with Mueang  
Uttaradit District, Uttaradit

ศิริรัตน์ สมประสงค์

Sirirat Somprasong

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

(Received: October 31, 2025; Accepted: November 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พิการจำนวน 254 ราย เลือกด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ต่อบริการสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อบริการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยผู้เชี่ยวชาญ และความเชื่อมั่นของแบบวัดด้วย KR-20 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ตั้งแต่ .79-.89 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square test และ Multiple Logistic Regression

ผลการวิจัยพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง (ร้อยละ 88.8) โดยกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหวและการมองเห็นมีส่วนการเข้าถึงสูงกว่ากลุ่มอื่น ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ได้แก่ เพศ ( $p < .05$ ) ขณะที่ปัจจัยอื่น เช่น อายุ การศึกษา รายได้ หรือโรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ในด้านการรับรู้ต่อบริการสุขภาพ พบว่า การรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้ที่มีการรับรู้ระดับสูงมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่า 17-46 เท่า ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่พบความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการ โมเดลการทำนายสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 48.3 สรุปได้ว่าการรับรู้ต่อบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้พิการ จึงควรพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลด้านบริการและสิทธิสุขภาพให้มีรูปแบบที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับประเภทความพิการ ส่งเสริมบริการสุขภาพเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน รวมถึงสนับสนุนบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้พิการอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

คำสำคัญ: ผู้พิการ; การเข้าถึงบริการสุขภาพ; การรับรู้ต่อบริการสุขภาพ



## Abstract

This study aimed to examine the level of access to health services among persons with disabilities in Mueang District, Uttaradit Province, and to identify factors influencing their access to care. A cross-sectional descriptive design was employed. The sample consisted of 254 persons with disabilities selected through multistage sampling. Data were collected using a researcher-developed interview questionnaire comprising personal characteristics, awareness of health services, health service utilization, social support, and satisfaction with health services. Content validity was verified by expert review, and reliability was assessed using KR-20 and Cronbach's alpha coefficients ranging from .79 to .89. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and multiple logistic regression.

The results revealed that the majority of persons with disabilities had a high level of access to health services (88.8%). Those with mobility and visual impairments demonstrated higher access compared to other groups. Among personal factors, sex was significantly associated with health service access ( $p < .05$ ), while age, education, income, underlying disease, and type of disability showed no significant association. Regarding awareness of available health services, three dimensions—health promotion, disease prevention, and rehabilitation—were significant predictors of access. Participants with high awareness were 17 to 46 times more likely to access services compared to those with low awareness. Social support showed no statistical association with service access. The final regression model explained 48.3% of the variance in health service access. In conclusion, awareness of health services plays a critical role in enabling access to care among persons with disabilities. Efforts should focus on strengthening communication strategies related to service information and health rights, tailoring information formats to different types of disabilities, and expanding proactive services such as home visits and community-based rehabilitation. Enhancing the capacity of primary care units may further improve equitable access and continuity of care for this vulnerable population.

**Keywords:** persons with disabilities; health service access; health service awareness

## บทนำ

ผู้พิการเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพและเผชิญความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากอุปสรรคหลายด้าน ทั้งด้านสภาพร่างกาย เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม รวมถึงทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งล้วนเป็นข้อจำกัดต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (World Health Organization, 2023) หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับสากลชี้ให้เห็นว่า ผู้พิการมีโอกาสได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังและบริการเฉพาะทางน้อยกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-3 เท่า และเผชิญความเสี่ยงที่จะถูกปฏิเสธบริการทางการแพทย์ในระดับที่สูงกว่า (Iezzoni et al., 2021; Krahn et al., 2015) ขณะเดียวกัน ปัจจัยเชิงระบบ อาทิ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่เพียงพอ รูปแบบการให้บริการที่ไม่สอดคล้องกับศักยภาพของผู้พิการ และข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่ไม่ครอบคลุมทั่วถึง ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในหลายประเทศ (Bright & Kuper, 2018)

ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์ของผู้พิการสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญ โดยประเทศไทยมีผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 2,209,099 คน คิดเป็นร้อยละ 3.34 ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567) แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 48.13 และเพศชายร้อยละ 51.87 (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2567) ผู้พิการจำนวนมากอยู่ในวัยสูงอายุ ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังร่วมหลายโรค และต้องพึ่งพาบริการสุขภาพเป็นประจำ (วรารักษ์ คำนนท์, 2560) แม้วาระระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมสิทธิของผู้พิการ รวมถึงการจัดให้มี "บัตรทอง

ผู้พิการ (ท.74)" ที่กำหนดให้ผู้พิการสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ (ราชกิจจานุเบกษา, 2564) แต่ผู้พิการจำนวนมากยังคงเข้าไม่ถึงสิทธิในการรับบริการดังกล่าว อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการเดินทาง การขาดแคลนข้อมูลข่าวสาร และความยากลำบากในการเข้าถึงเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร (ธัญชนก ผิวคำ และสุรัช สุขสกุลชัย, 2560)

สถานการณ์ระดับพื้นที่ในจังหวัดอุดรธานี สอดคล้องกับภาพระดับประเทศ โดยจังหวัดมีผู้พิการขึ้นทะเบียนจำนวน 22,433 คน หรือ ร้อยละ 5.1 ของประชากรจังหวัด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ โดยเพศหญิงและเพศชายมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (51.82% และ 48.08% ตามลำดับ) (ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดอุดรธานี, 2567). ลักษณะพื้นที่ที่ประกอบด้วยเขตเมือง กึ่งชนบท ทำให้ความครอบคลุมของบริการสุขภาพปฐมภูมิไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มความพิการทางการเคลื่อนไหว การมองเห็น และการสื่อสาร ซึ่งต้องพึ่งพาบริการเฉพาะทางและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังคงประสบข้อจำกัดด้านการเดินทางและการเข้าถึงบริการเฉพาะทางในอำเภอเมืองเป็นจำนวนมาก

งานวิจัยในประเทศไทยชี้ว่า ผู้พิการจำนวนมากเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ญาณิ ศิริภัทรโสภณ และคณะ, 2562) เด็กพิการประสบปัญหาการเชื่อมต่อบริการระหว่างหน่วยงาน และรับรู้สิทธิเพียงบางส่วน (โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และคณะ, 2561) ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สิทธิ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความพร้อมของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ความพึงพอใจต่อบริการ และโรคเรื้อรังร่วม (กรกช สาร

เศษ & นิศาชล บุบผา, 2566; Nanthamongkolchai et al., 2023; จีระศักดิ์ พรหมลับ & ลำพิ่ง วอนอก, 2568) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงบริการบางประเภท เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยยังไม่ครอบคลุมบริการสุขภาพทั้ง 4 มิติตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์โดยตรง ทั้งที่จังหวัดมีอัตราส่วนผู้พิการสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ งานวิจัยที่มียังไม่ประเมินการเข้าถึงบริการครบทั้ง 4 มิติ ซึ่งจำเป็นต่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญ เช่น การรับรู้บริการ ความพึงพอใจ และแรงสนับสนุนทางสังคม แม้ถูกกล่าวถึงในหลายงานวิจัย แต่ยังไม่ถูกวิเคราะห์ร่วมกันในบริบทพื้นที่ ตามกรอบทฤษฎี Andersen's Behavioral Model รวมทั้งยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลเชิงระบบบริการและข้อมูลประชากรศาสตร์ของผู้พิการในพื้นที่ เพื่ออธิบายปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ เพื่อให้ข้อมูลสำหรับการวางแผนนโยบาย และพัฒนาระบบบริการในระดับพื้นที่

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อประเมินระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของระบบบริการสุขภาพ พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล การรับรู้ต่อบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจ ซึ่งคาดว่าจะเป็นตัวกำหนดสำคัญต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการ. ผลลัพธ์ของการศึกษาจะช่วยสนับสนุนการออกแบบระบบบริการ

สุขภาพที่เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่ ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พิการได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้สำหรับผู้พิการ แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการและความพึงพอใจต่อการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้พิการ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้สำหรับผู้พิการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2568

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้พิการทางการได้ยิน การเคลื่อนไหว การมองเห็น และผู้พิการซ้ำซ้อน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 6,804 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*power 3.1.9.4 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ได้จำนวนตัวอย่าง 254 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งกลุ่มเครือข่ายในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็น 3 โซน ตามการดำเนินงาน

ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี แล้วกำหนดจำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละโซนตามสัดส่วนของประชากร ซึ่งในการคัดเลือกหน่วยตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกนารายชื่อผู้พิการทั้งหมดตามทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละโซนมาสัมภาษณ์ ตามจำนวนที่กำหนดในแต่ละโซนเพื่อให้ครบจำนวน 254 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่

1) คนพิการอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ประเภทความพิการทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ (1) คนพิการทางการมองเห็น (2) คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (3) คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (4) คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (5) คนพิการด้านการเรียนรู้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) เป็นคนพิการที่ไม่ได้อยู่จริงในเขตพื้นที่ 2) คนพิการที่มีความพิการที่เจ็บป่วยรุนแรงหรือพิการจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้พิการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประเภทของผู้พิการ โรคประจำตัว ระยะเวลาพิการ สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการบริการที่จัดให้และการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐาน (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์) เป็นข้อคำถามแบบปรนัย จำนวน 23 ข้อ จำนวน 2 ตัวเลือก คือ ไม่รับรู้/ไม่ใช้ (คะแนน = 0) และตัวเลือก รับรู้/ใช้ (คะแนน = 1) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ค่าความ

เชื่อมั่นเท่ากับ .79 การแปลผลระดับการรับรู้ต่อการจัดบริการสุขภาพที่จัดให้สำหรับผู้พิการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ได้แก่ สูง (19 – 23 คะแนน) ปานกลาง (14 – 18 คะแนน) ต่ำ (0 – 13 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ต่อการเฉพาะสำหรับผู้พิการ (การฟื้นฟูสมรรถภาพ) เป็นข้อคำถามแบบปรนัย จำนวน 12 ข้อ จำนวน 2 ตัวเลือก คือ ไม่รับรู้/ไม่ใช้ (คะแนน = 0) และตัวเลือก รับรู้/ใช้ (คะแนน = 1) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นเพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 การแปลผลระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ เข้าถึงบริการ (7 - 12 คะแนน) เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ (0 - 6 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่าหรือมาตราส่วนประเมินค่าหรือลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) โดยกำหนดให้มีน้ำหนักเปรียบเทียบกัน เป็นการแบ่งมาตราส่วนประเมินค่าของการตีความหมายออกเป็น 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 จัดระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้พิการ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, J. W. and Kahn J.V., 1993) ได้แก่ มาก (3.68–5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) น้อย (1.00–2.33 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ โดยการวัดค่าตอบ

ลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 จัดระดับความพึงพอใจต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, J. W. and Kahn J.V.,1993) ได้แก่ มาก (3.68–5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน) น้อย (1.00–2.33 คะแนน)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์จากศูนย์บริการคนพิการ โรงพยาบาลอุดรธานี พร้อมชุดแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตไปยังกลุ่มตัวอย่างคนพิการเพื่อขอเก็บแบบสอบถามประชากร

2. เก็บข้อมูลโดยนำแบบสอบถามให้กับกลุ่มประชากรตัวอย่างด้วยตนเองและรอรับแบบสอบถามกลับ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์

3. ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำคือ 254 คน นำแบบสอบถามที่ได้รับมาจัดระเบียบ ลงรหัสและนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ, ความถี่, ค่าเฉลี่ย, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน: ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ ( $\chi^2$ ) และสถิติสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple

Logistic Regression) การทดสอบค่าความแตกต่างทางสถิติใช้ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

### ผลการวิจัย

#### ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้พิการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.4 และเพศหญิงร้อยละ 49.6 มีอายุเฉลี่ย 52.3 ปี (SD = ±14.2) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25–59 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.9 ขณะที่ผู้พิการอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 33.1 ด้านสถานภาพสมรสพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งสมรสหรืออยู่กินด้วยกันร้อยละ 47.4 รองลงมาเป็นโสดร้อยละ 40.2 และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ร้อยละ 12.4

ในด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.0 มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ขณะที่ร้อยละ 43.3 จบมัธยมศึกษาตอนต้น–ตอนปลายหรือ ปวช. และร้อยละ 17.7 มีการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไป ด้านอาชีพ พบว่าร้อยละ 30.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และร้อยละ 76.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท

สำหรับประเภทความพิการ พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นผู้พิการทางการได้ยิน ร้อยละ 58.6 รองลงมาเป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวร้อยละ 20.1 ผู้พิการทางการมองเห็นร้อยละ 11.4 และผู้พิการซ้ำซ้อนร้อยละ 9.9 ระยะเวลาความพิการเฉลี่ยเท่ากับ 6.8 ปี (SD = ±5.4) โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 68.0 และเกือบทั้งหมดใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) คิดเป็นร้อยละ 85.4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 254)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	128	50.4
หญิง	126	49.6
<b>อายุ (ปี) (Mean ± SD = 52.3 ± 14.2)</b>		
20-59 ปี	170	66.9
60 ปีขึ้นไป	84	33.1
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	102	40.2
สมรส/อยู่กินด้วยกัน	120	47.4
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	32	12.4
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	99	39.0
มัธยมศึกษาตอนต้น-ตอนปลาย/ปวช.	110	43.3
อนุปริญญาขึ้นไป	45	17.7
<b>ประเภทความพิการ</b>		
ทางการได้ยิน	149	58.6
ทางการเคลื่อนไหว	51	20.1
ทางการมองเห็น	29	11.4
พิการซ้ำซ้อน	25	9.9

**การรับรู้ต่อบริการที่จัดให้สำหรับผู้พิการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ**

ผลการศึกษาด้านการรับรู้ต่อบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาทางการแพทย์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูงเกือบทุกด้าน โดยด้านการส่งเสริมสุขภาพมีผู้รับรู้ในระดับสูงถึงร้อยละ 92.8 ด้านการป้องกันโรคสูงร้อยละ 96.8 ด้านการรักษาทาง

การแพทย์ร้อยละ 58.3 และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร้อยละ 61.5 สะท้อนให้เห็นว่าผู้พิการส่วนใหญ่มีความเข้าใจและรับรู้ถึงสิทธิและบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ในชุมชนในระดับที่ดีมาก โดยเฉพาะบริการเชิงป้องกันและบริการส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อพิจารณาจากการรับรู้ต่อบริการและการใช้บริการจริง พบว่าโดยรวมผู้พิการมีการเข้าถึงบริการสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 88.8 และเมื่อจำแนกตามประเภทความพิการ พบว่า ผู้

พิการทุกกลุ่มมีสัดส่วนการเข้าถึงบริการในระดับสูง โดย ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีการเข้าถึงสูงสุด (ร้อยละ 94.6) รองลงมาคือผู้พิการทางการมองเห็น (ร้อยละ

93.8) ผู้พิการซ้ำซ้อน (ร้อยละ 92.6) และผู้พิการทางการได้ยิน (ร้อยละ 85.3) รายละเอียดตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการจำแนกตามประเภทความพิการ (n = 254)

ประเภทความพิการ	เข้าถึงบริการ n (%)	ไม่เข้าถึงบริการ n (%)	รวม n (%)
ทางการได้ยิน	127 (85.3)	22 (14.7)	149 (100.0)
ทางการเคลื่อนไหว	48 (94.6)	3 (5.4)	51 (100.0)
ทางการมองเห็น	27 (93.8)	2 (6.2)	29 (100.0)
พิการซ้ำซ้อน	23 (92.6)	2 (7.4)	25 (100.0)
รวม	225 (88.8)	29 (11.2)	254 (100.0)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 63.7 โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งอยู่ในระดับสูงร้อยละ 87.1 และ 82.4 ตามลำดับ ขณะที่แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานของรัฐและเอกชนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.6 และ 74.8 ตามลำดับ) สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของครอบครัวและผู้ดูแลในการช่วยให้ผู้พิการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านความพึงพอใจต่อการใช้บริการสุขภาพพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ร้อยละ 71.2 โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อมารยาทและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ด้านคุณภาพการบริการ และด้านสิ่งแวดล้อมของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้พิการ

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อบริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ ( $\chi^2 = 4.82, p = 0.028$ ) โดยพบว่าผู้พิการเพศหญิงมีสัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม ตัวแปรด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประเภทความพิการ ระยะเวลาความพิการ การมีโรคประจำตัว และสิทธิการรักษาพยาบาล ไม่พบความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการรับรู้ต่อบริการ พบว่า การรับรู้ในด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$  ทุกด้าน) โดยผู้ที่มีระดับการรับรู้สูงมีแนวโน้มเข้าถึงบริการได้มากกว่าอย่างชัดเจน ในขณะที่การรับรู้ด้านการรักษาทางการแพทย์ไม่พบความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ( $p = 0.372$ ) แสดงว่าการรับรู้บริการเชิง



ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพมีบทบาทสำคัญกว่าการรับรู้บริการรักษาโรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ในด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยแรงสนับสนุนจากครอบครัว ผู้ดูแล ชุมชน/สังคม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐและเอกชน พบว่า แรงสนับสนุนทั้ง 5 ด้านไม่มี

ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ( $p > 0.05$  ทุกด้าน) สะท้อนว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้พิการอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงสังคมโดยตรง แต่สัมพันธ์กับระดับการรับรู้บริการสุขภาพมากกว่า รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อบริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ (n = 254)

การรับรู้ต่อบริการ	เข้าถึงบริการ n (%)	ไม่เข้าถึง n (%)	$\chi^2$	p-value
<b>การส่งเสริมสุขภาพ</b>				
สูง	220 (93.2)	16 (6.8)	38.51	<0.001*
ปานกลาง-ต่ำ	5 (27.8)	13 (72.2)		
<b>การป้องกันโรค</b>				
สูง	224 (91.1)	22 (8.9)	62.17	<0.001*
ปานกลาง-ต่ำ	1 (12.5)	7 (87.5)		
<b>การรักษาทางการแพทย์</b>				
สูง	133 (89.9)	15 (10.1)	0.80	0.372
ปานกลาง-ต่ำ	92 (86.8)	14 (13.2)		
<b>การฟื้นฟูสมรรถภาพ</b>				
สูง	151 (96.8)	5 (3.2)	36.42	<0.001*
ปานกลาง-ต่ำ	74 (75.5)	24 (24.5)		
รวม	225 (88.6)	29 (11.4)	-	-

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ**

การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ได้ถูกนำมาใช้เพื่อระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ โดยคัดเลือกเฉพาะตัวแปรอิสระที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการจากการวิเคราะห์ Chi-square test ได้แก่ เพศ การรับรู้ด้านการส่งเสริม

สุขภาพ การรับรู้ด้านการป้องกันโรค และการรับรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรด้านการรับรู้ต่อบริการสุขภาพทั้งสามด้านมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมปัจจัยร่วมอื่น ๆ ดังนี้

1. การรับรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้พิการที่มีระดับการรับรู้สูง มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้

ที่มีระดับการรับรู้ปานกลาง-ต่ำถึง 17.06 เท่า (Adjusted OR = 17.06, 95%CI = 3.69-82.13,  $p < 0.001$ )

2. การรับรู้ด้านการป้องกันโรค ผู้ที่มีระดับการรับรู้สูง มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับปานกลาง-ต่ำถึง 46.37 เท่า (Adjusted OR = 46.37, 95%CI = 3.86-570.09,  $p = 0.003$ )

3. การรับรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้พิการที่มีระดับการรับรู้สูงกลับมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่า ผู้ที่มีระดับปานกลาง-ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 0.01, 95%CI = 0.006-0.118,  $p < 0.001$ ) กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการรับรู้ปานกลาง-ต่ำมี

โอกาสไม่เข้าถึงบริการมากกว่าผู้ที่มีระดับสูงถึง 97.3 เท่า

สำหรับตัวแปรเพศ แม้จะมีความสัมพันธ์ในระดับวิเคราะห์เบื้องต้น แต่ในการวิเคราะห์ถดถอยพบว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ( $p = 0.078$ )

จากโมเดลถดถอยนี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการได้ร้อยละ 48.3 ( $R^2 = 0.483$ ) ถือว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นว่า การรับรู้บริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการของผู้พิการ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ( $n = 254$ )

ตัวแปร	B	S.E.	Adjusted OR	95% CI	p-value
เพศ (ref: ชาย)	0.78	0.44	2.18	0.91-5.22	0.078
การรับรู้การส่งเสริมสุขภาพ (ref: ปานกลาง-ต่ำ)	2.84	0.81	17.06	3.69-82.13	<0.001*
การรับรู้การป้องกันโรค (ref: ปานกลาง-ต่ำ)	3.84	1.29	46.37	3.86-570.09	0.003*
การรับรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพ (ref: ปานกลาง-ต่ำ)	-4.58	0.93	0.01	0.006-0.118	<0.001*
Constant	2.13	1.45	8.41	-	0.142

หมายเหตุ: \*  $p < 0.05$ ;  $R^2 = 0.483$ ;  $-2 \text{ Log likelihood} = 152.34$

## อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้วิเคราะห์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในอำเภอเมืองอุดรธานีโดยใช้กรอบแนวคิด Andersen's Behavioral Model ซึ่งอธิบายพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพผ่าน 3 องค์ประกอบ คือ (1) ปัจจัยพื้นฐาน (2) ปัจจัยที่เอื้ออำนวย และ (3) ปัจจัยด้านความจำเป็นทางสุขภาพ ผลวิจัยชี้ว่าการรับรู้บริการสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการของผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีและงานวิจัยที่ผ่านมา

## ลักษณะทั่วไปของผู้พิการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผลวิจัยพบว่า เพศเป็นเพียงตัวแปรส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้พิการเพศหญิงเข้าถึงบริการได้มากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจสะท้อนค่านิยมทางสังคมและบทบาทของเพศหญิงในครอบครัวที่มักดูแลสุขภาพและใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kawachi & Berkman (2014) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) ที่พบว่า ผู้หญิงแสวงหาบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย

ในเกือบทุกช่วงวัย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น เช่น อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาพิการ และโรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ ซึ่งอาจสะท้อนว่าสิทธิบัตรของผู้พิการ (ท.74) และระบบบริการระดับปฐมภูมิภายใต้ สปสช. ช่วยลดความเหลื่อมล้ำ ทำให้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลน้อยลงต่อการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับรายงานของ WHO (2022) ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) สามารถลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการได้อย่างชัดเจน

### การรับรู้ต่อการบริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้บริการสุขภาพในสามด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้พิการที่มีการรับรู้ระดับสูงมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ระดับต่ำถึง 17-46 เท่า ซึ่งสะท้อนความสำคัญของความรู้และความเข้าใจในบริการต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎี Andersen ที่ระบุว่า perceived health service เป็นหนึ่งใน enabling factors ที่มีผลโดยตรงต่อการใช้บริการ รวมถึงงานวิจัยของ Sakthong et al. (2021) ที่พบว่าผู้พิการที่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิและบริการสุขภาพมีการใช้บริการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ Medina-Gómez et al. (2020) รายงานว่าการรับรู้สิทธิสุขภาพเป็นตัวทำนายสำคัญของการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้พิการในลาตินอเมริกา และวารสาร คานนท์ (2560) พบว่าการรับรู้และความเข้าใจในบริการสุขภาพมีผลชัดเจนต่อการแสวงหาบริการของผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

อย่างไรก็ตาม ผลการรับรู้ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพระดับสูงมีโอกาสเข้าถึงบริการน้อยกว่า อาจเกิดจาก

บริการฟื้นฟูมักอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด ต้องอาศัยอุปกรณ์เฉพาะทางและบุคลากรเฉพาะด้าน ทำให้ผู้พิการที่รับรู้มากตระหนักถึงข้อจำกัดและอุปสรรคจึงเข้ารับบริการน้อยกว่า ผลนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ Sirisongkram et al. (2019) ที่พบข้อจำกัดด้านการเดินทางและระยะทางของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในพื้นที่ชนบทของไทย

### แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

แม้ผู้พิการส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ดูแลในระดับสูง แต่ผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้านไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งอาจตีความได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่ตัวแปรที่กำหนดการเข้าถึงบริการโดยตรงในบริบทของอำเภอเมืองอุดรธานี เนื่องจากการเข้าถึงบริการได้รับการสนับสนุนจากโครงสร้างระบบสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข การจัดบริการแบบ outreach รวมถึงสิทธิท.74 ที่ช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายและการส่งต่อ ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sumalee & Jindawong (2020) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลเชิงสถิติต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้พิการในเขตชนบท และ WHO Disability Report (2021) ระบุว่าปัจจัยด้านระบบบริการ (system-level) มีผลต่อการใช้บริการของผู้พิการมากกว่าปัจจัยด้านสังคมหรือครอบครัว

### โมเดลการทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ

โมเดลถดถอยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 48.3 ( $R^2=0.483$ ) ถือว่าอยู่ในระดับดีสำหรับงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลชี้ว่าการรับรู้บริการสุขภาพเป็นตัวทำนายหลัก ซึ่งสนับสนุนกรอบทฤษฎี Andersen



และสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในไทยและต่างประเทศที่ระบุว่า การรับรู้บริการเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้พิการ ผลนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาสื่อการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับประเภทความพิการ ส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขและพี่เลี้ยงผู้พิการ จัดให้มีบริการเชิงรุก (outreach rehabilitation และ home-based care) และพัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสารด้านสิทธิสุขภาพอย่างทั่วถึง

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ทั้งในภาพรวมและเมื่อจำแนกตามประเภทความพิการ อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มผู้พิการบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านการรักษาทางการแพทย์และการฟื้นฟูสมรรถภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิและบริการด้านการรักษา รวมถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การให้ข้อมูลสถานบริการที่มีแพทย์เฉพาะทาง การจัดระบบส่งต่อที่เอื้อต่อผู้พิการ และการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยพยาบาลเวชกรรม เช่น การออกเยี่ยมบ้านผู้พิการ เพื่อให้ผู้พิการได้รับบริการที่จำเป็นอย่างครบถ้วนและเหมาะสม

1.2 การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้พิการได้รับแรงสนับสนุน

## อ้างอิง

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2567). *รายงานสถานการณ์คนพิการ พ.ศ. 2567*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

จากครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนในระดับสูง แต่แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานของรัฐและเอกชนอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานเหล่านี้จึงควรมีมาตรการช่วยเหลือเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนแหล่งเงินทุนสำหรับค่าเดินทาง ค่าครองชีพ และค่ารักษาพยาบาล การจัดบริการรับ-ส่งสำหรับผู้พิการที่มีฐานะยากจนหรือไม่มีผู้ดูแล รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านยานพาหนะและอุปกรณ์จำเป็นในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การขยายพื้นที่ศึกษาในบริบทที่แตกต่าง การศึกษาครั้งต่อไปควรเลือกพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เมืองและชนบท เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการในแต่ละบริบท ทั้งนี้เพื่อระบุปัจจัยเฉพาะพื้นที่ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ และนำข้อมูลไปพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน

2.2 การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึก ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้พิการ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ ข้อมูลจากผู้ให้บริการจะช่วยให้เข้าใจปัญหาเชิงระบบและสามารถพัฒนาแนวทางปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- ญาณิ ศิริภัทรโสภณ, นันทนา ชมภูบุตร, และ เกษร อัมพร. (2562). การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในเขตชนบท. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 11(1), 15–27.
- ธัญชนก ผิวคำ และสุรัชย์ สุขสกุลชัย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(2), 45–57.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2565*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดอุดรธานี. (2567). *ข้อมูลสถานการณ์ผู้พิการจังหวัดอุดรธานี ปี 2567*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วรภรณ์ คำนนท์. (2560). ปัญหาและอุปสรรคด้านสุขภาพของผู้พิการในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 47(3), 235–247.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2564). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับปรับปรุง)*. สำนักงานราชกิจจานุเบกษา.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education* (7th ed.). Allyn and Bacon.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Bright, T., & Kuper, H. (2018). A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low- and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1879. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091879>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- lezzoni, L. I., Rao, S. R., Ressalam, J., Bolcic-Jankovic, D., Agaronnik, N., Donelan, K., Lagu, T., & Campbell, E. G. (2021). Physicians' perceptions of people with disability and their health care. *Health Affairs*, 40(2), 297–306. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01452>
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2014). *Social epidemiology* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Krahn, G. L., Walker, D. K., & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health*, 105(S2), S198–S206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302182>
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151–160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>



- Medina-Gómez, O. S., Reyes-Morales, H., & Dreser, A. (2020). Perceived access barriers to health services among people with disabilities in Mexico. *BMC Health Services Research*, 20, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05492-9>
- Nanthamongkolchai, S., Ngaosuwankul, K., & Taechaboonsermsak, P. (2023). Factors associated with access to health promotion services among persons with disabilities in Thailand. *Journal of Health Research*, 37(3), 195–205. <https://doi.org/10.1108/JHR-11-2021-0717>
- Sakthong, P., Sangsupawanich, P., & Chongsuvivatwong, V. (2021). Health care utilization and associated factors among persons with disabilities in Thailand. *Disability and Health Journal*, 14(2), 101041. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101041>
- Sirisongkram, P., Nualnetr, N., & Nualnetr, T. (2019). Barriers to accessing rehabilitation services in rural Thailand. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 30(2), 69–90.
- Sumalee, S., & Jindawong, B. (2020). Factors affecting access to health services among persons with disabilities in rural Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 18(3), 42–55.
- World Health Organization. (2021). *World report on disability: Health equity for persons with disabilities*. WHO Press.
- World Health Organization. (2022). *Universal Health Coverage (UHC) global monitoring report 2022*. WHO Press.
- World Health Organization. (2023). *Global report on health equity for persons with disabilities*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>

ปัญหาทางยาและแนวทางแก้ไขการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วย  
โรคเบาหวานที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่  
Drug related problems and intervention in the use of insulin injections  
among diabetic inpatients at NueaKlong hospital, Krabi Province

นางมารีหยาม กาหลง  
Mareeyam Kalong  
เภสัชกรชำนาญการ  
โรงพยาบาลเหนือคลอง

(Received: October 15, 2025; Accepted: November 21, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องการค้นหาปัญหาทางยาของการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหาทางยาของการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเหนือคลอง และเสนอหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลินของโรงพยาบาลเหนือคลอง การศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามข้อมูลการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนของคำตอบที่ได้จากข้อคำถามปลายเปิด สรุปเนื้อหาเชิงบรรยาย (content analysis) โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินที่เข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน 2568 จนถึงเดือนสิงหาคม 2568 ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก ได้จำนวน 50 ราย ใช้เวลาในการดำเนินการ 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินที่เข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 66-75 ปี ข้อมูลระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา รองลงมาเป็นไม่ได้เรียนหนังสือแต่อ่านออกซึ่งรวมสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 80 ผู้ป่วยที่ปฏิบัติขั้นตอนการฉีดยาอินซูลินไม่เหมาะสมร้อยละ 84 มีเพียงร้อยละ 16 ที่ปฏิบัติขั้นตอนในการฉีดยาอินซูลินถูกต้องทั้งหมด สำหรับขั้นตอนการเตรียมปากกาและหัวเข็มพบว่าขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนล้าง หรือ ทำความสะอาดมือ ก่อนการเตรียมยาฉีดอินซูลิน ซึ่งปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 52 ขั้นตอนการฉีดยาอินซูลิน ขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 62 คือขั้นตอนแกว่ง คลึงปากกาแวนอน 10 ครั้งให้ยาชนิดผสมรวมเป็นเนื้อเดียวกัน รองลงมาคือ ขั้นตอนหมุนปรับขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 74 และขั้นตอนการเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลินพบว่าขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนยาฉีดอินซูลินที่ยังไม่ใช้เก็บไว้ในตู้เย็นช่องตรงกลาง ไม่เก็บไว้ในช่องแช่แข็ง ช่องผัก หรือฝาตู้เย็น ปฏิบัติถูกต้องเพียงร้อยละ 78 แต่ยังมีขั้นตอนสำคัญที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติถูกต้องมีเพียงผู้ป่วย 1 รายปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ ขั้นตอนฉีดยาอินซูลินโดยกดปุ่ม ฉีดยาจนสุด แต่การปฏิบัติไม่ถูกต้องในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงจนเป็น Hyperosmolar hyperglycemic state (HHS) ซึ่งทำให้เห็นว่าขั้นตอนนี้เป็นตอนสำคัญที่ควรเน้นย้ำที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสอนการใช้ยาฉีดอินซูลิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ผลของการวิจัย ครั้งนี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกับโรงพยาบาลอื่นๆ ดังนั้น อาจมีการศึกษาปัญหาในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทนั้นเพิ่มเติม เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดูแลที่จำเพาะกับปัญหามากขึ้น

**คำสำคัญ :** ยาฉีดอินซูลิน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, ปัญหาการใช้ยาฉีดอินซูลิน

## Abstract

This descriptive study aimed to identify drug-related problems associated with insulin injection use among diabetic patients admitted to the inpatient department of NueaKhlong Hospital, Krabi Province, and to propose appropriate solutions to improve insulin administration practices. Data were collected using a general information record form and a questionnaire on insulin pen use. The data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and content analysis for open-ended responses. The study population consisted of 50 diabetic inpatients using insulin injections who met the inclusion criteria during April–August 2025. The study period lasted for six months. The results revealed that most insulin-using diabetic patients were female, with the majority aged between 66–75 years. Most participants had primary education, followed by those who were illiterate but could read, together accounting for 80%. A total of 84% of patients performed insulin injection steps incorrectly, while only 16% performed all steps correctly. The most frequently incorrect step in preparing the insulin pen was handwashing or hand cleaning before preparing the injection, with only 52% performing it correctly. In the injection procedure, the least correctly performed step (62%) was mixing the suspension insulin by rolling the pen horizontally ten times, followed by dose adjustment according to the physician’s order (74%). Regarding storage and basic knowledge of insulin injection, the most incorrectly performed step (78% correct) involved storing unused insulin in the middle compartment of the refrigerator rather than the freezer, vegetable compartment, or door. However, a critical step—pressing and holding the injection button until the full dose was delivered—was performed incorrectly by only one patient, who consequently developed severe hyperglycemia leading to hyperosmolar hyperglycemic state (HHS), highlighting the importance of this step in patient education. The findings serve as a foundation for developing pharmaceutical care guidelines for insulin use among diabetic patients in NueaKhlong Hospital. Since this study was conducted in a single hospital, the context may differ from other healthcare settings. Future studies should explore insulin injection-related problems in other contexts to develop more specific and effective pharmaceutical care interventions.

**Keywords :** Insulin injection, Diabetes mellitus type 2, Problems with using insulin injections

## บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communication diseases: NCDs) ที่พบได้บ่อย และทำให้เกิดภาระต่อระบบสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก ปัจจุบันข้อมูลสถานการณ์เบาหวานจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 527 ล้านคนในปี พ.ศ.2564 และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงถึง 643 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 สำหรับข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย มีผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี 2552 กับ ปี 2557 พบว่าความชุกในการเกิดโรคเบาหวานของคนไทยเพิ่มมากขึ้น ทุกช่วงอายุโดยเพิ่มจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ร่วมกับข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์ของโรคเบาหวานในพื้นที่ภาคพื้นแปซิฟิก (Western pacific) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน สูงถึง 4.4 ล้านคน สูงเป็นอันดับ ที่ 4 รองมาจาก จีน อินเดียและญี่ปุ่น<sup>[1,2,3]</sup>

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษา ป้องกันการนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ที่อาจส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วย สังคม และ เศรษฐกิจของประเทศได้ ตามแนวเวชปฏิบัติของสมาคมโรค เบาหวานแห่งประเทศไทยปี 2566 ได้ตั้งค่าเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลไว้ที่ HbA1C<6.5-7.5% และ DTX 80-130 mg/dL ขณะที่ยอดอาหาร หรือ < 140 mg/dL หลังจากรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงเป้าหมายเบื้องต้น จะมี ทั้ง การให้ ความรู้ ผู้ป่วย เกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน ร่วมกับการแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้ชีวิต หากยังไม่สามารถคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายก็จะเริ่มการรักษาด้วยยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยรูปแบบยารักษาโรคเบาหวานจะมีทั้งรูปแบบยากิน และรูปแบบยาฉีด สำหรับยาฉีดอินซูลิน เป็นยาหลักของการรักษาโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 และเป็นรูปแบบยารักษาที่จะเพิ่มเข้ามาในแนวทางรักษาโรคเบาหวานชนิดอื่น เมื่อการใช้ยารูปแบบกินที่เป็นทางเลือกแรกแล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้สำหรับโรคเบาหวานชนิดอื่น<sup>[1,3]</sup>

การใช้ยาฉีดอินซูลินถือเป็นแนวทางในการรักษาโรคเบาหวาน ที่มีประสิทธิภาพดีในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของการรักษาโรคเบาหวาน ด้วยการใช้ยาฉีดอินซูลินนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถ ความเข้าใจ และความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าข้อมูลปัจจุบันในประเทศไทยมีหลายการศึกษาที่รายงานถึงอัตราการใช้อินซูลินที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสม ในระดับที่ค่อนข้างสูง ได้แก่ การศึกษาของนิลนาล เจ๊ะยอ<sup>[4]</sup> ปี 2559 ในโรงพยาบาลหนองจิกจังหวัดปัตตานี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีอัตราการล้มเหลวในการใช้อินซูลินสูงถึงร้อยละ 80 การศึกษานี้ทำให้เห็นว่าเมื่อมีการประเมินการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานแม้จะเคยใช้อินซูลินมาเป็นเวลานานแล้วก็ยังพบอัตราการล้มเหลวในการใช้ที่ค่อนข้างสูงได้ ซึ่งผลสอดคล้องการศึกษาของรุ่งทิพย์ อรรถสุข และคณะ<sup>[5]</sup> ในปี 2560 ณ โรงพยาบาลชยันนาทเรนทรที่พบอุบัติการณ์ของการได้รับยาฉีดอินซูลินไม่ถูกต้องมีถึงร้อยละ 81.08 และผลการการศึกษาของ รัชพันธ์ อรุ เอกโอฬาร<sup>[6]</sup> ในปี 2565 ณ โรงพยาบาลละมุน ที่พบว่ามีข้อมูลความชุกของพฤติกรรมการใช้อินซูลินที่ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 80.70 ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็น

ปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาผิดอินซูลินที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่เหมาะสม โดยจะเห็นว่าปัญหาการใช้ยาผิดอินซูลินเกิดขึ้นมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ความกลัวของผู้ป่วยในการฉีดยาโดยเฉพาะกลัวเข็มหรือกลัวเจ็บ ความไม่เข้าใจวิธีการใช้ที่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ หรือประสบการณ์ไม่ดีจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ<sup>[7,8,9]</sup> ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยลดหรือหยุดใช้ยาโดยพลการ นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวจากโรคเบาหวาน เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคจอประสาทตาเสื่อม ภาวะทุพพลภาพได้<sup>[1,10]</sup> ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และความมั่นใจในการใช้ยาผิดอินซูลินให้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาทางยาของการใช้ยาผิดอินซูลิน อีกทั้งโรงพยาบาลเนือคลอง จังหวัดกระบี่ ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูล ปัญหาทางยาของการใช้ยาผิดอินซูลิน หลังจากที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเริ่มใช้ยาผิดอินซูลินไปแล้ว ร่วมกับผู้วิจัยทำการทบทวนข้อมูล ปี พ.ศ. 2564-2566 ของโรงพยาบาลเนือคลอง พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเนือคลองที่ใช้ยาผิดอินซูลินทั้งหมด 760 คนพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาผิดอินซูลินที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เฉลี่ยสูงถึงปีละ 307 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 ของผู้ป่วยที่ใช้ยาผิดอินซูลินทั้งหมด ทำให้ผู้วิจัยมีต้องการที่จะศึกษาปัญหาทางยาของการใช้ยาผิดอินซูลิน ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนือคลอง

เพื่อนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาทางยา ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วงเป้าหมาย และลดการเกิดภาวะโรค

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาทางยาของการใช้ยาผิดอินซูลิน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเนือคลอง
2. เพื่อเสนอหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางยาของการใช้ยาผิดอินซูลินในโรงพยาบาลเนือคลอง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1 สามารถทราบถึงปัญหาทางยาของการใช้ยาผิดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนือคลอง
- 2 สามารถเสนอหาแนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงแนวทางการให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยาผิดอินซูลินของฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลเนือคลอง

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบเชิงพรรณนา (Descriptive study) การศึกษาวิจัยจะทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยจะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาผิดอินซูลินที่เข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนือคลอง จังหวัดกระบี่ ในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2568 จนถึง เดือน สิงหาคม 2568 ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี
2. ได้วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวาน
3. ได้รับการรักษาด้วยยาผิดอินซูลิน
4. สามารถสื่อสาร ถามตอบ รู้เรื่อง

5. สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมงานวิจัย ที่ได้ทำการอ้างอิงและตัดแปลงข้อมูลบางส่วนมาจากการศึกษาของ สรรเสริญ มะลิตอง และคณะ ปี 2567 เรื่อง ประสิทธิภาพของการบริหารทางเภสัชกรรม เรื่องการใช้ยาผิดอินซูลินต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี[9] ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องทางด้านเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม และความเหมาะสมของการใช้ภาษาด้วยการประเมินผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้**

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเป็นเบาหวาน และผู้บริหรยาฉีดอินซูลิน

2. แบบประสอบถามข้อมูลการใช้ปากกายาฉีดอินซูลินจำนวน 20 ข้อ ซึ่งอ้างอิงข้อมูลมาจากการศึกษาของสรรเสริญ และคณะ<sup>[9]</sup> คำแนะนำการฉีดยาเบาหวานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์<sup>[16]</sup> และคู่มือทักษะตามเกณฑ์ความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม<sup>[22]</sup> ซึ่งแบบสอบถามจะประกอบด้วย 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมปากกาและหัวเข็ม มีจำนวนคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการฉีดอินซูลิน มีจำนวนคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลิน มีจำนวนคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

เมื่อทำการเก็บข้อมูลครบตามจำนวนแล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่อสรุปเนื้อหาเชิงบรรยาย (Content analysis) ลักษณะข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเป็นเบาหวาน ผู้บริหรยาฉีดอินซูลิน และลักษณะข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลการใช้ปากกายาฉีดอินซูลิน เพื่อบรรยายปัญหาทางยาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาฉีดอินซูลิน

**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล**

การศึกษานี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ KB-IRB 2025/05.2904 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568 โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบว่า การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้น และผู้เข้าร่วมมีความพร้อมและยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นการให้ผู้เข้าร่วมยินยอมด้วยวาจาและลงนามในใบยินยอมให้ข้อมูลทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น ข้อมูลที่รวบรวมได้จะถูกวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

**ผลการศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินที่เข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนือคลอง จังหวัดกระบี่ ในช่วงเวลาดังแต่



เดือนเมษายน 2568 จนถึง เดือน สิงหาคม 2568 ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก มีจำนวน 50 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 35-86 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 63 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด ร้อยละ 36 คือ 66-75 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66 (n=26) เพศชาย ร้อยละ 34 (n=17) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52 (n = 43) รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือแต่อ่านออก ร้อยละ 28 (n=28) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 8 (n=4) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 6 (n=3) ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 4 (n=2) และระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 2 (n=1) ตามลำดับ ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 62 (n=31) รองลงมาระยะเวลา 10-15 ปี ร้อยละ 28 (n=14) ระยะเวลา 5-10 ปี ร้อยละ

6 (n=3) และระยะเวลาต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 4 (n=2) ตามลำดับ ผู้บริหารยาฉีดอินซูลินสูงสุด คือ ผู้ป่วยฉีดด้วยตนเอง ร้อยละ 86 (n=43) รองลงมาญาติ (อาศัยอยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 12 (n=6) และญาติ (ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 2 (n=1)

### ผลประเมินการใช้ปากกายาฉีดอินซูลิน

ข้อมูลจากประเมินด้วยแบบสอบถามการใช้ปากกายาฉีดอินซูลินของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 50 คน พบว่า มีเพียงร้อยละ 16 (n= 8) ที่สามารถทำได้ถูกต้องทุกขั้นตอนทั้งในส่วนขั้นตอนการเตรียมปากกาและหัวเข็ม ขั้นตอนการฉีดยาอินซูลิน และขั้นตอนการเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลิน

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการใช้ปากกาอินซูลินในส่วนขั้นตอนการเตรียมปากกาและหัวเข็ม มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนการเตรียมปากกาและหัวเข็ม	ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ล้าง หรือ ทำความสะอาดมือ ก่อนการเตรียมยาฉีดอินซูลิน	26	52
2. ถอดปลอกปากกายาฉีดอินซูลิน คลายเกลียวปากกา	50	100
3. บรรจุหลอดยาอินซูลินลงในกระบอกบรรจุยา	48	96
4. ประกอบส่วนกระบอกบรรจุยาเข้ากับปากกา แล้วหมุนเกลียวให้แน่น	50	100
5. สวมหัวเข็มเข้ากับปลายปากกาแล้วหมุนให้แน่น	48	96

ขั้นตอนการใช้ปากกาอินซูลินในส่วนขั้นตอนการเตรียมปากกาและหัวเข็ม พบว่าในส่วนการเตรียมปากกาและหัวเข็ม มีเพียงขั้นตอนถอดปลอกปากกายาฉีดอินซูลิน คลายเกลียวปากกา และขั้นตอนประกอบส่วนกระบอกบรรจุยาเข้ากับปากกา แล้วหมุนเกลียวให้แน่น ที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 100 รองลงมาเป็นขั้นตอนบรรจุหลอดยาอินซูลินลง

ไปในกระบอกบรรจุยา และขั้นตอนสวมหัวเข็มเข้ากับปลายปากกาแล้วหมุนให้แน่นที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96 แต่พบว่าขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนล้าง หรือ ทำความสะอาดมือ ก่อนการเตรียมยาฉีดอินซูลินซึ่งปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 52

ตารางที่ 2 ขั้นตอนการใช้ปากกาอินซูลินในส่วนขั้นตอนการฉีดยาอินซูลิน มีทั้งหมด 10 ขั้นตอน

ขั้นตอนการฉีดอินซูลิน	ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. แก้ว คลึงปากกาแนวนอน 10 ครั้งให้ยาชนิดผสมรวมเป็นเนื้อเดียวกัน	31	62
2. หมุนปรับขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง	37	74
3. ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา	50	100
4. เลือกตำแหน่งที่ฉีด ต้นแขน ต้นขา หน้าท้องโดยบริเวณหน้าท้องห่างจากสะดือ 3 เซนติเมตร(การทาบ 2 นิ้วมือ)	48	96
5. ใช้มือยกผิวหนัง หรือดึงให้ตึงตามลักษณะผู้ป่วย	50	100
6. แหวงเข็มผ่านผิวหนังโดยวางเข็ม 45 หรือ 90 องศา	50	100
7. ฉีดยาอินซูลินโดยกดปุ่ม ฉีดยาจนสุด	49	98
8. ค้างปากกาไว้ประมาณ 5-10 วินาทีก่อนดึงเข็มออก	41	82
9. ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์กดผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา	41	82
10. ปิดปลอกปากกาโดยไม่เอาแอลกอฮอล์เช็ดที่ปลายเข็ม	48	96

ขั้นตอนการใช้ปากกาอินซูลินในส่วนขั้นตอนการฉีดยาอินซูลิน พบว่าในส่วนการฉีดยาอินซูลินพบว่ามีเพียง 3 ขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้องร้อยละ 100 คือ ขั้นตอนใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา ใช้มือยกผิวหนัง หรือดึงให้ตึงตามลักษณะผู้ป่วย และแหวงเข็มผ่านผิวหนังโดยวางเข็ม 45 หรือ 90 องศา รองลงมาปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 98 คือ ฉีดยาอินซูลินโดยกดปุ่ม ฉีดยาจนสุด มีผู้ป่วยเพียง 1 คนที่ฉีดยาอินซูลินโดยไม่ได้กดยาที่ปุ่มจนสุดซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ Hyperglycemia แบบรุนแรงจนเป็น Hyperosmolar hyperglycemic state (HHS) ดังนั้นขั้นตอนฉีดยาอินซูลินโดยกดปุ่มฉีดยาจนสุด แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิบัติถูกต้องแต่ก็เป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องเน้นย้ำผู้ป่วยเสมอ ถัดมาเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96 คือขั้นตอน เลือกตำแหน่งที่ฉีด ต้นแขน ต้นขา หน้าท้องโดยบริเวณหน้าท้องห่างจากสะดือ 3 เซนติเมตร(การทาบ 2 นิ้วมือ) และปิดปลอกปากกา

โดยไม่เอาแอลกอฮอล์เช็ดที่ปลายเข็ม ขั้นตอนค้างปากกาไว้ประมาณ 5-10 วินาทีก่อนดึงเข็มออกและ ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์กดผิวหนังบริเวณที่ฉีดยาผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 82 สำหรับขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 62 คือขั้นตอนแก้ว คลึงปากกาแนวนอน 10 ครั้งให้ยาชนิดผสมรวมเป็นเนื้อเดียวกัน ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญเนื่องจากหากยาฉีดอินซูลินเมื่อวางทิ้งไว้มักจะแยกชั้นหากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติขั้นตอนนี้อาจทำให้ประสิทธิภาพการฉีดยาไม่ดีเป็นไปอย่างที่ต้องการในการรักษา รองลงมาคือ ขั้นตอนหมุนปรับขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 74 ซึ่งขั้นตอนนี้มีผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาโรคเบาหวานหากผู้ป่วยไม่ได้ให้ถูกต้องตามแพทย์นั้นจะทำให้การรักษาไม่เป็นไปอย่างที่ต้องการสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติขั้นตอนนี้ไม่ถูกต้อง คือ ผู้ป่วยแจ้งว่าอายุเยอะสายไม่ตีมองเลขไม่ค่อยชัด ผู้ป่วยใช้การจำไม่ได้ อ่านฉลากยาว่ามีการปรับเปลี่ยนขนาดยาฉีดหรือไม่

ตารางที่ 3 ขั้นตอนการเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลิน มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน

ขั้นตอนการเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลิน	ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ยาฉีดอินซูลินที่บรรจุในปากกาแล้วเก็บไว้ในตู้เย็น	48	96
2. ยาฉีดอินซูลินที่ยังไม่ใช้เก็บไว้ในตู้เย็นช่องตรงกลาง ไม่เก็บไว้ในช่องแช่แข็ง ช่องผัก หรือฝาตู้เย็น	39	78
3. หัวเข็มใช้ซ้ำ 3-5 ครั้ง ห้ามเกิน 5 ครั้ง	48	96
4. ไม่คลึงนิ้วบริเวณที่ฉีด	48	96
5. เปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดยาไม่ฉีดตำแหน่งเดิมซ้ำๆ	42	84

ขั้นตอนการเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลิน พบว่าในส่วนการเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 96 ปฏิบัติขั้นตอนยาฉีดอินซูลินที่บรรจุในปากกาแล้วเก็บไว้ในตู้เย็นช่องตรงกลาง ไม่เก็บไว้ในช่องแช่แข็ง ช่องผัก หรือฝาตู้เย็น ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องเพียงร้อยละ 78 ขั้นตอนนี้ หากผู้ป่วยปฏิบัติไม่ถูกต้องส่งผลต่อประสิทธิภาพที่ใช้ในการรักษา ยามีโอกาสที่จะเสื่อมสภาพได้ นั่นอาจทำให้ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่เป็นไปอย่างที่ต้องการ ซึ่งสาเหตุที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้ป่วยแจ้งว่า ไม่ทราบว่าจะต้องแช่ตู้เย็นที่บ้านไม่มีตู้เย็น

### สรุปและอภิปรายผล

#### สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลจากประเมินด้วยแบบสอบถามการใช้ปากกายาฉีดอินซูลินของกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 50 คน พบว่า มีเพียงร้อยละ 16 ที่สามารถทำได้ถูกต้องทุกขั้นตอนทั้งในส่วนขั้นตอนการเตรียมปากกาและหัวเข็ม ขั้นตอนการฉีดยาอินซูลิน และขั้นตอนการเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ดังนั้นจึงมีผู้ป่วยที่ปฏิบัติขั้นตอนการฉีดยาอินซูลินไม่เหมาะสมร้อยละ 84

1. ขั้นตอนการเตรียมปากกาและหัวเข็ม มีเพียงขั้นตอนถอดปลอกปากกายาฉีดอินซูลิน คลายเกลียวปากกา และขั้นประกอบส่วนกระบอกบรรจุยาเข้ากับปากกา แล้วหมุนเกลียวให้แน่น ที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 100 รองลงมาเป็นขั้นตอนบรรจุหลอดยาอินซูลินลงในกระบอกบรรจุยาและขั้นตอนสวมหัวเข็มเข้ากับปลายปากกาแล้วหมุนให้แน่นที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96 แต่พบว่าขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนล้าง หรือ ทำความสะอาดมือ ก่อนการเตรียมยาฉีดอินซูลิน ซึ่งปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 52

2. ขั้นตอนการฉีดยาอินซูลินพบว่า มีเพียง 3 ขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้องร้อยละ 100 คือ



ขั้นตอนใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา ใช้มือยกผิวหนัง หรือดึงให้ตึงตามลักษณะผู้ป่วย และแทงเข็มผ่านผิวหนังโดยวางเข็ม 45 หรือ 90 องศา รองลงมาปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 98 คือ ฉีดยาอินซูลินโดยกดปุ่ม ฉีดยาจนสุด ถัดมาเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96 คือขั้นตอน เลือกตำแหน่งที่ฉีด ต้นแขน ต้นขา หน้าท้องโดยบริเวณหน้าท้องห่างจากสะดือ 3 เซนติเมตร และปิดปลอกปากกาโดยไม่เอาแอลกอฮอล์เช็ดที่ปลายเข็ม ขั้นตอนล้างปากกาไว้ประมาณ 5-10 วินาทีก่อนดึงเข็มออกและใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์กดผิวหนังบริเวณที่ฉีดยาผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 82 สำหรับขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดเพียง ร้อยละ 62 คือขั้นตอนแกว่ง คลึงปากกาแวนอน 10 ครั้งให้ยาชนิดผสมรวมเป็นเนื้อเดียวกัน รองลงมาคือ ขั้นตอนหมุนปรับขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 74

3. ขั้นตอนการเก็บรักษาและความรู้เบื้องต้นในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 96 ปฏิบัติขั้นตอนยาฉีดอินซูลินที่บรรจุในปากกาแล้วเก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง ขั้นตอนหัวเข็มใช้ซ้ำ 3-5 ครั้ง ห้ามเกิน 5 ครั้ง และขั้นตอนไม่คลึงนิ้วบริเวณที่ฉีด รองลงมาคือ ขั้นตอนเปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดยาไม่ฉีดตำแหน่งเดิมซ้ำๆ พบว่าผู้ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 84 สำหรับขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คือ ขั้นตอนยาฉีดอินซูลินที่ยังไม่ใช้เก็บไว้ในตู้เย็นช่องตรงกลาง ไม่เก็บไว้ในช่องแช่แข็ง ช่องผัก หรือฝาตู้เย็น ปฏิบัติถูกต้องเพียงร้อยละ 78

### อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาฉีดอินซูลินที่เข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 66-75 ปี ข้อมูลระดับ

การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา รองลงมา เป็นไม่ได้เรียนหนังสือแต่อ่านออกซึ่งรวมสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563<sup>[24]</sup> ที่ว่าในประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยเบาหวานในทุกช่วงอายุจะพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบความชุกของผู้ป่วยเบาหวานสูงสุดที่กลุ่มช่วงอายุ 60 ถึง 69

การค้นพบปัญหาทางยาของการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ พบว่ามีผู้ป่วยที่ปฏิบัติขั้นตอนการฉีดอินซูลินไม่เหมาะสมร้อยละ 84 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สรรเสริญ มะลิตอง<sup>[9]</sup> ที่พบการปฏิบัติใช้ยาฉีดอินซูลินแบบปากกาอินซูลินไม่ถูกต้องเท่ากับร้อยละ 85.71 และรัชชนันท์ อรุณเอกโอสการ<sup>[6]</sup> ที่พบกระบวนการฉีดอินซูลินไม่เหมาะสมร้อยละ 77.78 โดยการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ขั้นตอนล้าง หรือ ทำความสะอาดมือ ก่อนการเตรียมยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 52 ขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับความสะอาดและสุขลักษณะอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ รองลงมาคือ ขั้นตอนแกว่ง คลึงปากกาแวนอน 10 ครั้งให้ยาชนิดผสมรวมเป็นเนื้อเดียวกัน ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 62 ขั้นตอนนี้สำคัญในการใช้ยาฉีดอินซูลิน เนื่องจากหากยาฉีดอินซูลินเมื่อวางทิ้งไว้มักจะแยกชั้น เนื้อยาไม่รวมเป็นเนื้อเดียวกัน หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติขั้นตอนนี้ อาจทำให้ประสิทธิภาพรักษาในการใช้ยาฉีดอินซูลินไม่เป็นไปอย่างที่ต้องการ และ ขั้นตอนหมุนปรับขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 74 ขั้นตอนนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบปัญหานี้ เป็นผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้ป่วยให้เหตุผลว่า มองฉลากยาไม่ชัดเจน มองตัวเลขที่ปากกาฉีดอินซูลินไม่ชัดเจน และมีบางคนไม่ได้อ่านฉลากยาใช้การ



จดจำ ทำให้สามารถฉีดยาได้อย่างถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง นั้นส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำตาลเลือดต่ำ หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ยังมีขั้นตอนสำคัญที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติถูกต้องมีเพียงผู้ป่วย 1 รายปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือ ขั้นตอนฉีดยาอินซูลินโดยกดปุ่ม ฉีดยาจนสุด แต่การปฏิบัติไม่ถูกต้องในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงจนเป็น Hyperosmolar hyperglycemic state (HHS) ซึ่งทำให้เห็นว่าขั้นตอนนี้เป็นตอนสำคัญที่ควรเน้นย้ำที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมสอนการใช้ยาฉีดอินซูลิน

### ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การให้ บริบาลทางเภสัชกรรมของโรงพยาบาลเหนือคลองควรเน้นย้ำผู้ป่วยถึงขั้นตอนในการฉีดอินซูลินโดยเฉพาะขั้นตอนที่ผู้ป่วยมักปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ คือ ขั้นตอนล้าง หรือ ทำความสะอาดมือ ก่อนการเตรียมยาฉีดอินซูลิน ขั้นตอนแกว่ง คลึงปากกา แนวนอน 10 ครั้งให้ยาชนิดผสมรวมเป็นเนื้อเดียวกัน และขั้นตอนหมุนปรับขนาดยาตามที่แพทย์สั่งซึ่งขั้นตอนนี้ส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุอาจพัฒนาฉลากยาฉีด

### เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย,กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2566.กรุงเทพฯ;บริษัทศรีเมืองการพิมพ์;2566
2. International Diabetes Federation. Diabetes around the world in 2021. [Internet]. [cited 2024 Nov 26]. Available from: URL: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-isdiabetes/facts-figures.html>
3. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย.สถานการณ์โรคเบาหวาน. [Internet]. [cited 2024 Nov 26]. Available from: URL: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1>
4. นิลนาถ เจ๊ะยอ. ความชุกและปัจจัยทำนายความล้มเหลวในการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559; 10(3): 333-9

อินซูลินให้สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนและเน้นย้ำผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาฉีด

2. ควรมีการติดตามทบทวนขั้นตอนสำคัญในการใช้ยาฉีดอินซูลินอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากพบว่าปัญหาในการใช้ฉีดอินซูลินส่วนใหญ่มักเกิดในผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินมานานโดยในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 62 การทบทวนเน้นย้ำในขั้นตอนสำคัญอาจมีประโยชน์อย่างมากเนื่องผู้ป่วยใช้ยาฉีดมานานมีแนวโน้มปฏิบัติขั้นตอนต่างๆไม่เหมาะสมสูง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้ผลของการวิจัย ครั้งนี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการบริบาลทางเภสัชกรรมในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกับโรงพยาบาลอื่นๆ ดังนั้น อาจมีการศึกษาปัญหาในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทนั้นเพิ่มเติม เพื่อประโยชน์ ในการวางแผนการดูแลที่จำเพาะกับปัญหามากขึ้น

5. รุ่งทิพย์ อรรถสุข และคณะ.อุบัติการณ์และสาเหตุของการได้รับยาฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร.[Internet]. [cited 2024 Nov 28]. Available from: <https://chainathospital.moph.go.th/chainatweb/assets/research/research29.pdf>
6. รัชนนท์ อรุณเอกโอรสาร.ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกระบวนการฉีดอินซูลินไม่เหมาะสม.วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยนเรศวร;2565
7. กิรตี ไตรศรีสถิต, ทิพาพร ธาระวานิช. อัตราการยินยอมฉีดอินซูลินภายหลังการเข้าโปรแกรมอบรมแบบครอบครัวเปรียบเทียบกับทำให้คำปรึกษาตามปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ปฏิเสธการฉีดอินซูลิน.ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2561;18(3):291-9.
8. Yilmaz A, Ak M, Cim A, Palanci Y, Kilinc F. Factors influencing insulin usage among type 2diabetes mellitus patients: A study in Turkish primary care. Eur J Gen Pract. 2016;22(4):255-61
9. สรรเสริญ มะลิตอง, ปนัดดา ฮูเซ็น.ประสิทธิผลของการบริหารทางเภสัชกรรมเรื่องการใช้อินซูลินต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.[Internet]. [cited 2024 Nov 28]. Available from: URL: <https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/files/ประสิทธิผลของการบริหารทางเภสัชกรรมเรื่องการใช้อินซูลิน.pdf>
10. ไมยรา เศรษฐมาศ. ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงตำบลโพนเขาวาอำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน.2566
11. ชัยวรรณี เกาสายพันธ์. รู้ลึก รู้จริง อินซูลิน.[cited 2024 Nov 29].available from: URL<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=778>
12. ณัฐพงศ์ เล่าห์ทวีรุ่งเรือง. เบาหวานรู้ทันป้องกันได้.[cited 2024 Nov 29].available from: URL<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=778>
13. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S20-S42. doi:10.2337/dc24-S002
14. พิมพ์ใจ อันทานนท์. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย: เป้าหมายการดูแลเบาหวาน. [cited 2024 Nov 29].available from:URL[https://www.dmthai.org/new/images/knowledge/knowledge\\_2561/9301.jpg](https://www.dmthai.org/new/images/knowledge/knowledge_2561/9301.jpg)
15. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes-2024 [published correction appears in Diabetes Care. 2024 Jul 1;47(7):1238. doi: 10.2337/dc24-er07a].Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S158-S178. doi:10.2337/dc24-S009
16. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. คำแนะนำการฉีดยาเบาหวาน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์.ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล; 2559
17. ธีราภรณ์ จันทร์ดา.บทความสุขภาพ: ฉีดอินซูลินด้วยตัวเอง ฉีดอย่างไรให้ถูกวิธี.[cited 2024 Nov 30].available



from: URL<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/ผิดอินซูลินด้วยตัวเอง>.

18. คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. บทความสุขภาพ: การผิดอินซูลินด้วยปากกา.[cited 2024 Dec 4].available from: URL<https://www.siphospital.com/th/news/article/share/902>
19. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บทความสุขภาพ: 4 คำถามยอดฮิตเกี่ยวกับการใช้ยาผิดอินซูลิน.[cited 2024 Dec 6].available from: URL<https://dis.fda.moph.go.th/detail-infoGraphic?id=1835>
20. DRP Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. DICP. 1990 Nov;24(11):1093-7. doi:10.1177/106002809002401114.PMID: 2275235.
21. อัญญา พิตขุนทด. การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาผิดอินซูลิน โรงพยาบาลบ้านด่าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2023 ; 38(1):237-46
22. อีรานากู ศรีวิลาศ. ผลการประเมินความรู้และทักษะของผู้ป่วยก่อน-หลังได้รับคำปรึกษาการใช้ยาผิดอินซูลินในการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในเขต รพ.สต.นาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ; 2567 [cited 2024 Dec 4].available from:<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=266>
23. คณะอนุกรรมการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม. คู่มือทักษะตามเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม (สมรรถนะ ร่วม) พ.ศ. 2562. ครั้งที่ 1. นนทบุรี: เอช อาร์ ฟรินซ์ แอนด์ เทรนนิง; 2562
24. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญและวราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562 – 2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล;2564

ผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี  
โรงพยาบาลระนอง

Clinical Outcomes of Infants Born to HIV-Positive Mothers Following the  
Implementation of Care Guidelines at Ranong Hospital

ธิดารัตน์ วิริยพงศ์

Tidarat Wiriyapong

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง

(Received: October 1, 2025; Accepted: November 29, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลระนอง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 103 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระนอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากดำเนินการตามแนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบ One Page ตั้งแต่ปี 2563-2567 ในกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างชัดเจน โดยอัตราการได้รับยาต้านไวรัสป้องกันตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ส่วนอัตราการได้รับการตรวจ HIV DNA PCR ตามช่วงอายุที่กำหนด, การได้รับนมผสม, การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ, และการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 86 นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก, อัตราการตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือน และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการใช้แนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการเสียชีวิตไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นใหม่ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นไปตามมาตรฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แนวทางการดูแล, ทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี, ผลลัพธ์ทางคลินิก

## Abstract

This was a retrospective descriptive study aiming to investigate the clinical outcomes following the implementation of care guidelines for infants born to HIV-positive mothers at Ranong Hospital. Data were collected from the medical records of 103 infants born to HIV-positive mothers who received services at Ranong Hospital between October 1, 2017, and September 30, 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the Chi-square test for association.

Results demonstrated significant improvement in the quality of care after the implementation of the One-Page care guideline in a subgroup of 50 infants during the fiscal years 2020–2024. The rate of receiving prophylactic antiretroviral drugs according to the treatment plan increased to 100%. Furthermore, the rates of HIV DNA PCR testing at specified ages, receiving formula feeding, growth and developmental assessment, and follow-up attendance all reached 86%. Additionally, the rate of mother-to-child HIV transmission, the rate of confirmed HIV infection at 18 months of age, and the rate of complications were significantly associated with the use of the guidelines ( $p$ -value  $< .05$ ). Conversely, the mortality rate showed no statistically significant association with the guidelines ( $p$ -value  $> .05$ ). The findings indicate that the newly developed care guideline effectively elevated the quality of care for infants born to HIV-positive mothers to meet the established standards.

**Keywords :** Care Guidelines, Infants born to HIV-positive mothers, Clinical Outcomes

## บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ยังคงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็กทั่วโลก จากข้อมูลในปี ค.ศ. 2021 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี ประมาณ 1.7 ล้านคนติดเชื้อเอชไอวี และมีเด็กติดเชื้อเพิ่มขึ้นประมาณ 160,000 คน โดยมีเด็กเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 100,000 คน (Weinberg, G. A., 2025) การติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก (Mother-to-Child Transmission of HIV: MTCT) ในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด หรือการให้นมบุตร ซึ่งหากไม่ได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสม ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 25-40 ยิ่งกว่านั้น การติดเชื้อและภาวะเสี่ยงที่เกี่ยวข้องยังส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารก เช่น ปัญหาการเจริญเติบโต, น้ำหนักแรกคลอด, ภาวะขาดออกซิเจน, การตายคลอด และการคลอดก่อนกำหนด (ช่อผกา หนูรอด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2561)

สำหรับประเทศไทย ภายใต้นโยบายป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother-to-Child Transmission: PMTCT) ของกระทรวงสาธารณสุขที่เริ่มต้นดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2543 โดยให้สถานพยาบาลของรัฐดูแลรักษาและให้ยาต้านเอชไอวีแก่หญิงตั้งครรภ์ครบวงจรตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายด้วยความสมัครใจ ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยได้นำยาต้านไวรัสสูตร Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) มาใช้ในหญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และสนับสนุนการใช้นมผสม รวมถึงการตรวจเลือด

ในทารกอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับจากนานาชาติ จากการดำเนินงานพบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2553-2555 อยู่ที่ร้อยละ 3.5, 3.64 และ 2.8 ตามลำดับ และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.9 ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 2.0 ความสำเร็จนี้ทำให้ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลก โดยเป็นประเทศแรกในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และเป็นประเทศที่สองของโลกที่บรรลุเป้าหมายในการมั่นใจว่าจะมี "AIDS-free generation" และมุ่งสู่เป้าหมายจะไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิดภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573

ถึงแม้ว่าจะมีความสำเร็จในระดับประเทศอย่างน่าภาคภูมิใจ แต่บริบทการดูแลในระดับพื้นที่ยังคงมีความท้าทายที่แตกต่างกันไป ซึ่งจากการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลระนองในช่วง พ.ศ. 2561-2562 พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 53 ราย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ทารกที่เกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ จำนวน 16 ราย ในกลุ่มนี้พบว่า ทารกร้อยละ 12.5 (2 ราย) มีภาวะคลอดก่อนกำหนด, ร้อยละ 12.5 (2 ราย) เสียชีวิตจากการติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน เนื่องจากไม่ได้รับยาต้านสูตรป้องกันการติดเชื้อตั้งแต่แรกเกิดและไม่ได้รับการตรวจติดตาม HIV DNA PCR (Early Infant Diagnosis) ทารกเหล่านี้มักมารับการรักษาภายหลังด้วยอาการติดเชื้อต่าง ๆ บ่อย ๆ เช่น ติดเชื้อผิวหนัง ฝีหนอง วัณโรค หูอักเสบ ปอดอักเสบ และได้รับการตรวจ Anti-HIV ผล Positive เมื่ออายุ 1-3 ปีถึงจะได้เริ่มการรักษา

โรงพยาบาลระนอง



ด้วยยาด้านไวรัสในที่สุด กลุ่มที่ 2 ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับยาด้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มนี้มีทารกจำนวน 37 ราย แบ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (High risk) 25 ราย และกลุ่มเสี่ยงทั่วไป (Standard risk) 12 ราย พบว่า ร้อยละ 56.76 (21 ราย) มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลอย่างครบถ้วน ส่วนร้อยละ 43.24 (16 ราย) ยังคงมีอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาอย่างครบถ้วน เช่น ได้รับยาด้านไวรัสสูตรป้องกันแต่ไม่ได้มาตามนัดเพื่อเจาะเลือดตรวจ PCR, Anti-HIV หรือได้รับสูตรยาที่ไม่ตรงกับแผนการรักษา เช่น กลุ่มเสี่ยงทั่วไป (Standard risk) ได้รับยาด้านไวรัสสูตร AZT + 3TC + NVP ซึ่งแตกต่างจากแผนการรักษาที่ให้ AZT ตัวเดียว รวมถึงความคลาดเคลื่อนในการส่งตรวจ HIV DNA PCR ทั้งในแง่ของจำนวนครั้งและช่วงอายุที่กำหนด

จากข้อมูลปัญหาดังกล่าวแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลระนองจึงได้ดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี

โดยใช้รูปแบบ One Page ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 เพื่อให้การดูแลทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปในทิศทางเดียวกันและได้มาตรฐาน รวมถึงลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก มีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกเพื่อเริ่มยาด้านให้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาสและลดอัตราการเสียชีวิตทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลระนอง เพื่อนำข้อมูลผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นพื้นฐานในการแก้ไข ปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

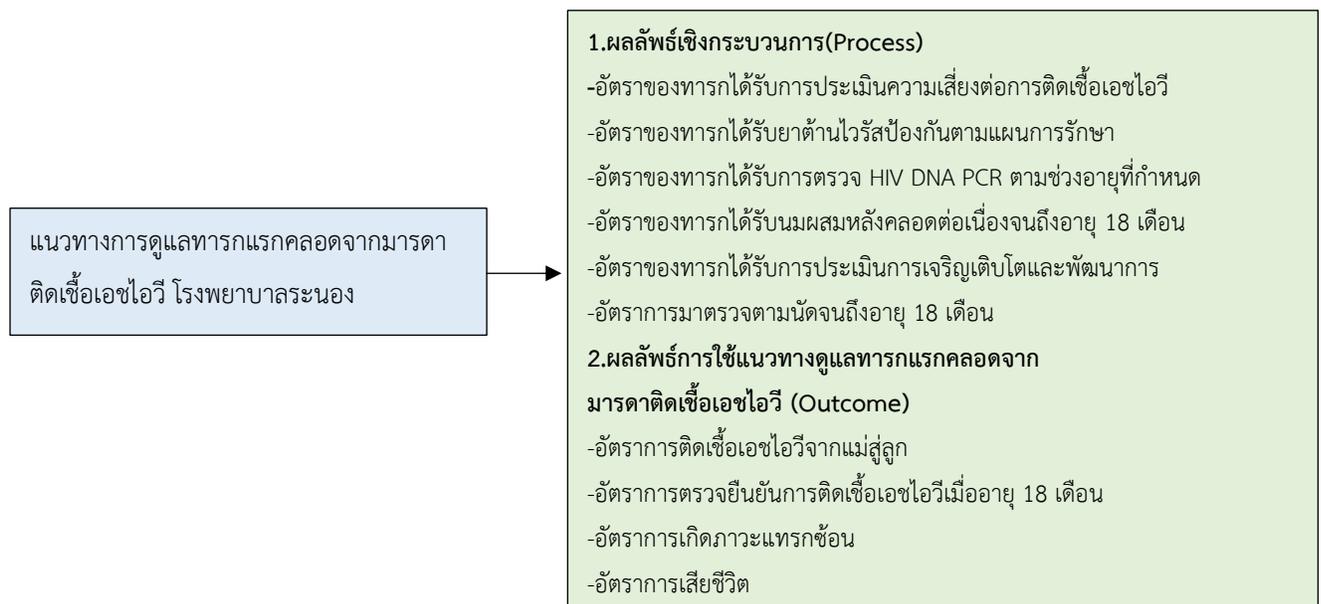
**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลระนอง

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลระนองตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2567

### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เวชระเบียนทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในโรงพยาบาลระนองตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 113 ราย

### กลุ่มตัวอย่าง

คือ เวชระเบียนทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลระนองตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 103 ราย โดยมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ เวชระเบียนทารกที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลของโรงพยาบาลระนองตั้งแต่แรกคลอด

### เครื่องมือในการวิจัย

(1) แบบบันทึกเวชระเบียน เป็นแบบบันทึกทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากประวัติการมารับการรักษาของทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีในโปรแกรม HOSXP โรงพยาบาลระนอง

(2) แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีโดยการใช้แนวทางการดูแล

ทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ค่า CVI เท่ากับ 0.91

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของไคสแควร์ (Chi-square test)

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลระนอง ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 COA\_RHN.EC. เลขที่ 032/2568

### ผลการศึกษา

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลระนอง สรุปผลได้ดังนี้

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของมารดาติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ก่อนการใช้แนวทาง(n=53) (ปี2561-2562)		หลังการใช้แนวทาง(n=50) (ปี2563-2567)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>	(M= 27.98,SD =7.08 )		(M= 32.26,SD =5.99 )	
≤ 20 ปี	11	20.75	0	0
21 - 34 ปี	31	58.49	37	74
≥ 35 ปี	11	20.75	13	26
<b>สัญชาติ</b>				
ไทย	31	58.49	27	54
เมียนมา	22	41.51	23	46
<b>การฝากครรภ์</b>				
ฝากครรภ์	45	84.9	47	94
ไม่ฝากครรภ์	8	15.1	3	6
<b>ระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวี</b>				
ก่อนตั้งครรภ์	18	33.96	17	34
ขณะตั้งครรภ์	27	50.94	30	60
ขณะมาคลอด	8	15.09	3	6
<b>การได้รับยาต้านไวรัส</b>				
>12 สัปดาห์ก่อนคลอด	32	60.38	47	94
≤ 12 สัปดาห์ก่อนคลอด	13	24.53	0	0
เริ่มได้รับยาตอนคลอด	8	15.09	3	6
<b>การได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์</b>				
รับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ	36	67.92	43	86
รับยาไม่ต่อเนื่อง	9	16.98	4	8
ไม่ได้รับยาขณะตั้งครรภ์ (คลอดเองที่บ้าน, มาคลอดทันที)	8	15.09	3	6
<b>ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดขณะตั้งครรภ์ (Viral load)</b>				
≤ 50 copies/ml	27	50.94	36	72
> 50 copies/ml	3	5.66	3	6
ไม่ทราบผล	23	43.4	11	22

จากตารางที่ 1 พบว่า มารดาติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลส่วนใหญ่มีลักษณะ

คล้ายกัน โดยมีช่วงอายุระหว่าง 21-34 ปี มากกว่าร้อยละ 58 และมีสัญชาติไทยมากกว่าร้อยละ 54 หลังใช้

โรงพยาบาลระนอง



แนวทางการดูแล อัตราการฝากครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.9 เป็นร้อยละ 94, ระยะเวลาที่ตรวจพบเชื้อเอชไอวี ขณะมาคลอดลดลงจากร้อยละ 15.09 เป็นร้อยละ 6, การได้รับยาต้านไวรัสมากกว่า 12 สัปดาห์ก่อนคลอด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.38 เป็นร้อยละ 94 และได้รับยา ต้านไวรัสต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ

67.92 เป็นร้อยละ 86 รวมถึงผลปริมาณไวรัสในกระแส เลือดขณะตั้งครรภ์ (Viral load)  $\leq 50$  copies/ml เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.94 เป็นร้อยละ 72 ทั้งนี้ก่อนใช้ แนวทางมีหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 43.4 ไม่ทราบผล เนื่องจากการขาดนัดติดตามผล, การไม่ได้ปฏิบัติตาม แนวทาง

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของทารกแรกคลอดจากการติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการใช้แนวทางการ ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ก่อนการใช้แนวทาง(n=53) (ปี2561-2562)		หลังการใช้แนวทาง(n=50) (ปี2563-2567)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	37	69.81	30	60
หญิง	16	30.19	20	40
<b>สัญชาติ</b>				
ไทย	31	58.49	27	54
พม่า	22	41.51	23	46
<b>วิธีการคลอด</b>				
คลอดทางช่องคลอด	17	32.08	9	18
ผ่าตัดคลอด	36	67.92	41	82
<b>น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)</b>	(M=2794.25, SD=591.19 )		(M=2958.52, SD=399.41 )	
< 2,500	8	15.09	4	8
2,500 – 2,990	29	54.72	25	50
3,000 – 3,490	13	24.52	19	38
$\geq 3,500$	3	5.66	2	4
<b>ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี</b>				
ความเสี่ยงทั่วไป	12	22.64	24	48
ความเสี่ยงสูง	41	77.36	26	52
<b>การได้รับยาต้านไวรัสป้องกัน</b>				
ได้รับยาตามแผนการรักษา	36	67.92	50	100
สูตรยาต้านไวรัสที่ทารกได้รับหลังคลอด		(n=36)		(n=50)
-ยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำ ระยะเวลา 4 สัปดาห์	11	30.56	24	48
-AZT+NVP+3TC ระยะเวลา 4 สัปดาห์	25	69.44	26	52

ข้อมูลส่วนบุคคล	ก่อนการใช้แนวทาง(n=53) (ปี2561-2562)		หลังการใช้แนวทาง(n=50) (ปี2563-2567)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับยาไม่ตรงตามแผนการรักษา	1	1.89	0	0
ไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา	16	30.19	0	0
<b>การตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยวิธี HIV DNA PCR</b>				
การตรวจPCR ช่วงอายุ 1-2 เดือน				
ได้รับการตรวจ	37	69.81	50	100.00
- ผลลบ	37	100.00	48	96.00
- ผลบวก	0	0.00	2	4.00
ไม่ได้ตรวจ	16	30.19	0	0.00
การตรวจ PCR ช่วงอายุ 4 เดือน (n= 48)*				
ได้รับการตรวจ	21	39.62	41	85.42
- ผลลบ	21	100.00	41	100.00
- ผลบวก	0	0.00	0	0.00
ไม่ได้ตรวจ	32	60.38	7	14.58
มาตรวจตามนัดจนถึงอายุ 18 เดือน				
มาตรวจตามนัด	21	39.62	43	86.00
ไม่มาตรวจตามนัด	32	60.38	7	11.00

\*n=48 คือจำนวนทารกที่ควรได้รับการตรวจPCRในช่วงอายุ 4 เดือน

จากตารางที่ 2 พบว่า ทารกแรกคลอดจากการติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการใช้แนวทางดูแลส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกัน โดยเป็นเพศชายมากกว่า ร้อยละ 60.00 และมีสัญชาติไทยมากกว่าร้อยละ 54 วิธีคลอดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดมากกว่าร้อยละ 67 และทารกมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500–2,990 กรัม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 52.00 หลังการ

ใช้แนวทางการดูแล พบว่า อัตราการได้รับยาต้านไวรัสป้องกันตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.92 เป็นร้อยละ 100 ขณะที่การตรวจหาเชื้อโดยวิธี HIV DNA PCR ช่วงอายุ 1-2 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.81 เป็น 100 และช่วงอายุ 4 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.62 เป็นร้อยละ 85.42 ตามลำดับ นอกจากนี้อัตราการมาตรวจตามนัดจนถึงอายุ 18 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.62 เป็นร้อยละ 86.00

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการใช้แนวทางการรักษา

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการใช้แนวทาง(n=53) (ปี2561-2562)		หลังการใช้แนวทาง(n=50) (ปี2563-2567)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>การได้รับนมผสมหลังคลอดต่อเนื่องจนถึงอายุ18เดือน</b>				
ได้รับนมผสมหลังคลอดต่อเนื่อง	19	35.85	43	86
นมมารดาและนมผสม	2	3.77	0	0
ไม่ได้รับนมผสมหลังคลอดต่อเนื่อง	32	60.38	7	14
<b>การประเมินและผลการเจริญเติบโตและพัฒนาการ</b>				
ได้รับการประเมินและปกติ	21	39.62	43	86
ได้รับการประเมินและผลไม่เป็นไปตามเกณฑ์	0	0	0	0
ไม่ได้รับการประเมิน	32	60.38	7	14
<b>การตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือน</b>				
ตรวจยืนยัน	21	39.62	41	82
มีผลการตรวจ HIV DNA PCR ครั้งแรกเป็นบวก	0	0	2	4
ไม่ได้ตรวจ	32	60.38	7	14
<b>สรุปผลการวินิจฉัยของทารก</b>				
ไม่ติดเชื้อ	21	39.62	41	82
ติดเชื้อ	18	33.96	2	4
ติดตามไม่ได้	14	26.42	7	14
<b>ภาวะแทรกซ้อน</b>				
ไม่มี	29	54.71	42	84
มี	10	18.87	1	2
ติดตามไม่ได้	14	26.42	7	14
<b>การเสียชีวิต</b>				
ไม่มี	37	69.81	43	86
มี	2	3.77	0	0
ติดตามไม่ได้	14	26.42	7	14

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการใช้แนวทางดูแล อัตราการได้รับนมผสมหลังคลอดต่อเนื่องจนถึงอายุ 18 เดือน และอัตราการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่มีผลปกติตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ

86.00 นอกจากนี้ อัตราการตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 82 ซึ่งส่งผลให้สามารถวินิจฉัยทารกติดเชื้อได้เร็วขึ้นโดยพบผลตรวจ PCR ครั้งแรกเป็นผลบวกร้อยละ 4.00 ในขณะที่อัตรา

การติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและภาวะแทรกซ้อนลดลง  
 เหลือร้อยละ 4 และ 2 ตามลำดับ และอัตราการเสียชีวิต  
 เท่ากับ 0.00

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก(Process)ในการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีก่อน  
 และหลังการใช้แนวทางการดูแล

ผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลทารก (Process)	ก่อนใช้แนวทาง (ปี2560-2562) (n=53)		หลังใช้แนวทาง (ปี2563-2567) (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>Process</b>			
ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	53	100.00	50	100.00
ได้รับสูตรยาต้านไวรัสป้องกันตามแผนการรักษา	36	67.92	50	100.00
ได้รับการตรวจ HIV DNA PCR ตามช่วงอายุที่กำหนด	21	39.62	43	86.00
ได้รับนมผสมหลังคลอดต่อเนื่องจนถึงอายุ 18 เดือน	19	35.85	43	86.00
ได้รับการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ	21	39.62	43	86.00
ได้รับการติดตามมาตรวจตามนัดจนถึงอายุ 18 เดือน	21	39.62	43	86.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการใช้แนว  
 ทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี  
 ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและ  
 ได้รับสูตรยาต้านไวรัสป้องกันตามแผนการรักษาคิดเป็น  
 ร้อยละ 100.00 อัตราการตรวจหา HIV DNA PCR ตาม

ช่วงอายุที่กำหนดเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 86.00 และ  
 อัตราการได้รับนมผสมหลังคลอดต่อเนื่องจนถึงอายุ 18  
 เดือน การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการและ  
 การติดตามมาตรวจตามนัดจนถึงอายุ 18 เดือนเพิ่มขึ้น  
 คิดเป็นร้อยละ 86.00

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก(Outcome)ในการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีก่อน  
 และหลังการใช้แนวทางการดูแล

ผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลทารก	ก่อนใช้แนวทาง(n=53) (ปี2560-2562)		หลังใช้แนวทาง(n=50) (ปี2563-2567)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>Outcome</b>			
อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	18	33.96	2	4
อัตราการตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือน	21	39.62	41*	82
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	10	18.87	1	2
อัตราการเสียชีวิต	2	3.77	0	0

\*มีทารก 2 รายที่มีผลตรวจ PCR ช่วงอายุ 1-2 เดือนเป็นบวก

จากตารางที่ 5 พบว่า ภายหลังจากใช้แนวทางการดูแลทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ลดลงจากร้อยละ 33.96 เป็นร้อยละ 4 ขณะที่อัตราการตรวจยืนยันไม่พบเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือนเพิ่มขึ้น

จากร้อยละ 39.62 เป็นร้อยละ 82.00 นอกจากนี้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตลดลงคิดเป็นร้อยละ 2.00 และ 0.00 ตามลำดับ

**ตารางที่ 6** ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ทางคลินิก (Outcome) กับการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลระนอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	Chi-square ( $\chi^2$ )	df	p-value
อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก	18.177	2	<.001*
อัตราการตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือน	19.283	2	<.001*
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	29.520	2	<.001*
อัตราการเสียชีวิต	4.350	2	.114

\*p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก, อัตราการตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือน, และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการเสียชีวิตมีความสัมพันธ์กับแนวทางการดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ไม่ได้รับการตรวจ HIV DNA PCR ตามช่วงอายุที่กำหนด รวมถึงไม่ได้รับนมผสมและการประเมินพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ปัญหาเหล่านี้ทำให้ทารกต้องกลับมารักษาด้วยอาการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อยครั้ง เช่น ติดเชื้อผิวหนัง, ปอดบวม, ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น และได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้าเมื่ออายุ 1-3 ปี สำหรับกลุ่มมารดาที่ได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 69.81 ยังคงพบปัญหาการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดถึงร้อยละ 43.24 เช่น การได้รับยาต้านไวรัสสูตรป้องกันไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา, การไม่มาตรวจ HIV DNA PCR ตามช่วงอายุที่กำหนด เป็นต้น

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้แนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลระนอง พบว่า ก่อนการพัฒนาแนวทางในปี 2561-2562 การดำเนินการตามนโยบายป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT) ยังคงมีข้อจำกัด โดยทารกแรกคลอดจำนวน 53 ราย ร้อยละ 30.19 เกิดจากมารดาที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังคลอด, ไม่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรป้องกันการติดเชื้อตั้งแต่แรกเกิด และ

ดังนั้นแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระนอง ได้พัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดูแลทารกแรกคลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีมาตั้งแต่ปี 2563 โดยอ้างอิงและสังเคราะห์จากแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เป็นมาตรการสำคัญในรูปแบบ “One Page” เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางปฏิบัติและมาตรการหลักใน



การกำกับดูแลทารกแรกคลอดจากการติดเชื้อเอชไอวี เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมี องค์ประกอบหลัก ได้แก่ แนวทางการตรวจ HIV DNA PCR แรกเกิด, การประเมินความเสี่ยงของมารดาเพื่อจัด แบ่งกลุ่มทารกในการให้ยาต้านไวรัสป้องกันและช่วงอายุ ที่กำหนดติดตามตรวจ HIV DNA PCR, การกำหนด น้ำหนักแรกเกิดและขนาดยาต้านไวรัสป้องกัน รวมถึง การมีตารางสำหรับมารดาเพื่อใช้ในการลงเวลา รับประทานยาของทารก นอกจากนี้ยังได้จัดทำแนวทาง ปฏิบัติกรณีผลตรวจ HIV DNA PCR ช่วง 4 เดือนแรก เป็นบวกและตารางแสดงขนาดยาต้านไวรัสสำหรับทารก อายุต่ำกว่า 1 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มเติม

การดำเนินการตามแนวทางนี้ส่งผลทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างชัดเจนทั้งในด้าน กระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเฉพาะผลลัพธ์ เชิงกระบวนการ (Process) แสดงถึงการยกระดับ คุณภาพการดูแล เนื่องจากอัตราการได้รับยาต้านไวรัส ป้องกันตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.00 อันเป็นผลมาจากการประเมินและจัดกลุ่มทารกในการให้ ยาตามความเสี่ยงของมารดาอย่างเป็นระบบ และมีการ กำหนดช่วงเวลาในการรับประทานยาที่ชัดเจนใน แนวทาง “One Page” ซึ่งช่วยแก้ไขปัญหาการได้รับยา ไม่ถูกต้องหรือล่าช้า นอกจากนี้อัตราการตรวจ HIV DNA PCR ตามช่วงอายุที่กำหนด, อัตราการได้รับนมผสม ต่อเนื่อง, การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และการมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 86.00 ซึ่ง เป็นผลมาจากการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบ “One Page” ที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแบ่งกลุ่ม ทารกเพื่อติดตามตรวจ HIV DNA PCR ช่วยให้บุคลากร สื่อสารกำหนดการนัดที่ถูกต้องแก่มารดา ทำให้ทารกเข้า สู่ระบบการติดตามผลตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและสร้างความ ตระหนักถึงความสำคัญของการนัดหมายครั้งถัดไป เมื่อ

ทารกเข้าถึงบริการตามนัดอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้ เกิดการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูกหลังคลอดอย่างครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของฉวีวรรณ ต้นพุดชา (2566) ที่พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ได้แก่ การไม่มารับการดูแลตามนัดหมาย และการกินยา ต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น

ดังนั้นผลลัพธ์เชิงกระบวนการดังกล่าวจึงส่งผล ให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและอัตราการ ตรวจยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 18 เดือนมี ความสัมพันธ์กับการใช้แนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องมาจากการเข้าถึงและ ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตั้งแต่เริ่มแรก โดยพบว่า มารดาที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอมากขึ้นก่อน คลอดมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (Viral load) ต่ำ กว่า 50 copies/ml เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.00 รวมถึง การให้ยาต้านไวรัสป้องกันแก่ทารกครบถ้วนทุกราย ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์ และคณะ (2564) ที่พบว่า การเข้าถึงยาต้านไวรัสสูตรที่มี ประสิทธิภาพสูง (HAART) และการดูแลที่เป็นระบบทำ ให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลดลง และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Adelekan et al. (2022) ที่พบว่า การใช้แนวทางการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และการได้รับยา ART ของมารดาอย่างต่อเนื่องทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่ 18 เดือนอยู่ในระดับ ต่ำ รวมถึงการศึกษาของ Desta et al. (2019) ระบุว่า การกำจัดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกต้องมีการจัดหา ยาต้านไวรัสป้องกันที่เหมาะสมให้กับทารก

นอกจากนี้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมี ความสัมพันธ์กับการใช้แนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าอัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนลดลงจากร้อยละ 21.62 เหลือเพียง



ร้อยละ 2.44 เนื่องจากทารกส่วนใหญ่มีการตรวจ PCR ตามช่วงอายุที่กำหนดและไม่พบการติดเชื้อ ซึ่งเป็น การป้องกันไม่ให้โรคดำเนินไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมถึงกรณีทารกติดเชื้อก็จะได้รับการวินิจฉัยและเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว (Early Infant Diagnosis) สอดคล้องกับการศึกษาของ Njom Nlend et al. (2023) ที่พบว่า การวินิจฉัยที่รวดเร็วและการติดตามผลตามกำหนด เป็นสิ่งสำคัญในการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในทารกกลุ่มเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตของทารกไม่มีความสัมพันธ์กับแนวทางการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจมาจากอัตราการเสียชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่พบน้อยและขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัดในการวิเคราะห์ แต่การลดลงของอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 0 แสดงถึงความสำเร็จในการยกระดับคุณภาพการดูแล และช่วยให้ทารกมีโอกาสรอดชีวิตและมีสุขภาพที่ดีตามเป้าหมายของโครงการ PMTCT โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มก่อนใช้แนวทางที่พบการเสียชีวิต ร้อยละ 5.41 ซึ่งเกิดจากทารกที่ไม่ได้รับการติดตามและมาพบแพทย์เมื่อมีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาสรุนแรงแล้ว ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Obeagu (2025) ที่พบว่า การตรวจวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรกช่วยให้สามารถเริ่มยาต้านไวรัส (ART) ในทารกที่ติดเชื้อได้อย่างทันทีทัน่วงที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการเจ็บป่วย (Morbidty) และอัตราการเสียชีวิต

### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2564). *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) . กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร.  
คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). *ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560–2573*. กระทรวงสาธารณสุข.

(Mortality) ในทารกได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ในรูปแบบ “One Page” ได้ช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลทารกแรกคลอดจากการติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระนองให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กำหนดให้การประเมินความเสี่ยงของมารดา เพื่อจัดกลุ่มการติดตามตรวจ HIV DNA PCR ซึ่งเป็นเกณฑ์ปฏิบัติมาตรฐานที่สำคัญที่สุดในการดูแลหลังคลอด เพื่อให้แน่ใจว่าทารกเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early Infant Diagnosis) และการรักษาอย่างทันทีทัน่วงที่
2. เพิ่มประสิทธิภาพการตรวจติดตามโดยการพัฒนาระบบการติดตามทารกที่ไม่มาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เช่น การแจ้งเตือนทางโทรศัพท์/ แอปพลิเคชัน หรือประสานงานกับเครือข่ายชุมชน
3. เผยแพร่การใช้แนวทางการดูแลรูปแบบ “One Page” ไปยังแผนกกุมารเวชกรรมและสูติกรรมในโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเครือข่าย เพื่อบูรณาการให้เกิดการดูแลทารกจากการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานที่ชัดเจนและเป็นระบบเดียวกัน

ฉวีวรรณ ต้นพุดชา.(2565). ปัจจัยสัมพันธ์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ประเทศไทย. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 45(4), 108-115.

ช่อผกา หนูรอด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ และ สมเกียรติยศ วรเดช.(2561). ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม.*วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 307-314.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 10 ฉบับปรับปรุงใหม่). สุวีริยาสาส์น. กรุงเทพมหานคร.

ภัทรวรรณ เลิศไชยพานนท์และคณะ.(2564). อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลบางสะพานในรอบสิบปีที่ผ่านมา. *วารสารแพทย์เขต4-5*, 40(4), 539-547.

โรงพยาบาลระนอง. (2567). *สถิติทารกแรกคลอดจากการติดเชื้อเอชไอวี แผนกกุมารเวชกรรม งานผู้ป่วยนอก* (รายงานภายใน). โรงพยาบาลระนอง.

Adelekan, B., Harry-Erin, B., Okaposo, M., Aliyu, A., Ndembu, N., Dakum, P., & Sam-Agudu, N. A. (2022). Final HIV status outcome for HIV-exposed infants at 18 months of age in nine states and the Federal Capital Territory, Nigeria. *PLOS One*, 17(2), e0263921. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263921>

Desta, M. L., Saravanan, M., Hilekiros, H., Kahsay, A. G., Mohamed, N. F., Gezahegn, A. A., & Lopes, B. S. (2019). HIV prevalence and risk factors in infants born to HIV positive mothers, measured by dried blood spot real-time PCR assay in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pediatrics*, 19(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1636-y>

Njom Nlend, A. E., Avenec, P., Negoue, Epee Ngoue, J. & Sandie, B.A. (2023). Morbidity and Mortality of HIV-Exposed Uninfected Infants in a Tertiary Referral Facility in Yaoundé, Cameroon. *IJMA*, 12(2), e663. <https://mchandaids.org/>

Obeagu, E. I. (2025). Early infant diagnosis: A pillar in preventing mother-to-child HIV transmission: A narrative review. *BMC Infectious Diseases*, 87(10), 6626-6634. <https://doi.org/10.1186/s12879-025-09255-7>

Weinberg, G. A. (2025). Human immunodeficiency Virus (HIV) infection in children and adolescents. *MSD Manual Consumer Version*. <https://www.msdmanuals.com/home/children-s-health-issues/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-in-children/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-in-children-and-adolescents>

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis แบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง  
Research and Development of a Participatory Care Model for Patients with Sepsis  
at Sribanphot Hospital, Sribanphot District, Phatthalung Province

สุทิพย์ จินตาคม

Sutip Jintakam

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(Received: November 2, 2025; Accepted: November 18, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหาและช่องว่างของระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลศรีบรรพต (2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วมให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน (3) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลทั้งด้านกระบวนการคลินิก ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติของบุคลากร และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (R&D) 4 ระยะ ร่วมกับแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 45 ราย และบุคลากรทางการแพทย์ 15 คนเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย 6 ชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC  $\geq$  0.80) และความเชื่อมั่น (0.82–0.88) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า (1) ก่อนพัฒนาระบบมีปัญหาสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองล่าช้า การสื่อสารระหว่างหน่วยงานไม่เป็นระบบ การปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ไม่ครบถ้วน และการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์ (2) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย Sepsis Bundle , แบบฟอร์ม SCN-01, Sepsis Emergency Kit และระบบสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ (IOC = 0.92) (3) ผลการประเมินพบว่า คะแนนความรู้ของบุคลากรเพิ่มขึ้นจาก  $5.60 \pm 1.41$  เป็น  $7.10 \pm 1.53$  ( $p < 0.001$ ) ทักษะเพิ่มขึ้นจาก  $3.47 \pm 0.32$  เป็น  $3.99 \pm 0.35$  ( $p < 0.001$ ) และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจาก  $3.32 \pm 0.28$  เป็น  $3.92 \pm 0.33$  ( $p < 0.001$ ) การปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ดีขึ้นทุกองค์ประกอบ โดยการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46 เป็นร้อยละ 72 ความพึงพอใจของบุคลากรอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.39$ , S.D. = 0.51) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของบุคลากร รวมทั้งปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล จึงเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; รูปแบบการดูแล; ทีมสหวิชาชีพ



## Abstract

This research aimed to (1) examine problems and gaps in the sepsis care system at Sribunpot Hospital, (2) develop a participatory sepsis care model appropriate for community hospital contexts, and (3) evaluate outcomes of the model, including clinical processes, knowledge, attitudes, practices of healthcare personnel, and patient satisfaction. The study employed a 4-phase Research and Development (R&D) methodology combined with a Participatory Action Research (PAR) approach. Participants included 45 sepsis patients and 15 nursing staff. Six research instruments were validated for content validity (IOC  $\geq$  0.80) and reliability ( $\alpha$  = 0.82–0.88). Data analysis utilized descriptive statistics, paired t-tests, and qualitative content analysis.

Results revealed that (1) pre-intervention problems included delayed screening, fragmented communication between Emergency Room (ER) and Inpatient Department (IPD), incomplete Sepsis Bundle compliance, and inadequate documentation; (2) the developed care model comprised Sepsis Pathway Version 2, SCN-01 communication form, Sepsis Emergency Kit, and participatory communication system, validated by experts (IOC = 0.92); (3) evaluation outcomes showed significant improvements in staff knowledge from  $5.60 \pm 1.41$  to  $7.10 \pm 1.53$  ( $p < 0.001$ ), attitudes from  $3.47 \pm 0.32$  to  $3.99 \pm 0.35$  ( $p < 0.001$ ), and practices from  $3.32 \pm 0.28$  to  $3.92 \pm 0.33$  ( $p < 0.001$ ). Sepsis Bundle compliance improved across all components, with time-to-antibiotic within 1 hour increasing from 46% to 72%. Staff satisfaction was high ( $\bar{x} = 4.39$ , S.D. = 0.51). The findings demonstrate that the participatory sepsis care model effectively enhanced knowledge, attitudes, and practices among healthcare personnel while improving care quality to align with international standards. The model is suitable for implementation in community hospitals with similar contexts.

**Keywords:** Sepsis; Care Model; Interprofessional Team

## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย ความล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ และอาจนำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (Singer et al., 2016) Sepsis เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานในปี พ.ศ. 2563 ว่ามีผู้เสียชีวิตจากภาวะนี้มากกว่า 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก สะท้อนความรุนแรงและภาระของโรคที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตกว่า 45,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นผู้เสียชีวิตประมาณ 5 รายต่อชั่วโมง แม้การรักษาทางการแพทย์และแนวทาง Sepsis Bundle จะมีความก้าวหน้า แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงอยู่ในระดับสูง สะท้อนช่องว่างของระบบบริการและความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วย Sepsis หลายประเด็น เช่น การคัดกรองล่าช้า การเปิด Sepsis Alert ไม่ครบถ้วน การสื่อสารระหว่างแผนกไม่เป็นระบบ การให้ยาปฏิชีวนะครั้งแรกล่าช้า และการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ไม่ครบถ้วน ปัญหาเหล่านี้สอดคล้องกับการทบทวนเวชระเบียนซึ่งพบว่า

ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับยาปฏิชีวนะภายในหนึ่งชั่วโมง และการเก็บ Blood Culture และ Lactate รอบที่สอง ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังขาดเอกสารมาตรฐานสำหรับใช้สื่อสารข้อมูลระหว่างแผนก ทำให้เกิดข้อผิดพลาดเคลื่อนในการส่งต่อผู้ป่วย

จากการประชุมทีมสหวิชาชีพ มีการระบุช่องว่างเชิงระบบ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความล่าช้าในการให้ยาปฏิชีวนะ (2) การไม่เปิด Sepsis Alert ตามเกณฑ์ (3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วนตามเวลา (4) ความไม่พร้อมของทรัพยากรอุปกรณ์ และ (5) ปัญหาการสื่อสารในการส่งต่อผู้ป่วย ความท้าทายเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม (Participatory Care Model) ซึ่งเชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพเข้าด้วยกันตลอดกระบวนการ ตั้งแต่คัดกรอง วินิจฉัย รักษา และส่งต่อ จึงมีศักยภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ Sepsis ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบดังกล่าว เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับมาตรฐาน และลดความสูญเสียจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในเขตพื้นที่จังหวัดพัทลุง

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลศรีบรรพต เพื่อระบุปัญหาและช่องว่างในการดูแล และนำไปพัฒนาแบบการดูแลที่เหมาะสม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว ในการวางแผนและนำรูปแบบการดูแลไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม ทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของบุคลากร รวมถึง ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยให้ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ สังเกตผล และสะท้อนผล เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยยึดกรอบแนวคิด PAOR (Plan–Action–Observation–Reflection) เป็นหลักในการดำเนินการ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ประชากรกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และนักเทคนิคการแพทย์ ครอบคลุมหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

2. ประชากรกลุ่มผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และเข้ารับการรักษาในช่วงเวลาการเก็บข้อมูลของการวิจัยนี้

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เลือกแบบ การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ครอบคลุมเฉพาะบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลผู้ป่วย Sepsis และสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย แพทย์ 3 คน, พยาบาลวิชาชีพจาก OPD, IPD, ER รวม 25 คน, เภสัชกร 1 คน, และนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน รวมทั้งหมด 27 คน บุคลากรกลุ่มนี้มีบทบาทในทุกๆ กระบวนการ PAOR ได้แก่ Plan–Action–Observation–Reflection

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Patients) การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้ Power Analysis โดยอ้างอิงการวิจัยกึ่งทดลองของธารทนา วงษ์ทวี และคณะ (2563) ใช้ค่าพารามิเตอร์ดังนี้ ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.45 คำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1 สำหรับ Paired t-test (two-tailed) พบว่าต้องการผู้ป่วยอย่างน้อย 32 ราย เพื่อให้มีกำลังการทดสอบเพียงพอ เมื่อเมื่อสูญเสียข้อมูลร้อยละ 10 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 35 ราย ซึ่งมากกว่าขั้นต่ำที่กำหนดจากการวิเคราะห์กำลังอำนาจทางสถิติ

เกณฑ์คัดเข้า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ  $\geq 18$  ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยว่าเป็น Sepsis โดยอ้างอิงเกณฑ์ SIRS, SOS  $\geq 4$  หรือ qSOFA  $\geq 2$  3) รับการรักษาที่ ER หรือ IPD 4) ยินยอมให้ใช้ข้อมูลทางการแพทย์เพื่อการวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่นที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นที่โรงพยาบาลศรีบรรพต 2) ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญ เช่น เวลาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ หรือค่าระดับ Lactate

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือทั้งหมด 6 ชุด เพื่อกำหนดรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ครอบคลุมกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) แบบมีส่วนร่วม โดยรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุดมีดังนี้

1. แบบฟอร์มบันทึกสรุปผลภาพรวมการปฏิบัติตามแนวทาง Sepsis Protocol ใช้สำหรับบันทึกและสรุปผลภาพรวมการดำเนินการตามแนวทาง Sepsis Protocol ของโรงพยาบาลศรีบรรพตในแต่ละเดือน ครอบคลุมข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมด การวินิจฉัย และสถานะการจำหน่าย เพื่อประเมินประสิทธิภาพโดยรวมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงาน

2. ทะเบียนบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตาม Sepsis Protocol แผนกผู้ป่วยนอก ใช้บันทึกข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่การประเมินเบื้องต้น การคัดกรองตามเกณฑ์ SIRS, SOS Score, qSOFA ไปจนถึงการส่งต่อกรณีสงสัย Sepsis เพื่อใช้ประเมินความถูกต้องและความครบถ้วนของการคัดกรองเบื้องต้น

3. ทะเบียนบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตาม Sepsis Protocol แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน/แผนกผู้ป่วยใน ใช้บันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วย Sepsis ในหน่วยงาน ER และ IPD ตั้งแต่การคัดกรอง การให้การรักษา การติดตามระดับ Lactate การให้สารน้ำ ยาปฏิชีวนะ และการใช้ Vasoactive Drugs เพื่อประเมินความสอดคล้องกับแนวทาง Sepsis Bundle

4. แบบสอบถามประเมินความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ใช้ประเมินระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาล และการได้รับการอบรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

4.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก (Multiple Choice Questions) ได้แก่ ก. ข. ค. และ ง. โดยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนรวมเต็ม 10 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตรวจสอบด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.82 การแปลผลคะแนนความรู้โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-7 คะแนน) และระดับต่ำ (0-4 คะแนน)

4.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกเพียง 1 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 การแปลผลคะแนนทัศนคติใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยแบ่งระดับความคิดเห็น

ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.21 – 5.00 = มากที่สุด, 3.41 – 4.20 = มาก, 2.61 – 3.40 = ปานกลาง, 1.81 – 2.60 = น้อย, และ 1.00 – 1.80 = น้อยที่สุด

4.4 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ให้เลือกเพียง 1 คำตอบ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.88 การแปลผลคะแนนการปฏิบัติ ใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.21 – 5.00 = มากที่สุด, 3.41 – 4.20 = มาก, 2.61 – 3.40 = ปานกลาง, 1.81 – 2.60 = น้อย, และ 1.00 – 1.80 = น้อยที่สุด

5. แบบฟอร์มการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation Form) ใช้สำหรับบันทึกพฤติกรรมและกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในระหว่างการพัฒนาารูปแบบ เช่น การประชุม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การใช้ Clinical Pathway และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติงาน เพื่อวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพ

6. แบบประเมินนี้ใช้เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกเพียง 1 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยแบ่งระดับความ

คิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.21 – 5.00 = มากที่สุด, 3.41 – 4.20 = มาก, 2.61 – 3.40 = ปานกลาง, 1.81 – 2.60 = น้อย, และ 1.00 – 1.80 = น้อยที่สุด ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2568 โดยออกแบบตามกรอบวิจัยแบบพัฒนา (R&D) ผสานกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ผ่าน 4 ระยะ ได้แก่ Plan, Action, Observation และ Reflection โดยใช้เครื่องมือวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจำนวน 6 ชุด เพื่อให้ข้อมูลครอบคลุมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ขั้นตอนการเก็บข้อมูลในแต่ละระยะมีดังนี้

1. ระยะที่ 1 Plan การวิเคราะห์สถานการณ์และเตรียมเครื่องมือ

ขั้นตอนนี้เริ่มจากการศึกษาเอกสาร Clinical Guidelines (เช่น Surviving Sepsis Campaign) ทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง และรวบรวมข้อมูลบริบทภายในโรงพยาบาล จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่มเบื้องต้นกับบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อระบุปัญหากระบวนการที่ยังไม่สมบูรณ์ และความต้องการในการพัฒนาารูปแบบการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือวิจัยทั้ง 6 ชุด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่า IOC และความเชื่อมั่น จากนั้นนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ขนาดเล็กก่อนการใช้งานจริง นอกจากนี้ได้จัดทำระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เช่น Sepsis Protocol Summary Form เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

ระยะที่ 2 Action การนำารูปแบบไปใช้และเก็บข้อมูลภาคสนาม

ในระยะนี้มีการอบรมบุคลากรทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ER, IPD, OPD) เกี่ยวกับการประเมิน Sepsis ด้วย SOS Score และ qSOFA การเปิด Sepsis Alert และการทำ Sepsis Bundle ภายใน 1 ชั่วโมง จากนั้นนำารูปแบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ไปใช้จริงใน ER และ IPD โดยผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตการณ์ กระตุ้นให้เกิดการใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลตามกระบวนการใหม่ รวมถึงเก็บข้อมูลเบื้องต้นจากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Sepsis จากเวชระเบียนและแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น ควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์บุคลากรเพื่อบันทึกประสบการณ์เชิงลึก ปัญหา และบริบทระหว่างใช้งานจริง

3. ระยะที่ 3 Observation การติดตามและเก็บข้อมูลเชิงระบบอย่างเป็นทางการ

ระยะนี้เป็นช่วงหลักของการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือทุกชุดอย่างครบถ้วน ดังนี้

3.1 การเก็บข้อมูลผู้ป่วย (Quantitative: Clinical Outcomes) ใช้ Sepsis Patient Record Form และ Sepsis Protocol Summary Form เก็บข้อมูลเวลาแรกที่ได้รับยาปฏิชีวนะ การเก็บ Blood Culture ก่อนให้ยา ค่า Lactate รอบแรกและรอบสอง การเปิด Sepsis Alert ความครบถ้วนของ Sepsis Bundle ภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์จำหน่าย ข้อมูลดังกล่าวรวบรวมจากเวชระเบียนโดยพยาบาล ER และ IPD ร่วมกับผู้วิจัย

3.2 การเก็บข้อมูลบุคลากร (Quantitative: Knowledge-Attitude-Practice)

บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพทำแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ Sepsis ทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อการดูแล และการปฏิบัติตามแนวทาง จากนั้นประเมินซ้ำหลังทดลองใช้รูปแบบการดูแลเสร็จสิ้น เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (paired data)

3.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative: PAR-Reflection Notes) มีการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง เก็บบันทึกภาคสนามจากผู้วิจัย (Field Notes) ตามกรอบ PAOR รวบรวมข้อเสนอแนะจากการประชุมร่วมทีมสหวิชาชีพ และบันทึกปัญหาระหว่างปฏิบัติจริง เช่น ความพร้อมของอุปกรณ์และความล่าช้าในกระบวนการสื่อสาร

4. ระยะที่ 4 Reflection การสะท้อนผลและปรับปรุงรูปแบบ

ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทั้งหมดนำมาสรุปร่วมกันในเวทีประชุมสหวิชาชีพ วิเคราะห์ช่องโหว่ของระบบที่ยังพบ จากนั้นปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ให้สมบูรณ์ และเตรียมฉบับสุดท้ายเพื่อสังเคราะห์เป็น "Participatory Sepsis Care Model" พร้อมทั้งสำหรับการใช้งานจริงและการนำเสนอในงานวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลและผู้ป่วย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะติด



เชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแล โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ได้แก่ เวลาในการให้ยาปฏิชีวนะครั้งแรก ระดับแลคเตท อัตราการเกิดภาวะ Sepsis turn to shock และอัตราการรอดชีวิต โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test หรือ Chi-square test แล้วแต่ลักษณะของข้อมูล

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบฟอร์มการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสะท้อนผล (Reflection) โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สะท้อนการมีส่วนร่วม การพัฒนาแนวทางการดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินการ

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2568/447 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2568

### ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น (Sepsis Pathway Version 2) ประกอบด้วยกระบวนการดูแล 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรอง

ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการจะได้รับการตรวจวัดสัญญาณชีพ ให้ประเมินเบื้องต้นด้วย SIRS หากพบ 2 ใน 4 ข้อ ให้ประเมินต่อยด้วย SOS Score หากพบสัญญาณเตือนจะดำเนินการคัดกรองเชื้อโดยการประเมินค่า qSOFA เพิ่มเติม เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีค่า SOS  $\geq 4$  หรือ qSOFA  $\geq 2$  ให้เปิด Sepsis Alert และบันทึกลงในแบบฟอร์มเฉพาะเพื่อแจ้งหัวหน้าเวร

ขั้นตอนที่ 2 การเปิด Sepsis Alert เมื่อเปิด Sepsis Alert แล้วให้บันทึกเวลา T0 และแจ้งแพทย์เวรเพื่อรับทราบทันที จากนั้นเตรียม Sepsis Emergency Kit ซึ่งประกอบด้วยอุปกรณ์และยาที่จำเป็นให้พร้อมใช้งาน ภายใน 10 นาทีแรกของการประเมินต้องดำเนินการเก็บเลือดเพื่อตรวจ CBC, Lactate serum และ Blood culture จำนวน 2 ขวด รวมถึงค้นหาแหล่งติดเชื้อที่เป็นไปได้ เช่น ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ตรวจปัสสาวะ หรือตรวจอื่นๆ ตามดุลยพินิจแพทย์

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลภายใน 1 ชั่วโมงแรก (1-Hour Sepsis Bundle) ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเปิด Sepsis Alert ต้องดำเนินการ 3 เรื่องสำคัญ ได้แก่ (1) เก็บเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะเพื่อหาเชื้อโรคอย่างแม่นยำ (2) เจาะตรวจระดับแลคเตทครั้งที่ 1 และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในปริมาณ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม (3) ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 60 นาที โดยพยาบาลสามารถให้ยาได้ทันทีโดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลได้จัดทำชุดยาปฏิชีวนะที่แพทย์อนุมัติไว้ล่วงหน้า (Pre-approved antibiotic set) พร้อมให้พยาบาลบันทึกเวลาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะในเวรระเบียบอย่างชัดเจนเพื่อติดตามผลในเชิงระบบ

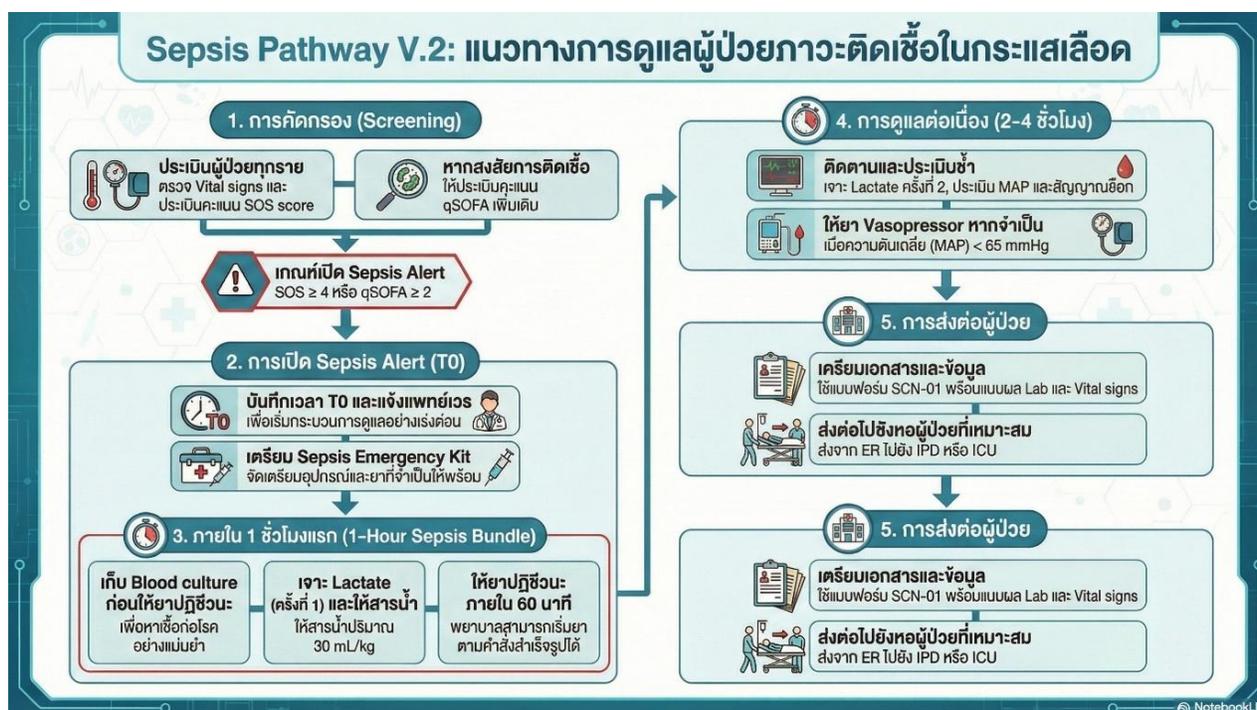
ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผลเบื้องต้น (2-4 ชั่วโมง) กำหนดให้วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เจาะตรวจระดับแลคเตทซ้ำครั้งที่ 2 และวัดความดันโลหิตเฉลี่ยพร้อมสัญญาณชีพอื่นๆ หากผู้ป่วยมีความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) ต่ำกว่า 65 มิลลิเมตรปรอทแม้ได้รับสารน้ำเพียงพอแล้ว ให้ใช้ยา Vasopressor เพื่อปรับความดันโลหิต การเฝ้าระวังดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญในการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น

**ขั้นตอนที่ 5 การส่งต่อผู้ป่วย** เตรียมเอกสารและข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์ม SCN-01 ซึ่งรวบรวมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและสัญญาณชีพ จากนั้นส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม ได้แก่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและการตอบสนองต่อการรักษา

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่รับผิดชอบโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของรพ.ศรีบรรพต 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

โรงพยาบาลพัทลุง 1 คน และเภสัชกร 1 คน ผลการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าเฉลี่ย 0.92 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญหลายประการ ได้แก่ การปรับปรุงข้อความในส่วนคำสั่งแพทย์ให้กระชับและเข้าใจได้ง่ายขึ้น การจัดทำแผนผัง Flowchart ขนาดใหญ่เพื่อติดตั้งในห้องฉุกเฉิน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างชัดเจน รวมทั้งการเพิ่มตัวชี้วัดระยะสั้น เช่น เวลาในการเจาะแลกกะเพาะครั้งแรก เพื่อใช้ประเมินผลเบื้องต้นของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้น

**ผลการประเมินการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย  
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม**

ผลการดำเนินงานพบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรวม 45 ราย โดยจำแนกเป็นภาวะ Sepsis จำนวน 21 ราย Severe Sepsis จำนวน 13 ราย และ Septic Shock จำนวน 11 ราย คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 22 ราย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นกลุ่มสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

**1. การเปิด Sepsis Alert** การประเมินการเปิด Sepsis Alert พบว่า จากผู้ป่วยทั้งหมด 45 ราย มีการเปิด Alert จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 88.9) และไม่ได้เปิด Alert จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 11.1) สาเหตุหลักของการไม่เปิด Alert ประกอบด้วย การประเมินคะแนน SOS ไม่ครบถ้วนจำนวน 3 ราย และพยาบาลใหม่ยังขาดความมั่นใจในเกณฑ์การเปิด Alert อีก 2 ราย ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรมีความเข้าใจและการตระหนักรู้ที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการอบรมก่อนหน้านี้ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการเปิด Sepsis Alert ระหว่างการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

รายการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ควรเปิด Alert (SOS $\geq$ 4 หรือ qSOFA $\geq$ 2)	45	100.0
เปิด Alert จริง	40	88.9
ไม่เปิด Alert	5	11.1

**2. เวลาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ (Time-to-Antibiotic)** การวิเคราะห์เวลาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะพบว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลมีค่าเฉลี่ย 78 นาที และหลังใช้รูปแบบการดูแลลดลงเหลือ 52 นาที ผู้ป่วยที่ได้รับยาภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46 เป็นร้อยละ 72

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถลดเวลาให้ยาปฏิชีวนะได้เฉลี่ย 26 นาที และเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการผู้ป่วยในชั่วโมงแรกอย่างเห็นได้ชัด ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบเวลาเริ่มให้ยาปฏิชีวนะก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

รายการ	ก่อนใช้ระบบ	หลังใช้ระบบ
เวลาปานกลางในการให้ยาปฏิชีวนะ (นาที)	78	52
ผู้ป่วยที่ได้รับยา $\leq$ 60 นาที (%)	46	72

**3. ความครบถ้วนของ Sepsis Bundle**  
ผลการเปรียบเทียบความครบถ้วนของกระบวนการ Sepsis Bundle พบว่าดีขึ้นในทุกองค์ประกอบ โดยการเก็บ Blood culture ก่อนให้ยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62 เป็นร้อยละ 87 การเจาะ

Lactate รอบแรกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74 เป็นร้อยละ 94 การเจาะรอบที่สอง (2-4 ชั่วโมง) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51 เป็นร้อยละ 71 และการให้สารน้ำภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 85 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลสามารถยกระดับความ

ครบถ้วนและความเป็นระบบในการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ได้อย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความครบถ้วนของกระบวนการ Sepsis Bundle ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

องค์ประกอบ	ก่อนใช้ (%)	หลังใช้ (%)
เก็บ Blood culture ก่อนให้ยา	62	87
เจาะ Lactate รอบแรก	74	94
เจาะ Lactate รอบสอง (2-4 ชม.)	51	71
ให้ IV fluid ภายใน 30 นาที	68	85

**ผลการพัฒนากระบวนการดูแล (Process Outcomes)**

การใช้ Sepsis Emergency Kit มีการเปิดใช้งานรวม 27 ครั้ง โดยอุปกรณ์พร้อมใช้ครบทุกเวร (ร้อยละ 100) พบปัญหาการขาดยาเพียง 2 ครั้ง ได้แก่ Meropenem 1 ครั้ง และ Lactate Test Kit 1 ครั้ง อย่างไรก็ตาม พบข้อบกพร่องในเรื่องการไม่ส่งคืนอุปกรณ์หลังใช้งานและขาดผู้รับผิดชอบประจำเวร จึงได้มีการปรับระบบโดยมอบหมายให้หัวหน้าเวรตรวจสอบความครบถ้วนของชุดอุปกรณ์ทุกวัน

ในด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจังหวัดจำนวน 14 ราย มีการใช้แบบฟอร์ม Sepsis Communication and Handover Note (SCN-01) ครบถ้วนจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 85.7) ส่วนที่ขาดข้อมูลบางส่วนจำนวน 2 ราย พบว่าเป็นข้อมูลการตรวจ Lactate รอบที่สองและเวลาการให้ยาปฏิชีวนะ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แบบฟอร์มนี้ช่วยยกระดับมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ การทดลองใช้พบปัญหาบางประการ ได้แก่ แบบฟอร์ม SCN-01 มีรายละเอียดมากทำให้พยาบาลรอกไม่ครบในช่วงที่มีภาระงานสูง การอ่านคะแนน SOS ยังมีความคลาดเคลื่อนในพยาบาลใหม่บาง

ราย ความเข้มข้นของยา Norepinephrine ในชุด Kit ไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยบางราย รวมถึงแพทย์เวรนอกเวลายังขาดความมั่นใจในการให้พยาบาลเริ่มยาปฏิชีวนะเอง

**ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Sepsis ก่อนและหลังการทดลอง**

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่  $5.60 \pm 1.41$  (ระดับปานกลาง) และเพิ่มขึ้นเป็น  $7.10 \pm 1.53$  (ระดับสูง) หลังการใช้รูปแบบการดูแล โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่าง 1.50 คะแนน ผลการทดสอบทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่าค่าความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=6.129, p<0.001$ ) สะท้อนว่าการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 4

การเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม



ร่วม พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่  $3.47 \pm 0.32$  (ระดับปานกลาง) และเพิ่มขึ้นเป็น  $3.99 \pm 0.35$  (ระดับมาก) หลังการใช้รูปแบบการดูแล โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 0.52 คะแนน ผลการทดสอบด้วย Paired t-test พบว่าความแตกต่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=5.488, p<0.001$ ) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและเพิ่มแรงจูงใจของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ดังตารางที่ 54

การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่

$3.32 \pm 0.28$  (ระดับปานกลาง) และเพิ่มขึ้นเป็น  $3.92 \pm 0.33$  (ระดับมาก) หลังการใช้รูปแบบการดูแล โดยมีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง 0.60 คะแนน ผลการทดสอบด้วย Paired t-test พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=7.021, p<0.001$ ) ดังตารางที่ 4

การเพิ่มขึ้นของคะแนนดังกล่าวสะท้อนว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติได้ถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องตาม Sepsis Pathway มากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเปิด Sepsis Alert อย่างถูกต้อง การเก็บเลือดเพาะเชื้อครบถ้วน การให้ยาปฏิชีวนะภายในเวลาที่กำหนด และการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์ม SCN-01 อย่างเป็นระบบ

**ตารางที่ 4** ผลการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ตัวแปร	ระยะเวลา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	Mean diff	t	95% CI	P-value
ความรู้	ก่อนทดลอง	5.6	1.41	ปานกลาง	1.5	6.129	0.98–2.02	<0.001*
	หลังทดลอง	7.1	1.53	สูง				
ทัศนคติ	ก่อนทดลอง	3.47	0.32	ปานกลาง	0.52	5.488	0.33–0.71	<0.001*
	หลังทดลอง	3.99	0.35	มาก				
การปฏิบัติ	ก่อนทดลอง	3.32	0.28	ปานกลาง	0.6	7.021	0.43–0.77	<0.001*
	หลังทดลอง	3.92	0.33	มาก				

การประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม พบว่าบุคลากรมีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.39, S.D.=0.51$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าความพร้อมของอุปกรณ์ใน Sepsis Emergency Kit และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ

ได้รับ ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ส่วนประเด็นอื่นๆ ได้รับความพึงพอใจในระดับมาก ผลการประเมินสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับ และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาล

## อภิปรายผล

### 1. สภาพปัญหาและกระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลศรีบรรพต

ผลการสำรวจสภาพปัญหาพบว่า ก่อนมีการพัฒนารูปแบบการดูแล การดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีจุดอ่อนสำคัญหลายประการ ได้แก่ การคัดกรองไม่ทันเวลาเนื่องจากขาดเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานร่วมกัน การสื่อสารระหว่างแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับแผนกผู้ป่วยในไม่เป็นระบบ ทำให้เกิดความล่าช้าและความคลาดเคลื่อน การปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การทบทวนเคสและติดตามคุณภาพทำได้ยาก รวมทั้งไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นเอกภาพ ทำให้แต่ละหน่วยงานดำเนินการแตกต่างกัน

ผลดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างของระบบ (System Gaps) ตามกรอบแนวคิดของ Donabedian ที่ครอบคลุมทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ กล่าวคือ โครงสร้างระบบ (Structure) ไม่รองรับการปฏิบัติทางคลินิก (Process) ทำให้ผลลัพธ์ (Outcome) ไม่ได้มาตรฐาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของสมพร รอดจินดา (2561) ที่รายงานว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กมีปัญหาการคัดกรองล่าช้าเฉลี่ย 101 นาที ก่อนพัฒนาระบบ อังคณา เกียรติมนโรจน์ (2021) พบว่าการปฏิบัติตาม Bundle ต่ำส่วนใหญ่เกิดจากระบบไม่เอื้อต่อการทำงาน รวมถึงแนวทาง CMS NQF#0500 ที่ชี้ว่าความล่าช้าในการสื่อสารและการบันทึกข้อมูลเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ IPSO (2023) ยังชี้ให้เห็นว่าการคัดกรองไม่เป็นระบบเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อกจาก Sepsis

### 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ส่วน ได้แก่ แผนผัง Flowchart แนวทางปฏิบัติ Sepsis ในช่วงโม่งแรก แบบฟอร์ม SCN-01 เพื่อใช้สื่อสารและส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับแผนกผู้ป่วยใน แนวทางประเมินผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความเสี่ยง ระบบการสื่อสารและการปรึกษาแพทย์แบบเร่งด่วน ระบบสรุปเหตุการณ์และทบทวนเคสรวมทั้งคู่มือและสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ปฏิบัติงาน

รูปแบบดังกล่าวพัฒนาตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) 4 ระยะ ผสานกับหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานจริง ผู้บริหาร ผู้ป่วย และครอบครัวเข้ามาร่วมออกแบบ อภิปราย และทดลองใช้ จึงทำให้แนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทจริง ลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง และสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของงาน (Ownership) กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Interprofessional Collaboration ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับ ธารทนา วงษ์ทวี (2020) พบว่าการมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบช่วยเพิ่มการยอมรับและเพิ่มการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle อย่างมีนัยสำคัญ Jitprasert et al. (2021) รายงานว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทำให้กระบวนการที่ออกแบบมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปปฏิบัติจริง อังคณา (2021) พบว่าโรงพยาบาลที่ใช้ PAR สามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลและลดการทรุดหนักของผู้ป่วยได้อย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ Surviving Sepsis Campaign (2021) ระบุว่า การพัฒนา Sepsis Program จำเป็นต้องดำเนินการแบบสหสาขาวิชาซึ่งอยู่อย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่ใช้ใน



การศึกษาครั้งนี้ การพัฒนารูปแบบดังกล่าวจึงมีพื้นฐานทางทฤษฎีที่มั่นคงและมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

### 3. การประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม

3.1 ด้านความรู้และทักษะของบุคลากร ผลการประเมินพบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก  $5.60 \pm 1.41$  เป็น  $7.10 \pm 1.53$  ( $p < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Adult Learning และ Experiential Learning ที่ระบุว่า การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จริงและตัวอย่างเคสทำให้บุคลากรสามารถเชื่อมโยงความเข้าใจได้ดีขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานของธารทนา (2020) และ Jittprasert et al. (2021) ที่รายงานว่า การพัฒนาระบบ Sepsis พร้อมการโค้ชภาคปฏิบัติช่วยเพิ่มความรู้ของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Evans et al. (2021) พบว่าการอบรมและการสนับสนุนด้านคลินิกเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจในแนวทางและปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น

3.2 ด้านทัศนคติของบุคลากร หลังการพัฒนา ระบบ บุคลากรมีทัศนคติที่ดีขึ้นเกี่ยวกับความสำคัญ ของ Sepsis Bundle ความจำเป็นของการสื่อสารที่รวดเร็ว และการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับแนวคิด Psychological Safety ที่เชื่อว่าบรรยากาศการทำงานที่ปลอดภัยทางจิตใจช่วยให้บุคลากรกล้าสื่อสารและขอความช่วยเหลือได้ทันท่วงที Born et al. (2023) ยืนยันว่าทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมและการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพสูงขึ้น

3.3 ด้านการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle การปฏิบัติตามองค์ประกอบของ Sepsis Bundle เพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยา การประเมินระดับ

Lactate และการให้สารน้ำ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ผลการศึกษาสอดคล้องกับมาตรฐาน CMS NQF#0500, Surviving Sepsis Campaign (2021) รวมถึงงานของสมพร (2561) และอังคณา (2021) ที่รายงานว่าเมื่อโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและระบบสื่อสารที่ดี อัตราการปฏิบัติตาม Bundle จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3.4 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ในช่วงทดลองใช้ระบบพบผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 45 ราย ในระยะเวลา 2 เดือน (เฉลี่ยประมาณ 22 รายต่อเดือน) ซึ่งสะท้อนภาวะโรคที่สำคัญในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน แม้การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลผลลัพธ์ปลายทาง เช่น อัตราการเสียชีวิต ระยะเวลานอนโรงพยาบาล หรือภาวะแทรกซ้อนแบบเปรียบเทียบก่อนและหลัง แต่จากข้อมูลเชิงระบบพบว่า การคัดกรองทำได้รวดเร็วขึ้น การส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับแผนกผู้ป่วยในมีความครบถ้วนมากขึ้น การตัดสินใจรักษาทำได้ไวขึ้น และการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลเหล่านี้ ถือเป็นตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) ที่ Surviving Sepsis Campaign (2021) ระบุว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย แม้ งานวิจัยนี้จะไม่ได้นำเสนอผลเชิงปริมาณของผลลัพธ์ปลายทาง แต่หลักฐานเชิงประจักษ์สากลชี้ให้เห็นว่า เมื่อโรงพยาบาลสามารถปรับปรุงระบบคัดกรอง การสื่อสาร และการปฏิบัติตาม Bundle ผลลัพธ์ทางคลินิกโดยรวมจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น Evans et al. (2021) รายงานว่าการเพิ่มคุณภาพของกระบวนการให้การรักษาในชั่วโมงแรกสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้มากถึงร้อยละ 41

3.5 ด้านความพึงพอใจของบุคลากรและผู้รับบริการ บุคลากรและผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในประเด็นความชัดเจนของกระบวนการ การสื่อสารที่ดีขึ้น และระยะเวลารอคอยที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Born et al. (2023) ที่ชี้ให้เห็นว่าการมีระบบสื่อสารที่รวดเร็วและมีมาตรฐานมีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของทีมและผู้ป่วย ผลการประเมินในมิติต่างๆ เหล่านี้ยืนยันได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างเหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้แนวทางและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง แบบฟอร์ม SCN-01 และแผนผัง Flowchart Sepsis ช่วยให้การคัดกรองและการสื่อสารระหว่างแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับแผนกผู้ป่วยในมีความชัดเจนขึ้น จึงควรนำไปใช้อย่างต่อเนื่องและทบทวนปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของโรงพยาบาล

2. ควรจัดการอบรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับ Sepsis ให้บุคลากรเป็นประจำ ผลการวิจัยพบว่าความรู้

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe Sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic Shock)*. สืบค้นจาก <https://www.dms.moph.go.th>
- ธารทนา วงษ์ทวี. (2561). การพัฒนาระบบการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยสาธารณสุข*, 13(3), 112–125.
- สมพร รอดจินดา. (2561). การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(4), 811–823.
- อังคณา เกียรติมนโรจน์. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารการพยาบาล*, 38(2), 45–60.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการอบรม จึงควรจัดกิจกรรมทบทวนแนวปฏิบัติ เช่น การศึกษาคณิศ ตัวอย่าง การจำลองสถานการณ์ หรือการทบทวนเคส เพื่อรักษาคุณภาพการปฏิบัติตาม Sepsis Bundle

3. ควรติดตามตัวชี้วัดกระบวนการอย่างสม่ำเสมอ การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง การประเมิน Lactate และการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยา จะช่วยรักษามาตรฐานการดูแลและระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละเวรหรือแต่ละหน่วยงานได้รวดเร็วยิ่งขึ้น เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าการปฏิบัติตาม Bundle ดีขึ้นอย่างชัดเจน

4. ควรเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกเพิ่มเติมในอนาคต การวิจัยครั้งนี้ยังไม่ได้เก็บข้อมูลผลลัพธ์ปลายทาง เช่น อัตราการเสียชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลานอนโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลเหล่านี้ในระยะยาวจะช่วยให้โรงพยาบาลประเมินประสิทธิผลของรูปแบบได้ชัดเจนขึ้น และเพิ่มความแข็งแกร่งของหลักฐานเชิงประจักษ์



- Born, K. B., et al. (2023). Team communication and psychological safety in emergency care: Associations with clinical quality and patient satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 49(2), 85–94.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- CMS. (2020). *National Quality Forum (NQF) #0500: Early management bundle for severe sepsis and septic shock*. Centers for Medicare & Medicaid Services.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Evans, L., et al. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47, 1181–1247.
- IPSO Alliance. (2023). *Sepsis improvement and early identification framework*. IPSO Clinical Report.
- Jittprasert, P., et al. (2021). Implementation of sepsis bundle in community hospitals: Impacts on process improvement and staff competency. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1432–1440.
- Surviving Sepsis Campaign. (2021). International guidelines for management of sepsis and septic shock. *Critical Care Medicine*, 49(11), e1063–e1143.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Global report on the epidemiology and burden of sepsis*. WHO Press.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคmelioidosisของประชาชนในพื้นที่  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทุ่งยาว อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง  
Factors Associated with Preventive Behaviors Against Melioidosis Among  
the Population in the Catchment Area of Thung Yao Subdistrict Health  
Promoting Hospital, Palian District, Trang Province

วิวัลย์ สังข์ชาติ

Wiwun Sungchart

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว ตำบลทุ่งยาว อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

(Received: November 7, 2025; Accepted: December 7, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจ  
พฤติกรรมการป้องกันโรคmelioidosis และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่  
ตำบลทุ่งยาว อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 357 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายในทั้ง 7  
หมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในระดับมาก (65.5%) และมี  
พฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมาก (72.8%) โดยพฤติกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ การสวมรองเท้าบูทเมื่อลุยน้ำ  
การล้างร่างกายหลังสัมผัสดิน-น้ำ และการทำความสะอาดอุปกรณ์หลังใช้งาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ( $p = 0.041$ ) การสูบบุหรี่ ( $p = 0.023$ ) ประเภท  
น้ำดื่มบริโภค ( $p = 0.034$ ) และระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรค ( $p < 0.001$ ) โดยแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล  
สูงที่สุด ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจ การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน และการรณรงค์สุขภาพที่  
เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงจะช่วยยกระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคmelioidosisในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคmelioidosis; แรงจูงใจในการป้องกันโรค; พฤติกรรมสุขภาพ; ปัจจัยเสี่ยง; ตำบลทุ่งยาว

Corresponding author. Email address: [wiwan.sung@gmail.com](mailto:wiwan.sung@gmail.com)

## Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the levels of motivation, preventive behaviors, and factors associated with preventive behaviors against melioidosis among the population in Thung Yao Subdistrict, Palian District, Trang Province. A total of 357 participants were selected using simple random sampling from all seven villages. The findings revealed that most participants demonstrated a high level of motivation toward melioidosis prevention (65.5%) and a high level of preventive behaviors (72.8%). Common preventive practices included wearing boots when walking through water, washing the body after exposure to soil and water, and cleaning equipment used in high-risk areas. Factors significantly associated with preventive behaviors were sex ( $p = 0.041$ ), smoking status ( $p = 0.023$ ), type of drinking water ( $p = 0.034$ ), and motivation level ( $p < 0.001$ ), with motivation being the strongest predictor. The study highlights the importance of enhancing motivation, improving access to personal protective equipment, and implementing targeted health education interventions to strengthen preventive behaviors against melioidosis within the community

**Key words:** Melioidosis; Prevention motivation; Health behavior; Risk factors;  
Thung Yao Subdistrict

## บทนำ

โรคเมลิออยโดสิส เกิดจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ซึ่งพบมากในประเทศเขตร้อนชื้น โดยเฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย ถือเป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตประมาณ 89,000 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 54 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในประเทศไทยพบผู้ป่วยกระจายทุกภูมิภาค โดยพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ โดยเฉพาะในฤดูฝนซึ่งประชาชนต้องสัมผัสดินและน้ำบ่อยครั้ง กลุ่มเสี่ยงสำคัญคือเกษตรกร ผู้มีอาชีพสัมผัสดินน้ำ และผู้มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ซึ่งพบร่วมในผู้ป่วยกว่า 68% (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2564)

ปี 2567 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยสะสม 1,510 ราย และเสียชีวิต 39 ราย โดยพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในเดือนเมษายน-พฤษภาคม และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในฤดูฝน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2567) สำหรับจังหวัดตรัง ช่วงปี 2563-2568 พบผู้ป่วยรวม 60 ราย และมีอัตราป่วยตายสูงในบางปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และมักมีโรคประจำตัวร่วม (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2568) พื้นที่ตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย พบผู้ป่วยรายแรกในปี 2567 ซึ่งมีประวัติสัมผัสดินและมีโรคเบาหวานร่วม ทั้งนี้ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักโรคขาดความตระหนัก และขาดมาตรการป้องกันที่ถูกต้อง (รัตตินันท์ รองยาง, 2567)

งานวิจัยก่อนหน้า พบว่าปัจจัยประชากรสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในการป้องกันโรคมียผลต่อพฤติกรรมการป้องกันเมลิออยโดสิส (รพีพรรณ ยงยอด และคณะ, 2561) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) อธิบายว่าการรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง ประสิทธิผลของการ

ป้องกัน และความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (วลัยลักษณ์ สิทธิธรรม, 2560) อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาในบริบทชุมชนชนบทภาคใต้ เช่น ตำบลทุ่งยาว ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงด้านภูมิประเทศและวิถีชีวิตที่เฉพาะเจาะจง การศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส พื้นที่ตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง เพื่อใช้พัฒนามาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมกับพื้นที่ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ของประชาชน ตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ของประชาชน ตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ของประชาชน ตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง

## สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยทางประชากรสังคม แรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ของประชาชน ตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง ปี 2568 จำนวน 4,131 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนขนาดตัวอย่างที่ทราบ จำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ Wayne W.,D. (1975) ดังนี้

$$n = \frac{Np(1 - p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2 (N - 1) + p(1 - p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$
$$n = \frac{4,131 \times 0.5(1-0.5)1.96^2}{(0.05)^2 (4131-1)+0.5(1-0.5)1.96^2}$$
$$n = 352$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 352 ราย บวกเพิ่มอีก 5 ราย เป็น 357 ราย เพื่อการจัดสรรกลุ่มตัวอย่างที่เท่าเทียมกันในแต่ละหมู่บ้าน (7 หมู่บ้าน)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นคนไทยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป มีภูมิลำเนาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง

2. มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ (Google form)

3. สนใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. อ่านหนังสือไม่ออก หรือทุพพลภาพ  
2. เจ็บป่วยในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การสุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดให้ทุกหมู่บ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง เป็นพื้นที่ในการศึกษา รวม 7 หมู่บ้าน

2. สุ่มเลือก 51 ราย ของแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

3. สุ่มเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออกอย่างละเท่ากันทุกหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 357 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ น้ำดื่มที่บริโภค ระยะเวลาในการอาศัยอยู่ในพื้นที่ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) (Tanujaya et al., 2022) จำนวน 5 ตัวเลือก แปลความหมายการจัดกลุ่มระดับคะแนนด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ดังนี้

แรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับน้อย (20.00-46.67 คะแนน)

แรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับปานกลาง (46.68-73.34 คะแนน)

แรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในระดับมาก (73.35-100.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสมีข้อคำถาม 18 เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) จำนวน 5 ตัวเลือก แปลความหมายการจัดกลุ่มระดับพฤติกรรม การ ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับน้อย (18.00-42.00 คะแนน)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับปานกลาง (42.01-66.00 คะแนน)

พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับมาก (66.01-90.00 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability)

ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ช่วยตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษา จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนี ความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ผู้วิจัยนำข้อคำถาม ที่คำนวณได้มีค่าตั้งแต่ 0.5-1.00 จึงมีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ ใช้ในแบบสอบถาม

ความเชื่อมั่น (Reliability Test) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจให้คะแนนเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือขอจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

2. ขออนุมัติหนังสือลงพื้นที่ทำวิจัยและเก็บข้อมูล จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทับ จังหวัดตรัง ถึง ผู้นำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว เพื่อขอทดสอบ

เครื่องมือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

3. หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้เมื่อได้รับความยินยอม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาจจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล แก้ไขโดยการใส่หน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่าง โดยจะรบกวนเวลาในการตอบคำถามให้น้อยที่สุดประมาณ 15 นาที และมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะไม่ตอบข้อใดก็ได้ รวมถึงข้อมูลส่วนตัวที่อาจถูกเปิดเผยต่อผู้วิจัยโดยไม่ตั้งใจ ผู้วิจัยจึงมีแนวทางการป้องกันรักษาข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลจริง ในการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลรายบุคคลที่ได้จะเป็นความลับ เผยแพร่และตีพิมพ์ในภาพรวมโดยไม่ปรากฏชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูล

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทับ จังหวัดตรัง โดยใช้ Chi-square test ในการทดสอบทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัว

แปรเชิงกลุ่ม (categorical variables) อธิบายด้วยค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 หากข้อมูลในตาราง 2x2 มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 หรือเกิน 20% พิจารณาใช้สถิติ Fisher's Exact Test

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

### ผลการวิจัย

#### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 357 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (54.6%) และเพศชาย (45.4%) อยู่ในช่วงอายุ 37-56 ปี มากที่สุด (52.4%) มีค่ามัธยฐานอายุ 48 ปี ด้านการศึกษา พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. (26.9%) และประถมศึกษา (26.6%) ขณะที่ระดับปริญญาตรีมีอยู่ร้อยละ 17.9 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษามีเพียงร้อยละ 1.7 เท่านั้น ด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เกษตรกร (43.1%) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (34.2%) และค้าขาย/ธุรกิจรายย่อย (14.0%) ด้านรายได้พบว่ามากกว่าครึ่งมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (52.4%) ในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว (70.6%) ส่วนโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (9.0%) และเบาหวาน (8.1%) พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ไม่เคยสูบบุหรี่ (72.0%) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (67.8%) เป็นสัดส่วนหลัก ส่วนประเภทน้ำดื่มที่ดื่มมากที่สุดคือ น้ำดื่มบรรจุขวด (67.5%) ด้านการอยู่อาศัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 20 ปี (51.5%) สะท้อนถึงการมีรากฐานและการใช้ชีวิตในพื้นที่อย่างยาวนาน

#### 2. แรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis)

ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของประชาชนประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังผลลัพธ์ และการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับ มาก

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.24$ ) โดยเห็นว่าโรคเมลิออยโดสิสทำให้เสียชีวิตได้เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.28$ ) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “โรคนี้ไม่ร้ายแรง” ( $\bar{X} = 2.48$ ) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.77$ ) โดยตระหนักว่าการลุยน้ำหรือสัมผัสดินโดยไม่สวมรองเท้าบูทเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสูงสุด ( $\bar{X} = 4.14$ ) ขณะที่ข้อ “ตนไม่มีทางติดโรค” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{X} = 2.56$ ) ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกัน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.18$ ) โดยเชื่อว่าการล้างมือหลังลุยน้ำช่วยป้องกันโรคได้ดีที่สุด ( $\bar{X} = 4.18$ ) ส่วนข้อ “ทำตามคำแนะนำแล้วยังหลีกเลี่ยงโรคไม่ได้” อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.34$ ) ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.62$ ) โดยเชื่อว่าสามารถแนะนำครอบครัวให้ป้องกันโรคได้ ( $\bar{X} = 3.95$ ) ในขณะที่การหลีกเลี่ยงการลุยน้ำโดยไม่สวมรองเท้าบูทยังทำได้ไม่ดีนัก ( $\bar{X} = 3.04$ )

ภาพรวมระดับแรงจูงใจพบว่า ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจระดับมาก 65.5% ระดับปานกลาง 33.3% และระดับน้อยเพียง 1.1% โดยมีค่ามัธยฐานคะแนนแรงจูงใจ 78 คะแนน อยู่ในช่วง 36-100 คะแนน ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของกลุ่มตัวอย่าง

จัดกลุ่มระดับแรงจูงใจ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (20.00-46.67 คะแนน)	4	1.1
ปานกลาง (46.68-73.34 คะแนน)	119	33.3
มาก (73.35-100.00 คะแนน)	234	65.5
Median (min-max)	78.00 (36.00-100.00)	

### 3. พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ยรวม = 3.93, S.D. = 1.05) โดยพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ “ฉันทำความสะอาดรองเท้าหรืออุปกรณ์หลังจากใช้งานในพื้นที่เสี่ยง” ( $\bar{X}$  = 4.23, S.D. = 0.93) รองลงมาคือ “ฉันล้างเท้าและร่างกายหลังลุยน้ำหรือทำงานในพื้นที่ชื้น” ( $\bar{X}$  = 4.12, S.D. = 1.04) และ “ฉันสวมรองเท้าบูททุกครั้งเมื่อต้องลุยน้ำหรือทำงานในพื้นที่ชื้น” ( $\bar{X}$  = 4.10, S.D. = 1.18) ในขณะที่พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “ฉันไม่คิดว่าจำเป็นต้องป้องกันเมื่ออยู่ในพื้นที่ชื้นหรือขณะทำงานในไร่นา” ( $\bar{X}$  = 2.39, S.D. = 1.18) และ “ฉันไม่ใส่ใจต่อ

การล้างหรือซักรองเท้าหลังทำงานกลางแจ้ง” ( $\bar{X}$  = 2.93, S.D. = 1.32) ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลางถึงน้อย สรุประดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับ มาก จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 72.8 รองลงมาคือกลุ่มที่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับ ปานกลาง จำนวน 84 คน (ร้อยละ 23.5) และมีเพียง 13 คน (ร้อยละ 3.6) ที่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับ น้อย โดยมีค่ามัธยฐานของคะแนนเท่ากับ 75.0 คะแนน ช่วงคะแนนต่ำสุด-สูงสุดอยู่ระหว่าง 31.0-90.0 คะแนน ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (18-42 คะแนน)	13	3.6
ปานกลาง (42.1-66 คะแนน)	84	23.5
มาก (66.01-90.00)	260	72.8
Median (min-max)	75.0 (31.0-90.0)	

### 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

**เพศ** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

( $\bar{X}$  = 6.38, p-value = 0.041) โดยพบว่าผู้หญิงมีสัดส่วนของพฤติกรรมการป้องกันในระดับ “มาก” มากกว่าผู้ชาย ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้หญิงมักมีความรอบคอบในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชนมากกว่า

**การสูบบุหรี่** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในระดับ “มาก” มากที่สุด (194 คน) รองลงมาคือกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่อยู่ (51 คน) และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (15 คน) ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X}$  = 10.57, p-value = 0.023) แสดงว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าผู้ที่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจเนื่องจากบุคคลที่หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมักมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากกว่า

**น้ำดื่มบริโภค** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มน้ำดื่มบรรจุขวด และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในระดับ “มาก” จำนวน 172 คน รองลงมา

คือกลุ่มที่ดื่ม น้ำผ่านการกรอง (78 คน) น้ำต้มสุก (9 คน) และ น้ำประปา (1 คน) ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า ประเภทของน้ำดื่มบริโภคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\bar{X}$  = 12.56, p-value = 0.034) แสดงว่าผู้ที่เลือกบริโภคน้ำดื่มที่สะอาดและปลอดภัย เช่น น้ำบรรจุขวดหรือน้ำผ่านการกรอง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสที่ดีกว่า

**ระดับแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส** ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square Test พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในระดับ มาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในระดับ “มาก” จำนวน 203 คน และในระดับ “ปานกลาง-น้อย” จำนวน 31 คน ขณะที่กลุ่มที่มีแรงจูงใจในระดับ “น้อย-ปานกลาง” มีพฤติกรรมการป้องกันในระดับ “มาก” เพียง 57 คน ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $\bar{X}$  = 70.44, p-value < 0.001)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม			X <sup>2</sup>	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
<b>เพศ</b>						
หญิง	3	43	149	6.38	2	0.041
ชาย	10	41	111			
<b>การสูบบุหรี่</b>						
ไม่เคยสูบบุหรี่	6	57	194	10.57		0.023
ยังสูบบุหรี่อยู่	7	17	51			
เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	0	10	15			

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม			X <sup>2</sup>	df	p-value
	น้อย	ปานกลาง	มาก			
<b>น้ำดื่มบริโภค</b>						
น้ำประปา	1	3	1	12.56	2	0.034
น้ำดื่มบรรจุขวด	9	60	172			
น้ำผ่านการกรอง	2	17	78			
น้ำดื่มสุก	1	4	9			
<b>ระดับแรงจูงใจ</b>						
น้อย-ปานกลาง	12	54	57	70.44	2	<0.001
มาก	1	30	203			

### การอภิปรายผล

#### 1. ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนตำบลทุ่งยาว ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ในระดับมาก โดยมีการรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง และความสามารถตนเองในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี Protection Motivation Theory (PMT) ของ Rogers<sup>10</sup> ที่อธิบายว่าการประเมินภัยคุกคามและความเชื่อมั่นในการรับมือช่วยเพิ่มแรงจูงใจด้านการป้องกันโรค ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของพร กานูจรัส (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงเป็นตัวกระตุ้นสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันในกลุ่มเสี่ยง รวมถึงงานของภาสินี ม่วงใจเพชร และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ (2562) ซึ่งชี้ว่าแรงจูงใจจากความรู้และความเชื่อมั่นในตนเองส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

#### 2. ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ในระดับมาก โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการสัมผัสดิน-น้ำโดยตรง การ

ดูแลแผลให้สะอาด และการใช้น้ำดื่มที่ผ่านการต้มสุกหรือกรอง ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักเพิ่มขึ้นหลังได้รับการรณรงค์ด้านสุขภาพจากหน่วยงานในพื้นที่ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ ยงยอด และคณะ (2561) ที่รายงานว่าการให้ความรู้และสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่ายมีส่วนช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคเมลิออยโดสิส อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้เชิงพฤติกรรมของ Skinner ที่อธิบายว่าการได้รับแรงเสริมทางบวกช่วยให้เกิดการเรียนรู้และทำพฤติกรรมที่เหมาะสมซ้ำอย่างต่อเนื่อง (The Editors of Encyclopaedia Britannica, 2024) อย่างไรก็ตาม ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงในบางกลุ่ม เช่น ไม่สวมรองเท้าบูทเมื่อลุยน้ำ หรือไม่ล้างมือหลังสัมผัสดิน-น้ำ ซึ่งอาจเกิดจากความคุ้นชินในวิถีชีวิต หรือข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล จึงควรมีมาตรการส่งเสริมเพิ่มเติม โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรที่มีความเสี่ยงสูง

#### 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

3.1 เพศ ผลการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคเมลิออยโดสิสของประชาชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว อำเภอบะเหลียน จังหวัดตรัง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.041$ ) โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมกำบังโรคสูงกว่าเพศชายอย่างเด่นชัด ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมที่เพศหญิงมักมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยง และการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานจากงานวิจัยและข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ระบุว่าเพศหญิงมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า และมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ดีกว่าเพศชาย (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2564; ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อ, ม.ป.ป.; กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2567)

ในทางตรงกันข้าม เพศชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า โดยเฉพาะในกลุ่มที่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมและปศุสัตว์ ซึ่งต้องสัมผัสดินและน้ำเป็นประจำ รวมทั้งยังมีความเชื่อเกี่ยวกับความแข็งแรงของร่างกาย และการมองว่ามาตรการป้องกันโรคเป็นเรื่องยุ่งยาก ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันในระดับต่ำกว่า (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2568) นอกจากนี้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Rogers อธิบายว่า การรับรู้ภัยคุกคาม การประเมินความรุนแรงของโรค และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ความเสี่ยงและการประเมินภัยคุกคามสูงกว่าเพศชาย (Rogers, 1975 อ้างถึงใน วลัยลักษณ์ สิทธิธรรม, 2560)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พชรกาญจรัส (2564) และ ภาสินี ม่วงใจเพชร และพรนภาศุภรเวทย์ศิริ (2562) ซึ่งรายงานพบว่าเพศหญิงมีคะแนน

พฤติกรรมกำบังโรคเมลิออยโดสิสสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งงานวิจัยในต่างประเทศยังระบุว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมสูงกว่าเพศหญิง เช่น โรคเมลิออยโดสิสและโรคเลปโตสไปโรซิส เนื่องจากการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงโดยตรงมากกว่า (Currie, 2015; Majeed & Lee, 2017)

เมื่อพิจารณาบริบทพื้นที่เกษตรกรรมของตำบลทุ่งยาว พบว่าประชากรเพศชายจำนวนมากประกอบอาชีพทำสวนยางพารา ทำนา และเลี้ยงสัตว์ ส่งผลให้มีโอกาสสัมผัสดินและน้ำซึ่งเป็นแหล่งเชื้อโรคบ่อยครั้ง ประกอบกับพฤติกรรมเสี่ยงบางประการ เช่น การไม่สวมรองเท้าบูท การไม่ล้างมือหลังสัมผัสดินน้ำ และการสูบบุหรี่ ทำให้ระดับพฤติกรรมกำบังโรคต่ำกว่าเพศหญิง ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนามาตรการสุขศึกษาและการสื่อสารความเสี่ยงที่มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มเพศชาย รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและลักษณะงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในพื้นที่เสี่ยง

**3.2 การสูบบุหรี่** ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคเมลิออยโดสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.023$ ) โดยผู้ไม่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมกำบังโรคสูงกว่าทั้งผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่าการสูบบุหรี่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงและการละเลยมาตรการป้องกันโรคติดต่อ ทั้งนี้ งานวิจัยและข้อมูลทางระบาดวิทยาระบุว่าผู้สูบบุหรี่มักมีการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้มีพฤติกรรมกำบังโรคในระดับต่ำกว่า (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2564; ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อ, ม.ป.ป.; กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2567)

นอกจากนี้ ผู้สูบบุหรี่มักประกอบอาชีพหรือทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น งานเกษตรกรรมและงานกลางแจ้ง ซึ่งเพิ่มโอกาสในการสัมผัสดินและน้ำที่เป็นแหล่งรังโรคของเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* อันเป็นสาเหตุของโรคเมลิออยโดสิส (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2568; Currie, 2015) เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) พบว่าผู้สูบบุหรี่อาจมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ รวมถึงมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรครอยู่ในระดับต่ำ (Rogers, 1975 อ้างถึงใน วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ, 2560)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่รายงานว่าผู้สูบบุหรี่มีภาวะพฤติกรรมสุขภาพในหลายด้าน และมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้ออย่างเหมาะสม (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2564; ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อ, ม.ป.ป.; วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ, 2560) รวมทั้งงานวิจัยในประเทศไทยยังพบว่าผู้สูบบุหรี่มีระดับพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อต่ำกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่หรือนัยสำคัญทางสถิติ (พชร กาญจรัส, 2564)

เมื่อพิจารณาบริบทของตำบลทุ่งยาว พบว่าผู้สูบบุหรี่จำนวนมากอยู่ในกลุ่มเกษตรกร ซึ่งมีโอกาสสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากดินและน้ำสูง ประกอบกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อระบบภูมิคุ้มกัน อาจทำให้เมื่อเกิดการติดเชื้อมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงมากขึ้น (Currie, 2015; Majeed & Lee, 2017) ดังนั้น การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในพื้นที่ ควรบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมการลดและเลิกบุหรี่ควบคู่ไปกับมาตรการป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นกลุ่มเกษตรกรที่สูบบุหรี่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการควบคุมและป้องกันโรคในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

**3.3 น้ำดื่มบริโภค** ผลการศึกษาพบว่าประเภทของน้ำดื่มบริโภคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคเมลิออยโดสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.034$ ) โดยผู้ที่ดื่มน้ำบรรจุขวดหรือน้ำที่ผ่านการกรองมีพฤติกรรมกำบังโรคสูงกว่าผู้ที่ดื่มน้ำประปาหรือน้ำที่ไม่ผ่านการทำให้ปลอดภัยอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสะท้อนถึงทัศนคติด้านสุขภาพและความใส่ใจต่อความเสี่ยงจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ซึ่งอาจปนเปื้อนในแหล่งน้ำธรรมชาติ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่เกษตรกรรม (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2564; ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อ, ม.ป.ป.)

แม้โอกาสการติดเชื้อเมลิออยโดสิสผ่านน้ำดื่มจะพบได้น้อยเมื่อเทียบกับการสัมผัสดินและน้ำโดยตรง แต่ผู้ที่บริโภคน้ำไม่สะอาดมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย เช่น การไม่ต้ม ไม่กรองน้ำก่อนบริโภค หรือการใช้น้ำจากแหล่งธรรมชาติอย่างขาดความระมัดระวัง ซึ่งสะท้อนถึงระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2567)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องรายงานว่า บุคคลที่เลือกบริโภคน้ำสะอาดหรือน้ำที่ผ่านการปรับปรุงคุณภาพมักมีความรู้และความตระหนักรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่า และมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อในภาพรวมได้ดีกว่า (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2568; Currie, 2015) เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) อธิบายว่า การเลือกดื่มน้ำที่ปลอดภัยสะท้อนถึงการรับรู้ภัยคุกคามและความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสามารถลดโอกาสการเกิดโรคได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Rogers, 1975 อ้างถึงใน วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ, 2560)

ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคน้ำที่ปลอดภัยจึงสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของพฤติกรรมการกำบังโรคเมลิออยโดสิสโดยรวม และควรถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนรณรงค์ด้านสุขาภิบาลน้ำและการให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง เพื่อยกระดับประสิทธิผลของการกำบังและควบคุมโรคอย่างยั่งยืน

### 3.4 แรงจูงใจในการกำบังโรคเมลิออยโดสิส

ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการกำบังโรคเมลิออยโดสิสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกำบังโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับมากมีพฤติกรรมการกำบังโรคสูงกว่ากลุ่มที่มีแรงจูงใจระดับปานกลางและระดับต่ำอย่างชัดเจน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อกำบังโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Rogers ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากกระบวนการประเมินภัยคุกคามและการประเมินประสิทธิผลของการตอบสนองต่อภัย โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการกำบัง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Rogers, 1975 อ้างถึงใน วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ, 2560) เมื่อประชาชนตระหนักว่าโรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคที่มีความรุนแรง และสามารถพบเชื้อได้ในดินและน้ำซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมประจำวัน โดยเฉพาะในพื้นที่เกษตรกรรม จะก่อให้เกิดแรงผลักดันในการปฏิบัติตามมาตรการกำบัง เช่น การสวมรองเท้าบูท การล้างร่างกายหลังสัมผัสดินและน้ำ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งสะท้อนถึงกระบวนการรับรู้ภัยคุกคามตามกรอบแนวคิด PMT (กองโรคติดต่อทั่วไป, 2564; ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อ, ม.ป.ป.)

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พชร กาญจรัส (2564) ที่พบว่าแรงจูงใจในการกำบังโรคเป็น

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกำบังโรคเมลิออยโดสิส โดยเฉพาะมิติของการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ นอกจากนี้ งานวิจัยของภาสินี ม่วงใจเพชร และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ (2562) ยังรายงานว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการกำบังโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารองนี้ที่พบว่าผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับสูงมีพฤติกรรมการกำบังโรคที่เหมาะสมมากกว่า

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าแรงจูงใจในการกำบังโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมการกำบังโรคเมลิออยโดสิสในระดับบุคคลและชุมชน ดังนั้น การดำเนินงานด้านการกำบังโรคในพื้นที่เสี่ยงควรมุ่งเสริมสร้างแรงจูงใจผ่านการสื่อสารความเสี่ยง การถ่ายทอดประสบการณ์จากกรณีผู้ป่วยจริง และการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง อันจะนำไปสู่การยกระดับพฤติกรรมการกำบังโรคเมลิออยโดสิสอย่างยั่งยืนในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะ

#### 1.) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1.1 ควรจัดกิจกรรมสุขศึกษาเชิงรุกในกลุ่มเกษตรกรและผู้สัมผัสดิน-น้ำบ่อย เพื่อเสริมความรู้และพฤติกรรมกำบังโรค

1.2 ส่งเสริมการเข้าถึงอุปกรณ์กำบังส่วนบุคคล เช่น รองเท้าบูท-ถุงมือ โดยแจกจ่ายหรือจำหน่ายราคาประหยัด

1.3 พัฒนาและเผยแพร่สื่อความรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น อินโฟกราฟิก วิดีโอ หรือเสียงตามสาย เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ

1.4 จัดระบบติดตามพฤติกรรมสุขภาพของ  
ประชาชนอย่างต่อเนื่องผ่าน อสม. หรือการประเมินราย  
หมู่บ้าน

1.5 รมรณรงค์ลดพฤติกรรมเสี่ยงอื่น เช่น  
การสูบบุหรี่ ควบคู่กับการป้องกันเมลิออยโดสิส

## 2.) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรใช้ การวิจัยแบบติดตาม  
(Longitudinal study) เพื่อประเมินพฤติกรรมในระยะ  
ยาว

2.2 เก็บข้อมูลจากหลายตำบล/หลาย  
อำเภอ เพื่อเพิ่มความเป็นตัวแทนของประชากร

2.3 เพิ่มตัวแปรด้านความรู้ ทักษะ และ  
การรับรู้ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้ลึกซึ้ง

2.4 ใช้วิธีการแบบผสม (mixed-methods)  
เพิ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเข้าใจบริบททางสังคมและ  
วัฒนธรรม

## 3.) ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานสาธารณสุข

3.1 พัฒนาโครงการรณรงค์เฉพาะพื้นที่ เช่น  
“ลุยน้ำปลอดภัย” หรือ “รองเท้าบูทหมู่บ้าน”

3.2 เสริมความรู้ อสม. ด้านการสื่อสารความ  
เสี่ยงเมลิออยโดสิส เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจของประชาชน

3.3 บูรณาการเมลิออยโดสิส เข้ากับแผน  
สุขภาพระดับอำเภอ (District Health System; DHS)  
เพื่อให้มีงบประมาณ อุปกรณ์ และการสื่อสารต่อเนื่องใน  
พื้นที่

## เอกสารอ้างอิง

กองโรคติดต่อทั่วไป. (2564). *คู่มือโรคเมลิออยโดสิส*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2567). *จับตาโรคและภัยสุขภาพประจำเดือนกรกฎาคม 2567*. สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2568 จาก

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=885615383599286&id=100064524979252&set=a.309744487853048>

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2568). *แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance)*. สืบค้นเมื่อ 14 เมษายน 2568 จาก <https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>

ภาสินี ม่วงใจเพชร, และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเมลิออยโดสิส  
จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(2), 1–13.

พร กาญจรัส. (2564). *การพัฒนาตัวแบบการป้องกันและควบคุมโรคเมลิออยโดสิส จังหวัดศรีสะเกษ* (วิทยานิพนธ์  
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

รัตตินันท์ รองยาง. (2567). *รายงานการสอบสวนโรคเมลิออยโดสิส ตำบลทุ่งยาว อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง*. (รายงาน  
การสอบสวนโรค).

รพีพรรณ ยงยอด, วรรัตน์ สังวะลี, และจิรวุฒิ กุจะพันธ์. (2561). ความรู้และพฤติกรรมกำบังโรคเมลิออยโดสิสของ  
ประชาชนตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(1),  
69–80.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของประชาชน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งยาว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดตรัง



วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ. (2560). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง ตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

ศูนย์ข้อมูลโรคติดต่อ. (ม.ป.ป.). โรคเมลิออยโดสิส. กรมแพทย์ทหารเรือ. สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2568 จาก [http://www2.nmd.go.th/sirikit/srkhospital/Intranet/index\\_files/known6/11melio.htm](http://www2.nmd.go.th/sirikit/srkhospital/Intranet/index_files/known6/11melio.htm)

Cherry, K. (2022). *What is behaviorism?* Verywell Mind. Retrieved October 20, 2024, from <https://www.verywellmind.com/behavioral-psychology-4157183>

Currie, B. J. (2015). Melioidosis: Evolving concepts in epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 36(1), 111–125. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398389>

Majeed, H., & Lee, J. (2017). The impact of climate change on youth depression and mental health. *The Lancet Planetary Health*, 1(3), e94–e95. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30045-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30045-1)

Tanujaya, B., Prahmana, R. C. I., & Mumu, J. (2022). Likert scale in social sciences research: Problems and difficulties. *FWU Journal of Social Sciences*, 16(4), 89–101. Retrieved May 10, 2024, from <https://www.researchgate.net/publication/366425620>

The Editors of Encyclopaedia Britannica. (2024). *Behaviourism*. In *Encyclopaedia Britannica*. Retrieved October 20, 2024, from <https://www.britannica.com/science/behaviourism-psychology>

Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ  
ในโรงพยาบาลระนอง

Factors related to Clinic Risk Management of Professional Nurses at  
Ranong Hospital

รัตติกาล ชัยสีดา

Rattikan Chaiseeda

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง

(Received: October 3, 2025; Accepted: December 21, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 90 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแทนที่ เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) ได้ค่า 0.64 และ 0.65 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 22 ธันวาคม 2567 ถึง 22 กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้และเจตคติที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงในระดับมาก โดยปัจจัยด้านความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน โรคประจำตัว สถานภาพ ตำแหน่ง ภูมิสำเนา ประวัติการเป็นคณะกรรมการ และการอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง ข้อเสนอแนะจากการศึกษาหัวหน้าพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้บุคลากรเข้ารับการอบรมการบริหารความเสี่ยงเป็นประจำทุกปีเพื่อส่งเสริมความรู้และเจตคติ ผู้บริหารควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก นอกจากนี้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรกำหนดแผนทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกไตรมาสร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์และแก้ไขเชิงระบบ ลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุร้ายแรง และสร้างมาตรฐานความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ บุคลากร และโรงพยาบาลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยงทางคลินิก, พยาบาลวิชาชีพ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์



## Abstract

This descriptive research aimed to study clinical risk management and its related factors among registered nurses at Ranong Hospital. The sample consisted of 90 registered nurses, selected through simple random sampling with replacement. The research instrument was a four-part questionnaire covering: general information, knowledge, attitude, and clinical risk management practices. The instrument was validated for content validity by experts and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.64 and 0.65, respectively. Data were collected via interviews conducted from December 22, 2024, to February 22, 2025. Data analysis was performed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that all participants exhibited high levels of knowledge and attitudes, which were positively correlated with clinical risk management. Knowledge and attitudes were found to be significantly associated with risk management performance. Conversely, factors such as age, gender, work experience, underlying diseases, marital status, job position, domicile, history of serving on risk committees, and prior training showed no significant correlation with clinical risk management. Based on these findings, it is recommended that head nurses establish policies requiring all nursing staff to attend annual clinical risk management training to enhance knowledge and foster positive attitudes. Nurse administrators should promote active participation in proactive risk identification. Furthermore, the Risk Management Committee should implement quarterly patient care reviews in collaboration with relevant departments to analyze and resolve issues systematically. Such measures aim to reduce the recurrence of incidents and ensure sustainable safety standards for patients, staff, the hospital, and the community.

**Keywords :** Clinical Risk Management, Registered Nurses, Related Factors

## บทนำ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีเป้าหมายสำคัญด้านความปลอดภัย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ซึ่งประเทศไทยได้นำมาประยุกต์ใช้เป็น Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 ข้อมูลจาก WHO (2016) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) ถึงร้อยละ 18 และพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 251,454 ราย (Makary & Daniel, 2016) ขณะที่ประเทศไทยพบอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 9.10 ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากระบบและกระบวนการบริการสุขภาพ สถานพยาบาลจึงต้องทบทวนติดตามข้อมูลข่าวสารให้ทันสมัย และดำเนินการเชิงรุกต่อประเด็นที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ในปี พ.ศ. 2566 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ร่วมกับสถาบันวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ (ECRI) ได้จัดทำ 10 อันดับแรกของประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย เพื่อให้สถานพยาบาลใช้เฝ้าระวังและเตรียมรับมือกับความท้าทาย โดยใช้แนวทาง ระบบความปลอดภัยโดยรวม (Total Systems Safety) เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ร้อยละ 50-70.2 สามารถป้องกันได้ผ่านการพัฒนาระบบปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนขึ้นตามวิวัฒนาการของโรคและความคาดหวังของผู้รับบริการ ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อความผิดพลาดสูงขึ้น การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำ โดยพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทโดยตรงในการบริหารความเสี่ยงทั้งก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์

ทั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะประสบการณ์การทำงาน มีผลอย่างยิ่งต่อทักษะและความชำนาญในการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ในโรงพยาบาลระนอง ที่ผ่านมา การบริหารความเสี่ยงมักจำกัดอยู่ที่บทบาทของหัวหน้าหน่วยงานหรือผู้ประสานงานความเสี่ยง ในปี 2564 โรงพยาบาลระนองได้ปรับเปลี่ยนระบบรายงานจาก Program Risk Ranong เป็นระบบ HRMS ส่งผลให้ยอดการรายงานลดลงอย่างมากจาก 7,689 เรื่อง เหลือเพียง 769 เรื่อง เนื่องจากบุคลากรขาดความเข้าใจในระบบ ใช้เวลานานในการบันทึกข้อมูล และไม่เห็นความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่รุนแรง รวมถึงขาดระบบการสะท้อนข้อมูลกลับ (Feedback) ต่อมาในปี 2565 ผู้บริหารได้กำหนดนโยบายให้มีการรายงานความเสี่ยง 2 เรื่องต่อคนต่อเดือน พร้อมจัดทำสื่อการสอนออนไลน์ ทำให้อัตรารายงานเพิ่มขึ้น และในปี 2566 ยอดรายงานเพิ่มขึ้นเป็น 11,356 เรื่อง จากการติดตามผลทุก 3 เดือน อย่างไรก็ตาม ยังคงพบอุบัติการณ์ระดับรุนแรงและเกิดขึ้นซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ทบทวนยังคงเป็นระดับหัวหน้างาน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพทุกระดับมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตั้งแต่การค้นหา ประเมิน วิเคราะห์ ไปจนถึงการจัดการและประเมินผล เพื่อสร้างความตระหนักด้านความปลอดภัยและนำข้อมูลมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป

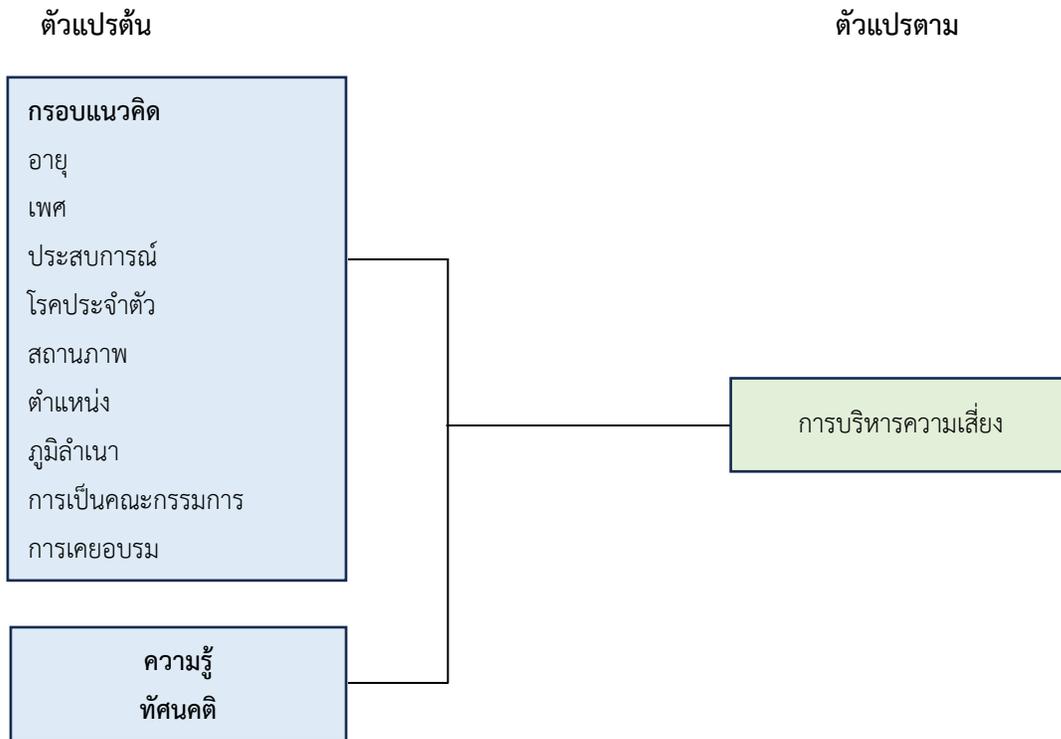
### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระนอง ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง

### ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง (Risk Identification)

วิธีการค้นหาความเสี่ยงในโรงพยาบาลสามารถทำได้ 4 วิธีหลัก คือ การค้นหาเชิงรุก (Proactive Search) เช่น การเดินตรวจประเมินพื้นที่ (ENV Round) การเดินตรวจงานป้องกันและควบคุมการ

ติดเชื้อ (IC Round) และการเดินตรวจความเสี่ยง (Risk Round) การค้นหาจากกระบวนการทำงาน (Process-based Search) วิเคราะห์ความเสี่ยงที่แฝงอยู่ในขั้นตอนการปฏิบัติงาน การค้นหาแบบตั้งรับ (Reactive Search) เช่น การรายงานอุบัติการณ์ (Incidence Report) จากงานต่าง ๆ อาทิ รายงานการตรวจสอบเพื่อป้องกันอัคคีภัย รายงานการใช้จ่ายเสพติดให้โทษ บันทึกการควบคุมคุณภาพเครื่องมือ รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล เวิร์ตตรวจการ และบันทึกประจำวันของหน่วยงาน และการทบทวนเวชระเบียน (Medical Record Review) เพื่อหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

ประเภทของความเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่

(1) ความเสี่ยงทั่วไป (Common Risk): ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุกหน่วยงาน เช่น ไฟไหม้ อุบัติเหตุจากการทำงาน

(2) ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk): ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

### วิธีปฏิบัติ

1. การค้นหาและบริหารความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อควบคุมความสูญเสียในระดับหน่วยงานก่อนที่ความเสียหายจะเกิดขึ้น

2. การค้นหาและบริหารความเสี่ยงเชิงรับ เพื่อการทบทวน แก้ไข และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

**ขั้นตอนที่ 2** การประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Assessment)

1. การประเมินเบื้องต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ ผู้ประสบเหตุต้องเข้าช่วยเหลือทันทีเพื่อป้องกันอันตรายที่เพิ่มขึ้น พร้อมประเมินสถานการณ์ว่าความเสียหายคืออะไร และต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนหรือไม่

2. การประเมินระดับหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงานทบทวนเหตุการณ์เพื่อตัดสินใจรายงานต่อผู้บริหารหรือส่วนกลาง โดยควรดำเนินการทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง

3. การจัดทำทะเบียนความเสี่ยง (Risk Profile) คือการจัดทำภาพรวมความเสี่ยงของหน่วยงาน โดยจัดลำดับความรุนแรง (Severity) และโอกาสเกิด (Likelihood) เพื่อให้เห็นความเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง และไม่ให้ความเสี่ยงที่พบบ่อยมาบดบังความเสี่ยงที่มีความรุนแรงสูง

**ขั้นตอนที่ 3** การจัดการกับความเสี่ยง (Risk Treatment) การจัดการความเสี่ยงมี 3 ลักษณะสำคัญคือ

(1) การป้องกันหรือควบคุมความเสียหาย (Damage Control/Prevention) การใช้กลยุทธ์เพื่อลดโอกาสเกิดหรือลดผลกระทบ

(2) การชดเชยความเสียหาย (Compensation) การบริหารจัดการเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้นแล้ว ทั้งในรูปแบบตัวเงินและการเยียวยาจิตใจ

(3) การจัดการความเสี่ยงในบริการทางการแพทย์ การปรับปรุงมาตรฐานการรักษาพยาบาลเพื่อความปลอดภัย

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลการจัดการความเสี่ยง (Evaluation of Risk Treatment)

(1) ทบทวนระบบและกระบวนการที่วางไว้ รวมถึงเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดขึ้นใหม่

(2) วัดประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงผ่านตัวชี้วัด เช่น จำนวนและประเภทของความเสี่ยง (Risk) และอุบัติการณ์ (Incidence) อัตราการเกิดอุบัติการณ์จำแนกตามความรุนแรง (Severity Level)

อัตราการเกิดซ้ำของอุบัติการณ์เดิม (Reoccurrence Rate)

### แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (Bloom's Taxonomy) Bloom (อ้างอิงใน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) เชื่อว่าการเรียนการสอนที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายทางการศึกษาให้ชัดเจน โดยอาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวพฤติกรรมนิยม และจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุปราณี ใจตา และเดชา ทำดี (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล จำนวน 40 คน

ปริญญภรณ์ ธนะบุญปวง (2564) การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิก ความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 41 คน

ภัทราพรรณ อาษานาม และสมปรารถนา ตาผา (2565) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 9 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องผ่าตัดตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 230 คน โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง (2560) ได้ให้แนวคิดที่ว่า ความเสี่ยงเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความผิดพลาดที่องค์กรไม่ปรารถนาให้เกิดขึ้น ซึ่งต้องมีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

สมสรรัตน์ พงษ์ขวัญ (2560) การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ และเจตคติ ต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 36 คน

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลระนอง จำนวน 285 คน

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 90 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) โดยใช้สูตร  $= 10 \times K$  (เมื่อ K คือจำนวนตัวอย่างต่อตัวแปร)

### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบแทนที่ (Random Sampling with Replacement)

### ระยะเวลาการศึกษา

22 ธันวาคม 2567 – 22 กุมภาพันธ์ 2568

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์ทำงาน โรคประจำตัว สถานภาพ ตำแหน่ง ภูมิสำเนา การเป็นคณะกรรมการ และประวัติการอบรม (แบบเติมคำและ Check-list)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการบริหารความเสี่ยง จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อสอบปรนัย 3 ตัวเลือก (ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ) เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ ตอบถูก ให้ 1 คะแนนตอบผิด หรือ ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน (หมายเหตุ: เดิมเขียนผิดให้ 1 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง จำนวน 13 ข้อ ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง จำนวน 16 ข้อ 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ด้านความรู้ เท่ากับ 0.64 ด้านเจตคติ เท่ากับ 0.65

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติอนุमान ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

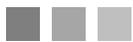
#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลระนอง ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2567 COA\_RNH.EC. เลขที่ 010/2568

#### ผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระนองได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป บุคลากรโรงพยาบาลระนอง มีอายุต่ำกว่า 30 ปี มากถึงร้อยละ 35.00 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.10 ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.30 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.30 สถานภาพโสด ร้อยละ 67.80 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 46.70 ภูมิลำเนา นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 53.30 ไม่เคยเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง ร้อยละ 90.00 เคยอบรม ร้อยละ 65.60 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลระนองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
< 30	35	38.9
30 - 39	28	31.1
40 - 49	19	21.1
≥ 50	8	8.9
M = 35.52 S.D. = 10.02		
<b>เพศ</b>		
ชาย	8	8.9
หญิง	82	91.1
<b>ประสบการณ์การทำงาน(ปี)</b>		
≤10	48	53.3
11-20	19	21.1
>20	23	25.6
M = 12.77 S.D. = 9.7		
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	84	93.3
มี	6	6.7
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	61	67.8
คู่	19	21.1
หม้าย /หย่า/แยกกันอยู่	10	11.1
<b>ตำแหน่งการปฏิบัติการ</b>		
พยาบาลวิชาชีพ	7	7.8
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	38	42.2
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	42	46.7
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	3	3.3
<b>ภูมิลำเนา</b>		
ในเขตเทศบาลระนอง	34	37.8
นอกเขตเทศบาลระนอง	48	53.3
ต่างจังหวัด	8	8.9

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เป็นคณะกรรมการความเสี่ยง	9	10
เป็น	81	90
ไม่เป็น		
การเคยอบรม		
เคย	59	65.6
ไม่เคย	31	34.4

2. ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงที่ถูกต้อง 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องการบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ การค้นหาความเสี่ยงไม่อยู่ในขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ร้อยละ 100.00

พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ที่น้อยที่สุด หรือตอบผิดมาก 2 อันดับแรก ได้แก่ Risk Round เป็นความเสี่ยงเชิงรับ ร้อยละ 90.00 รองลงมาคือ การถ่ายโอนความเสี่ยงไม่ใช่การจัดการความเสี่ยง ร้อยละ 95.56 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารความเสี่ยง แยกรายข้อ

ข้อที่	ความรู้	ตอบถูก ร้อยละ	ตอบผิด ร้อยละ
1	การบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอน การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ การจัดการความเสี่ยง และประเมินผล	100.00	0.00
2	การค้นหาความเสี่ยงไม่อยู่ในขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง	100.00	0.00
3	Risk Round เป็นความเสี่ยงเชิงรับ	90.00	10.00
4	เมื่อเกิดอุบัติการณ์ การจัดการอุบัติการณ์เบื้องต้นโดยผู้พบเห็น	100.00	0.00
5	เมื่อจัดการอุบัติการณ์เบื้องต้นแล้ว รายงานในระบบ HRMS ตามระบบ	100.00	0.00
6	การจัดการความเสี่ยงมี 3 ลักษณะคือการป้องกัน การชดเชยความเสียหายและการจัดการความเสี่ยงการบริการทางการแพทย์	96.70	3.30
7	การถ่ายโอนความเสี่ยง ไม่ใช่การจัดการความเสี่ยง	95.60	4.40
8	RCA คือขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	97.80	2.20
9	การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการความเสี่ยงโดยใช้วงจร PDCA	100.00	0.00
10	ความเสี่ยงทาง Clinic ใช้ระดับความรุนแรง A-I	100.00	0.00
11	ความเสี่ยง Non-Clinic ใช้ระดับความรุนแรง 1-5	100.00	0.00
12	อุบัติการณ์ระดับ C หมายถึงอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยแล้วแต่ไม่เกิดอันตราย	95.60	4.40
13	อุบัติการณ์ระดับ E UP และ 3 ขึ้นไป ต้องวิเคราะห์ RCA	100.00	0.00

ข้อที่	ความรู้	ตอบถูก ร้อยละ	ตอบผิด ร้อยละ
14	อุบัติการณ์ด้านการเงินเป็นอุบัติการณ์ด้านทั่วไป	100.00	0.00
15	อุบัติการณ์ระดับ I ต้องรายงานภายใน 24 ชั่วโมง	100.00	0.00

เมื่อพิจารณาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0 - 8 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	0	0.00
สูง (12 คะแนนขึ้นไป)	90	100.00
<b>รวม</b>	<b>90</b>	<b>100.00</b>

M = 14.75 S.D. = .67 Min = 12 Max = 15

**ตารางที่ 4** ทักษะของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริหารความเสี่ยง แยกรายข้อ

ข้อที่	ทัศนคติ	ร้อยละ		
		เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1	ท่านเชื่อว่า Risk Round ทำให้การค้นหาความเสี่ยงได้มากขึ้น	100.00	0.00	0.00
2	ท่านสามารถค้นหาความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง	100.00	0.00	0.00
3	ท่านเชื่อว่าการรายงานความเสี่ยงส่งผลให้ลดอุบัติการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	100.00	0.00	0.00
4	เมื่อท่านเจออุบัติการณ์ ท่านเป็นคนแรกที่จัดการปัญหาเบื้องต้น	100.00	0.00	0.00
5	ท่านเชื่อว่าการป้องกันความเสี่ยงทำให้เกิดความปลอดภัย	100.00	0.00	0.00
6	เมื่อท่านพบความเสี่ยงของหน่วยงานอื่น ท่านจัดการเบื้องต้นและรายงานความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ	98.90	1.10	0.00
7	ท่านรู้สึกว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องยาก	86.70	2.20	1.10
8	ท่านไม่กล้ารายงานความเสี่ยงเนื่องจากกลัวความผิด	93.30	6.70	0.00
9	ท่านไม่เห็นด้วยกับการรายงานความเสี่ยง	100.00	0.00	0.00
10	มาตรฐานสำคัญจำเป็น อยู่ในระบบบริหารความเสี่ยง	100.00	0.00	0.00
11	การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและปฏิบัติตามช่วยให้เกิดความปลอดภัย	98.90	1.10	0.00
12	การบริหารความเสี่ยงส่งผลให้ไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ	100.00	0.00	0.00
13	การบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ	94.40	5.60	0.00

เมื่อพิจารณาทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพกับการบริหารความเสี่ยง

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (13-23 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (24-31 คะแนน)	0	0.00
ดี (32-39 คะแนน)	90	100.00
<b>รวม</b>	<b>90</b>	<b>100.00</b>

M = 38.71 S.D. = .70 Min = 36 Max = 39

**ตารางที่ 6** การปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง แยกรายข้อ

ข้อ ที่	การปฏิบัติ	ปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1	ท่านมีส่วนร่วมในการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับในหน่วยงาน	98.90	1.10	0.00
2	ท่านให้ความร่วมมือในการรายงานความเสี่ยง	98.90	1.10	0.00
3	เมื่อเกิดอุบัติการณ์ระดับ E UP และ 3 ขึ้นไป ท่านสามารถวิเคราะห์ RCA ได้ถูกต้อง	96.70	3.30	0.00
4	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการบริหารความเสี่ยง	98.90	1.10	0.00
5	ท่านค้นหาอุบัติการณ์มากกว่าความเสี่ยง	98.90	1.10	0.00
6	ท่านไม่สามารถแยกความเสี่ยงกับอุบัติการณ์ได้	98.90	1.10	0.00
7	เมื่อท่านเจออุบัติการณ์ E-UP ท่านรู้ว่าต้องทำ RCA	92.20	7.80	0.00
8	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงาน	94.40	5.60	0.00
9	ท่านไม่สามารถให้ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ได้ถูกต้อง	98.90	1.10	0.00
10	ท่านสามารถรายงานความเสี่ยงในระบบ HRMS ได้ถูกต้อง	97.80	2.20	0.00
11	ท่านไม่สามารถรายงานความเสี่ยงในระบบด้วยตนเองได้	100.00	0.00	0.00
12	ท่านมีส่วนร่วมในการประเมินผลและติดตามความเสี่ยงในหน่วยงาน	100.00	0.00	0.00
13	ท่านมีการสื่อสารและทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงเสมอ	93.30	6.70	0.00
14	ท่านสามารถค้นหาความรู้ใหม่ที่เป็นสำหรับการบริหารความเสี่ยงได้	100.00	0.00	0.00
15	เมื่อท่านต้องการข้อมูล ผู้จัดการความเสี่ยงหาให้ท่านได้อย่างรวดเร็ว	98.90	1.00	0.00
16	เมื่อเกิดอุบัติการณ์ในหน่วยงาน ท่านแก้ไขและไม่ทำให้เกิดซ้ำจากสาเหตุเดิม	97.80	2.20	0.00

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับดีร้อยละ 100.00

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติในเรื่องการบริหารความเสี่ยง

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี (27 คะแนน)	0	0.00
ปานกลาง (28 - 37 คะแนน)	0	0.00
ดี (38-48 คะแนน)	90	100.00
<b>รวม</b>	<b>90</b>	<b>100.00</b>

M = 47.64 S.D. = .79 Min = 44.00 Max = 48.00

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติ ผู้วิจัยได้ใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยทำการแปลงตัวแปรต้นที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) ดังต่อไปนี้

เพศ หญิง = 1.00 ชาย = 0.00

โรคประจำตัว ไม่มี = 1.00 มี = 0.00

สถานภาพ โสด = 1.00 คู่ = 0.00 หม้าย = 0.00

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ = 0.00 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ = 0.00 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ = 1.00 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ = 1.00

ภูมิลำเนา ในเขตเทศบาลเมืองระนอง = 1.00 นอกเขตเทศบาลเมืองระนอง = 0.00 ต่างจังหวัด = 0.00

เป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง เป็น = 1.00 ไม่เป็น = 0.00

การเคยอบรม เคย = 1.00 ไม่เคย = 0.00

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยง ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยง ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระนอง

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ค่านัยสำคัญ (p-value)
อายุ	-.048	.651
ความรู้	.504*	<.001
ทัศนคติ	.553*	<.001

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระนอง โดยการเลือกแบบสุ่มแทนที่ จำนวน 90.00 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยง เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยง และการปฏิบัติในการบริหารความเสี่ยง และแบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.64

และ 0.65 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 22 ธันวาคม 2567 ถึง 22 กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารความเสี่ยงระดับมาก ร้อยละ 100.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงจำแนกตามความรู้และทัศนคติ ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงาน โรคประจำตัว สถานภาพ ตำแหน่งปฏิบัติงาน ภูมิลำเนา การเคยเป็นคณะกรรมการความเสี่ยง และการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยง

## อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษา พบว่า การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกรียงศักดิ์ ลางคูลานนท์ (2552) ภวพร ไพศาลวัชรกิจ (2542) และกันยารัตน์ ม้าวิไล (2551) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงและผ่านการ Re-accreditation (ตารางที่ 2.00) และมีเจตคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยง (ตารางที่ 3.00) ประกอบกับนโยบายโรงพยาบาลระนองให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทุกคน และการบริหารความเสี่ยงเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลภายใต้ระบบควบคุมคุณภาพการพยาบาลที่ประกอบด้วยการบริหารคุณภาพและการบริหารความ

เสี่ยง (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546) สำหรับการบริหารความเสี่ยงนั้น เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและนำมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2554: 12) ที่คาดหวังให้มีการค้นหา การรายงาน การรับรู้ ป้องกันจำกัดความเสี่ยง อันตรายและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้องและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลจึงอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการบริหารความเสี่ยงร้อยละ 100.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ ลางคูลานนท์ (2552) อธิบายได้ว่า พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบและรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ให้เกิดความปลอดภัยมากที่สุดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เมื่อพบความเสี่ยงจึงจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขโดยเร็ว (กฤษดา แสวงดี 2542: 43 เพ็ญจันทร์ แสนประสาน 2548: 52 สภาการพยาบาล 2540) ทั้งนี้เพื่อควบคุม ป้องกันหรือลดโอกาสเกิดความสูญเสีย หรือผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์จากงานบริการอันส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2543) และเมื่อพิจารณารายข้อของความรู้ในการบริหารความเสี่ยง 3 ลำดับแรก คือ การบริหารความเสี่ยงมี 4 ขั้นตอน การค้นหาความเสี่ยง การประเมินและวิเคราะห์ การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผล ร้อยละ 100.00 เมื่อเกิดอุบัติการณ์ การจัดการอุบัติการณ์เบื้องต้นโดยผู้พบเห็น ร้อยละ 100.00 ความเสี่ยงทาง Clinic ใช้ระดับความรุนแรง A-I ร้อยละ 100.00 ซึ่งความรู้ทั้ง 3 ลำดับแรกนั้นเป็นความรู้พื้นฐานในการบริหารความเสี่ยงด้านการควบคุมความเสี่ยงทั้งสิ้น อธิบายได้ว่า การปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลนั้น เป็นงานบริการที่กระทำต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งการพยาบาลที่ผิดพลาดอาจส่งผลให้เกิดอันตรายถึงชีวิต การควบคุมความเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการที่จะช่วยป้องกันและลดโอกาสที่จะเกิดความสูญเสีย หรือเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากงานบริการรักษาพยาบาล อันส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพของผู้ใช้บริการ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล 2554: 12-16)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ Risk Round เป็นความเสี่ยงเชิงรับ ร้อยละ 90.00 สะท้อนให้เห็นว่า ความรู้การบริหารความเสี่ยงส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจความเสี่ยงด้านเชิงรุกและเชิงรับ ทำให้การบริหารความเสี่ยงเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ซึ่งความเสี่ยงเชิงรุกจะป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าเชิงรับ (ผ่องศรี มรกต 2546)

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนอง ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการบริหารความเสี่ยง อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระนองได้รับการอบรมเพิ่มเติมความรู้อย่างสม่ำเสมอและผ่านการ Re-accreditation รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายหลักของโรงพยาบาลเพื่อการบริหารงานและการบริหารความเสี่ยงได้ตามนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อความปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและสนับสนุนให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ จึงทำให้ความรู้ในการบริหารความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 การพัฒนาตนเองของพยาบาลจึงมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของ

องค์กรพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความพร้อมสำหรับการบริหารจัดการงานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ สำหรับการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงพบว่า ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงภายในโรงพยาบาลและได้รับการอบรมจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ เนื่องจากโรงพยาบาลระนอง มีนโยบายการบริหารความเสี่ยง เน้นบุคลากรทุกคนให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน จึงให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้บริหารจัดการทางคลินิกที่เหมาะสม และการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ 2549)

เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าท่านเชื่อว่าการรายงานความเสี่ยงส่งผลให้ลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ เมื่อท่านเจออุบัติเหตุ ท่านเป็นคนแรกที่จัดการปัญหาเบื้องต้น และท่านสามารถค้นหาความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 100.00 อธิบายได้ว่าการที่โรงพยาบาลระนองกำหนดนโยบายให้การบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรทุกระดับและการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล (สำนักการพยาบาล 2551) ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและมีการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการความเสี่ยงที่โรงพยาบาลกำหนด เพื่อป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียที่เกิดจากการให้บริการทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ (เรณู อาจสาสิทธิ์ และอรพรรณ ไตรสิงห์ 2546)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำสุด ท่านรู้สึกว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องยาก ร้อยละ 86.70 รองลงมา



คือท่านไม่กล้ารายงานความเสี่ยงเนื่องจากกลัวความผิด ร้อยละ 93.30 และการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ร้อยละ 94.40 ตามลำดับ เป็นผลมาจากบางส่วนยังเข้าใจในเรื่องการบริหารความเสี่ยงเป็นเรื่องของความผิดพลาด และการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน รวมทั้งการอบรมการบริหารความเสี่ยงภายนอกโรงพยาบาล ปีละ 1 คน ทำให้พยาบาลที่ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการภายนอกมีจำนวนน้อย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า การอบรมเรื่องการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับความรู้การบริหารความเสี่ยงของบุคลากร ดังนั้นหัวหน้าพยาบาลควรกำหนดนโยบายให้บุคลากรพยาบาลทุกคนต้องเข้าร่วมอบรมความรู้เรื่องการบริหารความเสี่ยงทุกปี เพื่อสร้างเสริมความรู้และเจตคติด้านการบริหารความเสี่ยง
2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมสนับสนุนพยาบาลให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยเฉพาะการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก
3. หัวหน้าหน่วยงานและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ควรกำหนดแผนการทบทวนการดูแลผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลระนอง. (2566). *คู่มือการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาลระนอง*. โรงพยาบาลระนอง.
- ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสามร้อยยอด ประจวบคีรีขันธ์. *วารสารการวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(1). <https://he02.tcithaijo.org/index.php/RHJQ/article/view/250169>
- ภัทรพรธณ อาษานาม และสมปรารถนา ดาผา. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(3). <https://thaidj.org/index.php/jsnh/article/view/13109>

ทุกไตรมาส และทีมบริหารความเสี่ยงทบทวนร่วมกับหน่วยที่เกี่ยวข้อง และให้ความสำคัญกับการบริหารความเสี่ยงนำมาวิเคราะห์ทบทวนการแก้ไขเชิงระบบ เพื่อลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตผู้ใช้บริการ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ โรงพยาบาล และชุมชน

4. ทศนคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับดี ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์ควรจัดกิจกรรมอบรมบุคลากรใหม่ ฟื้นฟูบุคลากรเก่า เยี่ยมชม และให้กำลังใจ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริหารความเสี่ยงของทีมสหวิชาชีพด้านคลินิกซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมทีมในการดูแลผู้ป่วย



- ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง. (2560). การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารกฎหมาย สุขภาพและสาธารณสุข*, 3(1). [https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal\\_law/3-1/11-Sirilak%20Ritthaisong.pdf](https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-1/11-Sirilak%20Ritthaisong.pdf)
- สุปราณี ใจตา และเดชา ทำดี. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(1). <https://he01.tcithaijo.org/index.php/johss/article/view/247058>
- สุมลรัตน์ พงษ์ขวัญ. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(1). <https://he01.tcithaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/99544>
- อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล และคณะ. (2543). *ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล*. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.).

เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง  
Comparison of anxiety before and after using Reality theory  
in new stroke patients under 45 years old at Ranong Hospital

ไหมฟ้า เสริมแก้ว

Maifa Sermkaew

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง

(Received: October 1, 2025; Accepted: December 21, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความวิตกกังวล และ 2) เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริง รวมถึง 3) ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมดังกล่าว การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ที่เข้ารับการรักษาใน Stroke Unit โรงพยาบาลระนอง จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมคำปรึกษาเฉพาะบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI) และแบบสอบถามความพึงพอใจ ทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยก่อนการให้คำปรึกษาเท่ากับ 45.73 และหลังการให้คำปรึกษาเท่ากับ 43.80 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.022$ ) ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจในระดับปานกลาง การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงควรรวมเป็นกิจกรรมหนึ่งในแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มการประเมินความวิตกกังวล และออกแบบกิจกรรมสนับสนุนเพื่อส่งเสริมการยอมรับแผนการรักษา และการฟื้นฟูต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล, ทฤษฎีเผชิญความจริง, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



## Abstract

This pre-experimental study aimed to: 1) examine anxiety levels, 2) compare anxiety levels before and after an individual counseling intervention based on Reality Therapy, and 3) evaluate patient satisfaction with the program. The study was conducted from January to March 2025. The sample consisted of 30 new stroke patients under the age of 45 admitted to the Stroke Unit at Ranong Hospital. The research instruments included an individual counseling program based on Reality Therapy, a personal data record form, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and a satisfaction questionnaire, all of which were validated by three experts. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The results indicated that the patients' anxiety was at a moderate level. The mean anxiety score significantly decreased from 45.73 before the intervention to 43.80 after the intervention ( $p = 0.022$ ). Regarding satisfaction, the majority of patients reported a moderate level of satisfaction. Recommendations: Individual counseling based on Reality Therapy should be integrated into the nursing care plans for stroke patients. Furthermore, nursing staff should increase the frequency of anxiety assessments and design supportive activities to promote treatment adherence and continuous rehabilitation.

**Keywords :** Anxiety, Reality Therapy, Stroke patients

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะวิกฤตทางการแพทย์ที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเพียงแค่พยาธิสภาพทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์อย่างรุนแรง โดยเฉพาะ ความวิตกกังวล (Anxiety) ซึ่งมักแสดงออกผ่านอาการทางกายและพฤติกรรม เช่น ภาวะนอนไม่หลับ ความกระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย การรับประทานอาหารได้น้อยลง หรือในบางรายอาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอันเนื่องมาจากกลไกการป้องกันตนเองทางจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายอย่างฉับพลัน (Sudden Disability) ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์แห่งตนและการดำเนินชีวิตประจำวันที่เคยเป็นปกติ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยประกอบด้วย บุคลิกภาพพื้นฐาน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และที่สำคัญที่สุดคือ การสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทหลักในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาที่มีความซับซ้อน และกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ การที่บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับความเป็นจริง (Realistic Goals) จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในเชิงบวก ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

ในทางกลับกัน หากความวิตกกังวลไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมและคงอยู่ในระดับสูงเป็นเวลานาน จะกลายเป็นอุปสรรคสำคัญ (Barrier) ต่อกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายบำบัด หรือขาดความร่วมมือในแผนการรักษา (Non-adherence) การศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์

อย่างใกล้ชิดกับระดับความพิการและความสามารถในการพึ่งพาตนเอง หากผู้ป่วยประสบความสำเร็จในขั้นตอนการฟื้นฟูและสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) จะเพิ่มขึ้นและส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงตามลำดับ จนนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว (Masskulpan Riewthong Dajpratham & Kuptniratsaikul 2008 อ้างใน กฤษณา ปะสาวะเท 2561)

สำหรับบริบทเฉพาะของจังหวัดระนอง สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 45 ปี (Stroke in the Young) มีความน่ากังวลอย่างยิ่ง เนื่องจากพบอัตราการเกิดโรคที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ กลุ่มประชากรวัยแรงงานนี้มักเป็นกำลังหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อเกิดโรคจึงส่งผลกระทบต่อเป็นลูกโซ่ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ ทฤษฎีเผชิญความจริง (Reality Therapy) จึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มนี้ เพราะเป็นแนวทางที่เน้นการเผชิญกับสถานการณ์ปัจจุบัน (Present Reality) การยอมรับความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง และการตัดสินใจเลือกกระทำสิ่งที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการผ่านกระบวนการ WDEP (Wants, Doing, Evaluation, Planning) เพื่อสร้างความตระหนักรู้และพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตตนเองอีกครั้ง ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการปรับตัวได้อย่างเป็นรูปธรรม

## วัตถุประสงค์

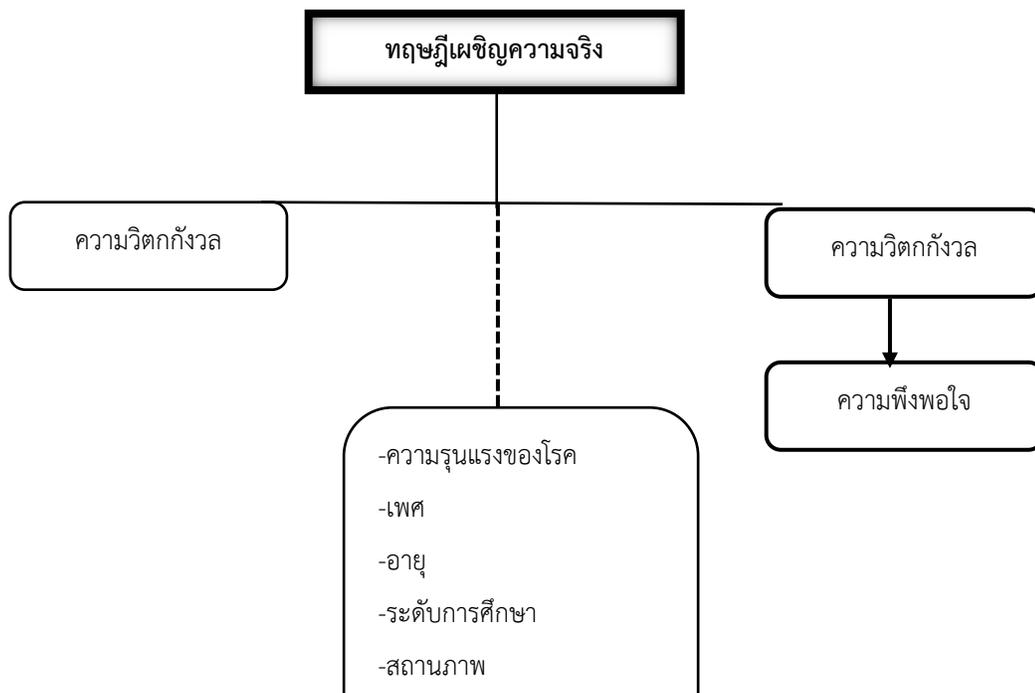
1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและ  
หลังการได้รับคำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญ  
ความจริงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุ  
น้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีเผชิญความ  
จริงตามแนวคิดของ วิลเลียม กลาสเซอร์ (William

Glasser) มาสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาให้แก่ผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยกว่า 45 ปี (Stroke in  
the young) ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมอง โรงพยาบาลระนอง โดยผู้ให้คำปรึกษามี  
หน้าที่สร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นความตระหนัก ร่วมกัน  
วางแผนและสร้างข้อตกลง วางแผนปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรม เพื่อลดความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่  
เหมาะสมและส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการศึกษา

#### กลุ่มประชากร

กลุ่มประชากรในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุน้อยกว่า 45 ปีรายใหม่  
ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากอาการทาง

คลินิกร่วมกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT  
Brain) และได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคระบบ  
ประสาททั้งหมด ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย

### กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองจากอาการทางคลินิกร่วมกับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคระบบประสาท ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี (Stroke in the young) ที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) โรงพยาบาลระนอง

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงเพื่อลดความวิตกกังวล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงของ วิลเลียม กลาสเซอร์ (William Glasser) โดยเชื่อว่ามนุษย์มีธรรมชาติที่ดีและมีความสามารถที่จะรับผิดชอบตนเอง โดยเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล มีทั้งหมด 3 ครั้ง มีการกำหนดหัวข้อ วัตถุประสงค์ และกิจกรรมการปรึกษาที่ชัดเจน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพหลักในปัจจุบัน สถานภาพ และสมรรถนะของตนเอง เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 6 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger 1983) ชื่อ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น: ข้อความแสดงความวิตกกังวลทางบวก (Anxiety-absent) 11 ข้อ: ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18 และ 20 (เกือบไม่มีเลย = 1, บางครั้ง = 2, บ่อยครั้ง = 3, เกือบตลอดเวลา = 4) ข้อความแสดงความวิตกกังวลทางลบ (Anxiety-present) 9 ข้อ: ได้แก่ ข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 และ 19 (เกือบไม่มีเลย = 4, บางครั้ง = 3, บ่อยครั้ง = 2, เกือบตลอดเวลา = 1) เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวม (20 - 80 คะแนน) 20 - 40 คะแนน ไม่มีความวิตกกังวลหรือมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย 41 - 60 คะแนน มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง 61 - 70 คะแนน มีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก 71 - 80 คะแนน มีความวิตกกังวลมากที่สุด

หมายเหตุ: ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือมีค่า Cronbach's alpha coefficient ระหว่าง 0.86 - 0.92 และค่าจากการทำ Test-Retest อยู่ที่ 0.73 - 0.92

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการรับบริการการให้คำปรึกษารายบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 7 ข้อ วัดผลแบบ 5 ระดับ (Likert Scale) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป (อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สมรรถนะตนเอง) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวล  
ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา ใช้  
สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิง  
พรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเอกสารที่  
เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรม  
การวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลระนอง  
COA\_RNH.EC.014/2568 วันที่รับรอง 27 ธันวาคม  
2567

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราย  
ใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง ส่วน  
ใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.00 การศึกษาอยู่ในระดับ  
มัธยมศึกษา ร้อยละ 60.00 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ  
40.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 โสด ร้อยละ  
13.30 หม้าย ร้อยละ 6.70 และมีความผิดปกติของ  
ร่างกายเล็กน้อย ร้อยละ 46.70 ไม่มีความพิการเลย ร้อย  
ละ 26.70 และมีความผิดปกติมาก ร้อยละ 20.00 ดัง  
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	24	80.00
หญิง	6	20.00
<b>อายุ</b>		
< 40	12	40.00
≥40	18	60.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	4	13.30
มัธยมศึกษา	18	60.00
อนุปริญญา	6	20.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	6.70
<b>ประกอบอาชีพ</b>		
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพหลัก	2	6.70
เกษตรกร	12	40.00
ประมง	0	0.00
รับจ้าง	14	46.70

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้ำขาย	2	6.70
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	4	13.30
สมรส	24	80.00
หม้าย	2	6.70
<b>สมรรถนะของตนเอง</b>		
ไม่มีความผิดปกติ	8	26.70
มีความผิดปกติเล็กน้อย	14	46.70
มีความผิดปกติปานกลาง	2	6.70
มีความผิดปกติมาก	6	20.00

ความวิตกกังวลก่อนและหลังใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

ความวิตกกังวลก่อนเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง ผลก่อนเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างรู้สึกกระสับกระส่ายมีบ้างร้อยละ 80.00 ตื่นเต้นง่ายมีบ้างร้อยละ 80.00 รู้สึกตื่นตระหนกมีบ้างร้อยละ 73.30 รู้สึกอึดอัดมีบ้างร้อยละ 60.00 รู้สึกเบื่อก่อนเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษา มีบ้างร้อยละ 60.00 รู้สึกพึงพอใจก่อนเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษา มีบ้างร้อยละ 53.30 รู้สึกสบายใจ ก่อนเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษา มีบ้างร้อยละ 46.70

**ตารางที่ 2** ความวิตกกังวลก่อนเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

ข้อที่	ข้อความ	ก่อนเข้าโปรแกรม			
		ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1	รู้สึกสงบ	0.00	33.30	66.70	0.00
2	รู้สึกมั่นคงในชีวิต	0.00	60.00	40.00	0.00
3	รู้สึกดีใจ	33.30	60.00	6.70	0.00
4	รู้สึกเสียใจ	20.00	60.00	20.00	0.00
5	รู้สึกสบายใจ	13.30	33.30	46.70	6.70
6	รู้สึกหงุดหงิด	33.30	40.00	26.70	0.00
7	รู้สึกกังวลกับ เคราะห์ร้ายต่างๆที่เกิดขึ้น	13.30	46.70	40.00	0.00

ข้อที่	ข้อความ	ก่อนเข้าโปรแกรม			
		ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
8	รู้สึกได้พักผ่อน	6.70	53.30	40.00	0.00
9	รู้สึกกังวล	6.70	60.00	33.30	0.00
10	รู้สึกสะดวกสบาย	6.70	53.30	40.00	0.00
11	เชื่อมั่นใจในตนเอง	13.30	60.00	26.70	0.00
12	รู้สึกตื่นตันทันง่าย	0.00	80.00	20.00	0.00
13	รู้สึกกระสับกระส่าย	20.00	80.00	0.00	0.00
14	รู้สึกอึดอัด	40.00	60.00	0.00	0.00
15	รู้สึกผ่อนคลาย	13.30	53.30	33.30	0.00
16	รู้สึกพึงพอใจ	6.70	40.00	53.30	0.00
17	รู้สึกกำลังกังวลใจ	13.30	53.30	33.30	0.00
18	รู้สึกตื่นตระหนก	20.00	73.30	6.70	0.00
19	รู้สึกรำแริงเบิกบาน	0.00	40.00	60.00	0.00
20	รู้สึกแจ่มใส	6.70	60.00	33.30	0.00

ความวิตกกังวลหลังเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

หลังการเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกระสับกระส่าย ระดับไม่มีเลย ร้อยละ 60.00 ระดับมีบ้างลดลงเหลือ ร้อยละ 40.00 ตื่นตันทันง่าย ระดับมีบ้างลดลงเหลือ ร้อยละ 46.70 รู้สึกตื่นตระหนก ระดับมีบ้างลดลงเหลือ ร้อยละ 66.70 แต่รู้สึกอึดอัด ระดับมีบ้างเพิ่มมากขึ้นเป็น ร้อยละ 66.70 และรู้สึกรำแริงเบิกบานใจค่อนข้างมาก เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 66.70

**ตารางที่ 3** ความวิตกกังวลหลังเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

ข้อที่	ข้อความ	หลังเข้าโปรแกรม			
		ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1	รู้สึกสงบ	0.00	26.70	73.30	0.00
2	รู้สึกมั่นคงในชีวิต	13.30	60.00	26.70	0.00
3	รู้สึกดีใจ	40.00	60.00	0.00	0.00
4	รู้สึกเสียใจ	46.70	46.70	6.70	0.00

ข้อที่	ข้อความ	หลังเข้าโปรแกรม			
		ไม่มีเลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
5	รู้สึกสบายใจ	6.70	73.30	20.00	0.00
6	รู้สึกหงุดหงิด	33.30	60.00	6.70	0.00
7	รู้สึกกังวลกับ เคราะห์ร้ายต่างๆที่เกิดขึ้น	0.00	93.30	6.70	0.00
8	รู้สึกได้พักผ่อน	0.00	60.00	40.00	0.00
9	รู้สึกกังวล	6.70	93.30	0.00	0.00
10	รู้สึกสะดวกสบาย	6.70	80.00	13.30	0.00
11	เชื่อมั่นใจในตนเอง	6.70	86.70	6.70	0.00
12	รู้สึกตื่นเต้นง่าย	53.30	46.70	0.00	0.00
13	รู้สึกกระสับกระส่าย	60.00	40.00	0.00	0.00
14	รู้สึกอึดอัด	33.30	66.70	0.00	0.00
15	รู้สึกผ่อนคลาย	0.00	66.70	33.30	0.00
16	รู้สึกพึงพอใจ	0.00	73.30	26.70	0.00
17	รู้สึกกำลังกังวลใจ	26.70	66.70	6.70	0.00
18	รู้สึกตื่นตระหนก	0.00	66.70	60.00	0.00
19	รู้สึกรำเริงเบิกบาน	0.00	33.30	66.70	0.00
20	รู้สึกแจ่มใส	0.00	86.70	13.30	0.00

คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อน  
และหลังเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้  
ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

รายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนองอยู่  
ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริง  
ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ ( 20 - 40 คะแนน )	0	0.00	0	0.00
ปานกลาง ( 41 - 60 คะแนน )	30	100.00	30	100.00
สูง (61 คะแนน ขึ้นไป )	0	0.00	0	0.00
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าโปรแกรม  
การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริง  
เท่ากับ 45.73 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังเข้า  
โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญ  
ความจริง เท่ากับ 43.80 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้  
ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลัง	Mean	SD	t	p
ก่อนเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎี เผชิญความจริง	45.73	2.52	2.569	.022
หลังให้คำปรึกษาให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎี เผชิญความจริง	43.80	1.69		

ความพึงพอใจต่อการรับบริการการให้  
คำปรึกษารายบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราย  
ใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง อยู่ใน  
ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง

ข้อที่	ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและ การปฏิบัติตัว	3.00	.00	ปานกลาง
2.	ท่านเข้าใจ กระบวนการ เป้าหมายของการให้คำปรึกษา	2.73	.45	ปานกลาง
3.	การให้คำปรึกษามีความแม่นยำ ตอบข้อซักถามได้ดี เข้าใจ	2.86	.35	ปานกลาง
4.	ท่านมีโอกาสดำเนินการปรึกษาและมีส่วนร่วมใน การให้คำปรึกษา	3.00	.00	ปานกลาง
5.	เจ้าหน้าที่ เป็นมิตร เอาใจใส่	2.86	.35	ปานกลาง
6.	ระยะเวลาให้คำปรึกษาเหมาะสม	2.60	.50	ปานกลาง
7.	กิจกรรมนี้มีประโยชน์ต่อท่าน	3.00	.00	ปานกลาง
	<b>รวม</b>	2.86	.00	ปานกลาง

## อภิปรายผลการวิจัย

หลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษา รายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลลดลงจาก 45.73 เหลือ 43.80 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.022$ ) โดยกระบวนการให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 30 ราย มีการประเมินความวิตกกังวลก่อนเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษา มีการใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงโดยใช้หลักการของทฤษฎีคือ WDEP (Wants, Doing, Evaluation, Planning) โปรแกรมการให้คำปรึกษามีทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 15–60 นาที โดยมีหัวข้อการให้คำปรึกษา วัตถุประสงค์ กิจกรรมการปรึกษารายบุคคล เป้าหมายการให้คำปรึกษา และใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ได้แก่ เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ เทคนิคการตั้งคำถาม เทคนิคการชี้ประเด็น เทคนิคการให้ข้อเสนอแนะ เทคนิคการเปิดเผยตนเอง และเทคนิคการตีความ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษาครบ 3 ครั้ง มีการประเมินความวิตกกังวลหลังเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษา และประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

ผลการศึกษานี้ในส่วนของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 80.00 ซึ่งสอดคล้องกับ จอม สุวรรณโณ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางระบบโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 64.10 และ ศุจิพิชชา จันทรประภาพกุล (2561) ที่ศึกษาอัตราความชุกของการเกิดโรคสมองขาด

เลือดในผู้ป่วยอายุน้อยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยเป็นเพศชายร้อยละ 60.69 ส่วนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ในโรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง พบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนเข้าโปรแกรมคือ 45.73 และหลังเข้าโปรแกรมคือ 43.80 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.022$ ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศักดา เอกัคคตาจิต (2561: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการทำกิจกรรมห้องสบายดีในญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.20 และ เจษฎา ศรีบุญเลิศ (2560: บทคัดย่อ) ที่พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังใช้รูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.05$ ) ผู้วิจัยคาดว่าระยะเวลาวันนอน ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความพิการของผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับ ศุจิพิชชา จันทรประภาพกุล (2561) ที่ศึกษาสาเหตุของการเกิดโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยอายุน้อยในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งการหยุดสูบบุหรี่และหยุดดื่มสุราขณะนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยคาดว่ามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ตรงกับ ปาจารย์

กรมยุรา (2564) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ รายได้ที่ไม่เพียงพอ อายุที่เพิ่มขึ้น และประวัติการสูบบุหรี่

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้ทฤษฎีเผชิญความจริง ผู้วิจัยคาดว่า ตัวแปรความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง (mRS) มีผลต่อระดับความวิตกกังวล และนอกจากนี้

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาวันนอน ปัจจัยการกลับเป็นซ้ำ อาจส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลต่อไปควรเพิ่ม

1. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยอาจเพิ่มการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยเฉพาะแต่ละราย
2. การมีแนวทางการจัดการที่เหมาะสม เช่น มีแนวปฏิบัติในการประเมินระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลตามระดับความวิตกกังวล เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือการรักษาด้วยยา

### เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา ปะสาวะเท. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(3), 98–113.
- จอม สุวรรณโณ, จุก สุวรรณโณ, กรรณิการ์ อังกูร, และ เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. (2561). ปัจจัยเสี่ยงทางระบบโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย. *วารสารโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(2), 5–16.
- เจษฎา ศรีบุญเลิศ และ เสงี่ยม ฉัตรพงษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการทำหัตถการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 4(3), 34–41.
- ชลการ ทรงศรี และ ณรงค์ จันท์แก้ว. (2562). ผลของการให้คำปรึกษาต่อความสามารถเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(2), 50–58.
- ดารุจ อนิวรรณพงศ์. (2561). ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 383–418.
- นพพร ปานขาว. (2561). *ผลการปรึกษาทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับของภรรยาผู้ป่วยมะเร็งลูกกลม* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา].
- นวิช นวชีวินมัย. (2566). ทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงสู่การพัฒนาทักษะชีวิต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี*, 12(1), 3–14.
- แบบวัดความวิตกกังวลสปีลเบอร์เกอร์. (ม.ป.ป.). *ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1*. สืบค้น 9 พฤศจิกายน 2567, จาก <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&id=53990932>

- พัฒนา พรหมณี, ยุพิน พิทยาวัฒน์ชัย, และ จีระศักดิ์ ทัทพลา. (2563). แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจและการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในงาน. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 26(1), 59–66.
- พีรดา สมพันธ์. (2567). *ประสิทธิผลโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ ความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาล โช'พิสัย*. R2R BKPHO. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch>
- ภัทรกร मुखศรีนาค, กุลธิดา สีบัวบาน, และ นงคราญ วงษ์สร. (2566). การปรึกษารายบุคคลในภาวะวิกฤต. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*, 13(1), 1–11.
- มธุรดา บรรจงการ, ปราณิต จงพันธนิมิตร, จีรภา ศรีท่าไฮ, และ รุ่งนภา เขียวข้อ. (2566). ความรู้ความเข้าใจและความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 10(1), 132–142.
- รัตนภรณ์ อินทร์ยา. (2548). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงกับตามหลักทฤษฎีเกสตัลต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม].
- ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2564). ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับอาการทางระบบประสาทที่แย่งในระยะเวลาแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันแบบเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 146–160.
- วีระชัย จิตภักดี, สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล, และ กฤษณา พิรเวช. (2560). ความชุกของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และผลต่อการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. *Chulalongkorn Medical Journal*, 61(2), 233–247.
- ศุจิพิชชา จันทร์ประภาพกุล, แสงเดือน มโยทาร์, ศุภชาติ ชมพูนุช, และ สัญสนีย์ พงษ์ภักดี. (2561). อัตราความชุกและสาเหตุของการเกิดโรคสมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีอายุในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารหลอดเลือดสมองไทย*, 17(3), 5–14.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2567). สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 7. *วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(1), 86–94.
- อรนรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา. (2552, 18 กรกฎาคม). *ทฤษฎีให้คำปรึกษากับชีวิตประจำวัน: ทฤษฎีเผชิญความจริง (Reality Therapy)*. GotoKnow. <https://www.gotoknow.org/posts/278259>
- Ho-Yan, Y. C., Whiteley, W. N., Dennis, M. S., Mead, G. E., & Carson, A. J. (2018). Anxiety after stroke. *Stroke*, 49(3), 556–564. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.019552>
- Jefri, H., & Chantika, J. (2023). Analysis of factors affecting the level of anxiety stroke patients at Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Penelitian Pendidikan IPA*, 9(10), 8807–8813.

- ■ ■
- Kapoor, A., Si, K., Yu, A. Y. X., Lanctôt, K. L., Herrmann, N., Murray, B. J., ... & Swartz, R. H. (2019). Younger age and depressive symptoms predict high risk of generalized anxiety after stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, *50*(9), 2359–2363.
- Ngamjarus, C., & Pattanittum, P. (2024). *n4Studies: Application for sample size calculation in health science research* (Version 2.3) [Mobile app]. App Store.
- Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *50*(9), 769–778.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง  
อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of a Care Model for Psychiatric Patients with Substance Use and  
Violence Risk, Kham Muang District, Kalasin Province

บุญญรัตน์ ฐานะรุ่งเรืองเลิศ

Bunyarat Thanarungrueangloed

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลคำม่วง

(Received: November 25, 2025; Accepted: December 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดและพฤติกรรมรุนแรง ในบริบทอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งครอบคลุมกระบวนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดและผู้ดูแล จำนวนรวม 26 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบติดตามผลการดูแลในชุมชน และแบบประเมินภาระของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินการ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การบำบัดฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชน 3) การดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ 4) การบูรณาการภาคีเครือข่ายชุมชน และ 5) ระบบการติดตาม ฝ้าระวัง และการส่งต่อ ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดเชื่อมโยงกันเป็นระบบนิเวศการดูแลสุขภาพ ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ พบว่าผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อาการทางจิต และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ในขณะที่ผลลัพธ์การดูแลในชุมชนมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และภาระในการดูแลของผู้ดูแลลดลง ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติดและเสี่ยงต่อความรุนแรงในการนำไปประยุกต์ใช้ระดับชุมชน ภายใต้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยอาศัยกลไกการบูรณาการระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชน เพื่อส่งเสริมความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการดูแลระยะยาว

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาสารเสพติด; การดูแลโดยชุมชนเป็นฐาน; ความเสี่ยงต่อความรุนแรง



## Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a care model for substance-induced psychiatric patients exhibiting violent behavior within the context of Kham Muang District, Kalasin Province. The study emphasized the importance of community-based participation and collaboration among network partners. The research process followed the action research framework of Kemmis and McTaggart, comprising situational analysis, model development, implementation, and reflection. The sample consisted of 26 participants, including psychiatric patients with substance use issues and their caregivers. Research instruments included the Psychiatric Violence Screening Scale (PVSS), the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the 8-Question Suicide Risk Assessment (8Q), a community care follow-up form, and a caregiver burden assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and pre-post comparison.

The results indicated that the developed care model consisted of five key components: 1) risk screening and assessment; 2) continuous care and rehabilitation in the community; 3) multidisciplinary team engagement; 4) integration of network partners and the community; and 5) a monitoring, surveillance, and referral system. These components functioned as an interconnected care ecosystem. Post-implementation findings revealed a declining trend in the levels of violence risk, psychiatric symptoms, and suicide risk among patients. Concurrently, community care outcomes showed improvement, while the caregiver burden demonstrated a decreasing trend. These findings demonstrate the potential of this care model for application at the community level within the primary health care context. By leveraging the integration of multidisciplinary teams and community networks, the model promotes the continuity and sustainability of long-term care.

**Keywords:** Substance-induced psychiatric patients; Community-based care; Violence risk

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่สืบเนื่องจากการใช้สารเสพติดนับเป็นวาระเร่งด่วนทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อวงกว้างต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติการใช้สารเสพติดร่วมกับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง (Serious Mental Illness with Violence Risk) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำซ้อน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และขาดความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (Monahan et al., 2001; กรมสุขภาพจิต, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยนี้จัดเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนสูงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลภายใต้ระบบที่ออกแบบมาโดยเฉพาะ ซึ่งแตกต่างจากการบริหารในสถานพยาบาลทั่วไป

สำหรับประเทศไทย ระบบบริการสุขภาพจิตได้มีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์โดยมุ่งเน้นนโยบายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อลดความแออัดและการพึ่งพาการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผ่านกลไกการทำงานของทีมสุขภาพระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2565) อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงยังคงประสบปัญหาเชิงโครงสร้าง ทั้งการขาดระบบคัดกรองความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ความไม่ต่อเนื่องในการติดตามผลหลังการจำหน่าย และข้อจำกัดในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, 2566)

การบำบัดดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนี้ไม่สามารถพึ่งพาเพียงเภสัชบำบัดหรือการรักษาทางการแพทย์เพียงลำพัง แต่จำเป็นต้องประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ซึ่งผลานการรักษาทางคลินิกเข้ากับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางจิตสังคมและการดำรงชีวิตในชุมชน (Thornicroft & Tansella, 2004) สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศที่บ่งชี้ว่า ระบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากเครือข่ายในพื้นที่ เป็นปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ลดระดับความรุนแรง และเสริมสร้างความปลอดภัยให้แก่ชุมชน (Cohen & Uphoff, 1980; ปรียาภัสสร เหล็กเพชร และคณะ, 2567)

ในบริบทของอำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่มีโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีประวัติการขาดยาและก่อเหตุวุ่นวายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สภาพปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการสร้างความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และครอบครัว เพื่อวางระบบเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงที่ครอบคลุมและยั่งยืน

จากการวิเคราะห์ช่องว่างของการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าพื้นที่ดังกล่าวยังขาดรูปแบบการดูแล (Care Model) ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมสำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับบริบทเฉพาะของอำเภอคำม่วง การพัฒนาารูปแบบการดูแลที่สามารถเชื่อมโยงกระบวนการตั้งแต่การคัดกรอง การบำบัดรักษา การติดตามต่อเนื่อง จนถึงการฝึกกำลังของภาคีเครือข่าย จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสร้างพื้นที่ปลอดภัยในชุมชน



ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์" จึงมุ่งเน้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และพัฒนาแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติจริงในระบบสุขภาพระดับอำเภอ และใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับชุมชน อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยอาศัยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลดังกล่าวในด้านความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อาการทางจิต ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาระในการดูแลของผู้ดูแล

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจรแนวคิด PAOR ของ Kemmis and McTaggart (วางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ จำนวน 40 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. และญาติผู้ดูแล

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์: จำนวน 26 ราย คือ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

เกณฑ์คัดเข้า (1) วินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (F20–F29) (2) มีประวัติใช้สารเสพติดร่วมกับพฤติกรรมรุนแรง (3) คะแนนความเสี่ยง (PVSS) ระดับปานกลางถึงสูง และ (4) อาศัยในอำเภอคำม่วง

เกณฑ์การคัดออก (1) ผู้ป่วยที่ย้ายถิ่นฐานออกนอกพื้นที่ระหว่างการศึกษา (2) ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ (3) ผู้ที่ถูกคุมขังในเรือนจำระหว่างการศึกษา

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) แบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Potential Violence Severity Scale: PVSS) จำนวน 9 ข้อ ใช้ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงของผู้ป่วย โดยจำแนกระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

3) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18–126 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนรวมไม่เกิน 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย และคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับมาก

4) แบบติดตามผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ครอบคลุมการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยใน 10 ด้าน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10–30 คะแนน โดยคะแนนรวมไม่เกิน 10 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ และคะแนนรวมระหว่าง 11–30 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลติดตามหรือส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างใกล้ชิด

5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ของกรมสุขภาพจิต ใช้สำหรับประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยจำแนกระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง

6) แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ Best (1970) โดยแบ่งระดับภาวะในการดูแลออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก และระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide) และแนวทางการสะท้อนผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์และการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้มีความสมบูรณ์

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 สำหรับการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ

มาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) และแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.72–0.91 ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรแนวคิด PAOR ของ Kemmis and McTaggart แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning): เป็นการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการในพื้นที่ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์และกำหนดแนวทางในการยกย่องรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอคำม่วง

2. ขั้นการปฏิบัติตามแผน (Action): นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพครอบครัว และชุมชน ครอบคลุมกระบวนการคัดกรองความเสี่ยง การบำบัดรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการเฝ้าระวังทางสังคม

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation): ติดตามและประเมินผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตและการสะท้อนผล เพื่อติดตามพัฒนาการของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของระบบ

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection): นำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ

ภาคีเครือข่าย เพื่อถอดบทเรียน ปรับปรุงแก้ไข และ พัฒนารูปแบบการดูแลให้มีความสมบูรณ์และยั่งยืนยิ่งขึ้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม 2565 ถึงกันยายน 2566 ภายหลังจากได้รับการพิทักษ์สิทธิและได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแล 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) และระยะ หลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน 5 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS), แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS), แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q), แบบติดตามผลลัพธ์การดูแลในชุมชน และแบบวัดภาระในการดูแล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ: ดำเนินการถอดถอดกระบวนการวิจัยตามวงจร PAOR โดยเฉพาะในขั้นการวางแผนและขั้นสะท้อนผล ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ เพื่อรวบรวมข้อมูลบริบท ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงรูปแบบการดูแล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำแนกตามลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสะท้อนผลการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอน วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ ปัจจัยความสำเร็จ และข้อจำกัดของการดำเนินงาน

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 143/2566 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช (n=26) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.9 มีอายุเฉลี่ย 33.81 ปี (S.D.= 8.17 ส่วนใหญ่มีระดับอาการทางจิตปานกลางถึงบ่อย ร้อยละ 92.3 และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงระดับสูง (SMI-V ระดับ 3) ร้อยละ 96.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล (n=26) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.5 มีอายุเฉลี่ย 62.88 ปี (SD = 7.92) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 100.0

2. ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแล รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง (2) การดูแลรักษาและฟื้นฟูต่อเนื่องในชุมชน (3) การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ (4) การบูรณาการภาคีเครือข่ายและชุมชน และ (5) ระบบการติดตาม เฝ้าระวัง และการส่งต่อ ซึ่งเชื่อมโยงเป็นระบบนิเวศการดูแล (Ecosystem of Care)



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง (Kham Muang SMI-V Care Model)

### 3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสัดส่วนระดับความรุนแรงของผลลัพธ์สำคัญก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล (n = 26)

ตัวแปรและระดับ	ก่อนการใช้รูปแบบ n (%)	หลังการใช้รูปแบบ n (%)
ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS)		
ระดับเล็กน้อย	0 (0.0)	26 (100.0)
ระดับปานกลาง	0 (0.0)	0 (0.0)
ระดับสูง	26 (100.0)	0 (0.0)
ระดับอาการทางจิต (BPRS)		
อาการระดับน้อย (≤ 36 คะแนน)	0 (0.0)	26 (100.0)
อาการระดับมาก (> 36 คะแนน)	26 (100.0)	0 (0.0)
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)		
ไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน)	1 (3.8)	26 (100.0)
ความเสี่ยงระดับน้อย (1-8 คะแนน)	23 (88.5)	0 (0.0)
ความเสี่ยงระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	1 (3.8)	0 (0.0)
ความเสี่ยงระดับรุนแรง (≥ 17 คะแนน)	1 (3.8)	0 (0.0)

หมายเหตุ: คะแนนที่ลดลงสะท้อนถึงความรุนแรงของผลลัพธ์ที่ลดลง

จากตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบ สัดส่วนระดับความรุนแรงของผลลัพธ์สำคัญก่อนและ

หลังการใช้รูปแบบการดูแลในกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย ก่อน การใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยทั้งหมดมีระดับความเสี่ยง

ต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) และอาการทางจิต (BPRS) อยู่ในระดับสูง ขณะที่หลังการใช้รูปแบบการดูแล พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีระดับความเสี่ยงและอาการทางจิตลดลงมาอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ก่อนการใช้

รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อยถึงรุนแรง อย่างไรก็ตาม หลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์สำคัญก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล (n = 26)

ตัวแปรผลลัพธ์	ก่อนการใช้รูปแบบ (Mean ± SD)	หลังการใช้รูปแบบ (Mean ± SD)	t	p-value
ระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS )	16.58 ± 2.23	0.96 ± 0.60	37.59	< .001*
อาการทางจิต (BPRS)	95.54 ± 8.16	21.92 ± 4.76	39.18	< .001*
ภาระในการดูแลของผู้ดูแล	4.55 ± 0.26	2.10 ± 0.36	30.86	< .001*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์สำคัญก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลในกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) อาการทางจิต (BPRS) และภาระในการดูแลของผู้ดูแล ลดลงภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$  ทุกตัวแปร) สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ในทิศทางที่ดีขึ้นหลังการดำเนินงาน

## อภิปรายผล

### 1. การพัฒนารูปแบบการดูแลตามบริบทและปัญหาของพื้นที่

ผลการศึกษาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรงพบว่า รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอคำม่วงเป็นรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในระยะเริ่มต้นของการวิจัยที่สะท้อนให้เห็นว่าระบบการดูแลเดิมขาดความต่อเนื่อง และชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการจัดการความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช การ

นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) เอื้อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะการดึงศักยภาพของ “ทุนทางสังคม” ในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีบทบาทเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1980) ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนของระบบบริการ รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาของ โกศล เจริญศรี (2566) ที่รายงานว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสามารถสนับสนุนการจัดการปัญหาผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในบริบทชนบทได้อย่างเหมาะสม

### 2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลต่อความรุนแรงและอาการทางจิต

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ในประเด็นสำคัญหลายด้าน โดยสามารถอภิปรายผลในด้านการลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้ดังนี้



2.1 ด้านการลดความเสี่ยงต่อการก่อ  
ความรุนแรง

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่ประเมินด้วยแบบประเมิน PVSS มีแนวโน้มลดลงภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลซึ่งสามารถอธิบายได้จากการมีระบบเฝ้าระวังทางสังคม (social surveillance) ที่เข้มแข็งมากขึ้น โดยชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสังเกต ติดตาม และส่งต่อสัญญาณความเสี่ยง ทำหน้าที่เสมือนกลไกเตือนภัยล่วงหน้า (early warning system) ส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าดำเนินการดูแลและจัดการความเสี่ยงได้อย่างทัน่วงที่ก่อนเกิดเหตุความรุนแรง

กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการความเสี่ยงเชิงพลวัต (dynamic risk management) ของ Douglas and Skeem (2005) ซึ่งเสนอว่าความเสี่ยงต่อความรุนแรงเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงได้และสามารถลดลงได้ผ่านการประเมินและการตอบสนองอย่างต่อเนื่องในบริบทจริง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิภรณ์ พลโคตร (2567) ที่รายงานว่าการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อระหว่างหน่วยบริการและชุมชนมีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2.2 ด้านการลดอาการทางจิตและ  
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนอาการทางจิตที่ประเมินด้วยแบบประเมิน BPRS และระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล ซึ่งสามารถอธิบายได้จากความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) ที่เชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนอย่างเป็นระบบ การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอช่วยลดปัญหาการขาด

ยา เสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา และลดโอกาสการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ส่งผลให้ผู้ช่วยมีเสถียรภาพทางอาการมากขึ้นและลดความเปราะบางด้านอารมณ์

ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร (2566) ที่ระบุว่า การดูแลต่อเนื่องในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการกำเริบของอาการและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (re-admission) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

2.3 ด้านผลลัพธ์การดูแลในชุมชน  
และภาระของผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยรวมมีแนวโน้มดีขึ้น ขณะเดียวกันระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและชุมชนในการแบ่งเบาภาระการดูแล (shared responsibility) การมีระบบสนับสนุนที่ชัดเจนช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับครอบครัวผู้ดูแล ทั้งในด้านความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรียาภัสสร เหล็กเพชร และคณะ (2567) ที่รายงานว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการมีเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชนสามารถลดความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสม และมีส่วนส่งเสริมความยั่งยืนของการดูแลในระยะยาว

### 3. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน พบว่า ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ (Key Success Factors) ของรูปแบบการดูแลนี้ ประกอบด้วย



3.1 การบูรณาการทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Integration): การทำงานร่วมกันอย่างไร้รอยต่อระหว่างฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง และตำรวจ ช่วยให้การจัดการภาวะวิกฤตมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

3.2 ความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน (Community Strength): การที่ชุมชนมีความตระหนักรู้และยอมรับบทบาทในการเฝ้าระวัง ช่วยสร้าง "ตาข่ายความปลอดภัย" (Safety Net) ที่ครอบคลุมในระดับพื้นที่

3.3 ระบบข้อมูลและการสื่อสารที่รวดเร็ว การมีช่องทางประสานงานด่วน (Hotline) และ การใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน (PVSS, BPRS) เป็นภาษากลางในการสื่อสาร ช่วยให้การตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องและแม่นยำ

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานที่พบในครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีปัญหาต่อความรุนแรง จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานของหลายภาคส่วน ความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน และระบบข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพร่วมกัน ปัจจัยดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลและลดช่องว่างในการจัดการความเสี่ยงในบริบทชุมชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ทั้งในด้านบริบทพื้นที่ ทรัพยากร และความพร้อมของระบบบริการ ซึ่งนำไปสู่ความจำเป็นในการอภิปรายข้อจำกัดของการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานในอนาคต

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงไปประยุกต์ใช้ โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานของทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และเครือข่ายชุมชน และการใช้ระบบเฝ้าระวังทางสังคมควบคู่กับเครื่องมือประเมินมาตรฐาน เพื่อสนับสนุนการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชีวิตจริงของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสังเกตสัญญาณความเสี่ยงและประสานการดูแลกับทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในระดับชุมชน โดยส่งเสริมกลไกความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุข ภาคการปกครอง และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง ควบคู่กับการพัฒนาระบบข้อมูลและช่องทางการสื่อสารที่เอื้อต่อการประเมินและจัดการความเสี่ยงอย่างทันทั่วถึง การกำหนดนโยบายที่สนับสนุนการดูแลแบบต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบการดูแล และลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและสารเสพติด*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2567). *สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- โกศล เจริญศรี. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ชนบท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 31(2), 45–58.
- ปรียากัสส์ เหล็กเพชร, สมชาย ใจดี, และอรัญ สุขเกษม. (2567). บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 38(1), 23–36.
- พิภรณ์ พลโคตร. (2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงโดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(4), 184-194
- ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร. (2566). การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดในระบบสุขภาพปฐมภูมิ. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 19(3), 67–81.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347–383.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Deakin University Press.
- McKetin, R., Lubman, D. I., Baker, A. L., Dawe, S., & Ali, R. L. (2014). Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: Evidence from a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 319–324.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford University Press.
- Nilsson, T., Hammarström, A., & Stattin, H. (2019). Substance use disorders and continuity of care: A longitudinal perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 1–8.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283–290.
- Wearne, T. A., Cornish, J. L., & McGregor, I. S. (2014). The impact of methamphetamine on mental health and violent behaviour. *Drug and Alcohol Review*, 33(3), 307–314.



World Health Organization. (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. WHO Press.

World Health Organization. (2024). *Mental health and social connection in Thailand*. Retrieved March 10, 2025, from <https://www.who.int>

แพทย์เพื่อสังคมในศตวรรษใหม่: สมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์  
เพื่อระบบสุขภาพไทย

Physicians for Society in the New Century: Desired Competencies of  
Medical Graduates for Thailand's Health System

บุญเรือง ขาวนวล<sup>1\*</sup> สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ<sup>2</sup> สุรัตน์ ตันติทวีวรกุล<sup>3</sup> และลิลดา ขันติ<sup>3</sup>

Boonruang Khaonuan<sup>1\*</sup> Suwat Wiriyaongsukit<sup>2</sup> Surat Tuntitaveevorakul<sup>3</sup> and Lilada Khanti<sup>3</sup>

<sup>1</sup>คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

<sup>2</sup>ศูนย์แพทย์แบบองค์รวม มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

<sup>3</sup>โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่

<sup>1</sup>Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Province

<sup>2</sup>Holistic Medical Center, Thaksin University, Phatthalung Province

<sup>3</sup>Krabi Hospital, Krabi Province

(Received: October 1, 2025; Accepted: December 27, 2025)

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไทยในศตวรรษที่ 21 อันเป็นผลจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ทำให้บทบาทของบัณฑิตแพทย์จำเป็นต้องขยายจากการมุ่งเน้นการรักษาเชิงรายบุคคล ไปสู่การเป็น “แพทย์เพื่อสังคม” ที่สามารถทำงานเชิงระบบและเชิงพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยในอนาคต และเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนวิชาชีพแพทย์ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้บริหารมหาวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตร์ศึกษา อาจารย์และนิสิตสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้เรียนในอนาคต ผู้ใช้บัณฑิต ผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ องค์กรวิชาชีพ และภาคประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความเข้าใจระบบสุขภาพและบทบาทเวชศาสตร์ครอบครัว (2) ความเข้มแข็งด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการดูแลทางคลินิกแบบองค์รวม (3) การคิดเชิงระบบด้านสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพ (4) คุณธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม (5) สมรรถนะด้านการแพทย์เชิงบูรณาการ และ (6) สมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัล นวัตกรรม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์และนโยบายกำลังคนแพทย์ เพื่อหนุนเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยในอนาคต

คำสำคัญ : แพทย์เพื่อสังคม สมรรถนะบัณฑิตแพทย์ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

\*ผู้ประสานงานบทความ (Corresponding Author): บุญเรือง ขาวนวล อีเมล: Boonruang@tsu.ac.th



## Abstract

The transformation of Thailand's health system in the 21st century—driven by population aging, the increasing burden of non-communicable diseases, health inequities, and reforms in primary health care and health decentralization—has necessitated a shift in the role of medical graduates from individual clinical care toward becoming physicians for society who can effectively operate at both system and community levels. This study aimed to explore the desired competencies of medical graduates for driving Thailand's future health system and to synthesize policy implications for medical workforce development. This qualitative study employed in-depth interviews and focus group discussions with diverse stakeholders, including university administrators, medical education experts, faculty members and students in health science disciplines, future learners, employers of medical graduates, health policy makers, local government organizations, healthcare providers across all service levels, professional organizations, and civil society representatives. Data were analyzed using content analysis and thematic analysis.

The findings identified six core domains of desired competencies for medical graduates: (1) understanding of the health system and the role of family medicine; (2) strong biomedical foundations and holistic clinical care; (3) systems thinking in public health and health promotion; (4) humanistic values, ethics, and social responsibility; (5) competencies in integrative medicine; and (6) competencies in digital health, innovation, evidence-based practice, and lifelong learning. These integrated competencies encompass clinical, health system, social, and technological dimensions. The findings provide empirical evidence to inform competency-based medical education, curriculum development, and health workforce policy to strengthen and sustain Thailand's health system in the future.

**Keywords :** Socially Accountable Physicians, Medical Graduate Competencies; Primary Health Care, Holistic Health Care

## บทนำ

ระบบสุขภาพไทยในศตวรรษที่ 21 กำลังเผชิญ การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างจากหลายปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และความท้าทายจากภัยคุกคามสุขภาพรูปแบบใหม่ เช่น โรคอุบัติใหม่ ภัยพิบัติ และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (World Health Organization [WHO], 2018; Thai Health Promotion Foundation, 2023) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ความต้องการบริการสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น และต้องการการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับชุมชนและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ภายใต้บริบทดังกล่าว แนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care: PHC) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นฐานรากสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) และการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ โดยเน้นการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การบูรณาการการดูแลระหว่างระดับบริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ (World Health Organization & UNICEF, 2018; Starfield, 1998) สำหรับประเทศไทย การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการผ่านพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของบริการใกล้บ้านใกล้ใจ และการจัดบริการแบบทีมหมอบรรลุเพื่อการดูแลต่อเนื่องและไร้รอยต่อ (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) อย่างไรก็ตาม ความท้าทายด้านระบบสุขภาพไทยมิได้จำกัดอยู่เพียงการจัดบริการ หากแต่รวมถึงปัญหาด้านกำลังคนสุขภาพ โดยเฉพาะกำลังคนวิชาชีพแพทย์ ทั้งใน

มิติการกระจายตัว ความสอดคล้องของสมรรถนะกับภารกิจบริการ และความสามารถในการทำงานเชิงระบบ รายงานสถานการณ์กำลังคนสุขภาพของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยจะมีการเพิ่มจำนวนบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงเผชิญปัญหาการกระจายกำลังคนที่ไม่สมดุล และความท้าทายในการรักษากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิและพื้นที่ชนบท (World Health Organization, 2024) ประเด็นดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะของแพทย์ให้สอดคล้องกับบทบาทในระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพในมิติการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่สำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2565; Health Systems Research Institute, 2022) การถ่ายโอนดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ และเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพกับการพัฒนาท้องถิ่นอย่างบูรณาการ อย่างไรก็ตาม งานศึกษาหลายฉบับชี้ให้เห็นว่าการถ่ายโอน รพ.สต. สร้างทั้งโอกาสและความท้าทายต่อคุณภาพบริการ มาตรฐานการกำกับดูแล และความมั่นคงด้านกำลังคน โดยเฉพาะความพร้อมของบุคลากรในการทำงานภายใต้โครงสร้างการบริหารใหม่ และความสามารถในการประสานงานระหว่างหน่วยบริการหลายระดับ (Health Systems Research Institute, 2022; Ministry of Public Health, 2023) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้บทบาทของแพทย์ในอนาคตจำเป็นต้องขยายจากผู้ให้บริการทาง



คลินิกไปสู่การเป็นผู้นำเชิงระบบ ผู้ประสานเครือข่าย และผู้สนับสนุนการพัฒนาสุขภาพเชิงพื้นที่ ในระดับสากล การปฏิรูปการศึกษาแพทย์ได้เน้นการผลิตแพทย์ที่มีสมรรถนะเชิงระบบ ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และมีความรับผิดชอบต่อสังคม โดยงานสำคัญของ Frenk และคณะ (2010) ชี้ว่าการพัฒนาบุคลากรสุขภาพในศตวรรษใหม่ต้องเชื่อมโยงการศึกษาเข้ากับระบบสุขภาพจริง ขณะที่มาตรฐานการศึกษาของ World Federation for Medical Education (WFME, 2020) และแนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) เสนอให้การผลิตแพทย์ยึดความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทสังคมเป็นศูนย์กลาง (Boelen & Woollard, 2011)

ดังนั้น การกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์เพื่อระบบสุขภาพไทยในอนาคต จึงเป็นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากบริบทจริงของประเทศ โดยเฉพาะในช่วงการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพปฐมภูมิและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ งานวิจัยเชิงคุณภาพที่เปิดพื้นที่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วนสะท้อนมุมมองอย่างรอบด้าน จึงมีความจำเป็นเพื่อสังเคราะห์กรอบสมรรถนะที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตระบบฝึกประสบการณ์ และการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยในอนาคต จากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน และเพื่อเสนอข้อเสนอนโยบายด้านการผลิตและพัฒนา

กำลังคนวิชาชีพแพทย์ ในการหนุนเสริมระบบสุขภาพของประเทศไทย

### ระเบียบวิธีการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจและสังเคราะห์มุมมองเชิงลึกของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ เพื่อรองรับการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไทยในอนาคต การออกแบบการวิจัยยึดแนวคิดการพัฒนากำลังคนสุขภาพเชิงระบบ (Systems-based Health Workforce Development) และแนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคมของสถาบันผลิตบุคลากรสุขภาพ (Social Accountability) เป็นกรอบในการตั้งคำถามวิจัยและการตีความข้อมูล เพื่อให้ผลการศึกษาสะท้อนบริบทจริงของระบบบริการสุขภาพไทย โดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักและการคัดเลือก: ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกโดยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการผลิต การใช้บัณฑิตแพทย์ และการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 9 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้บริหารมหาวิทยาลัยและผู้กำหนดนโยบายด้านการผลิตบัณฑิตแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตรศึกษา อาจารย์และนิสิต/นักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้เรียนในอนาคตและผู้เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายโรงเรียนและผู้ปกครอง ผู้ใช้บัณฑิตและผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์และองค์การวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพ และผู้แทนองค์กรภาคประชาชนและภาคประชาสังคม

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดสมรรถนะกำลังคนสุขภาพ กรอบมาตรฐานแพทยศาสตร์ศึกษา และนโยบายระบบสุขภาพไทย แนวคำถามออกแบบให้มีความยืดหยุ่น เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์และมุมมองเชิงลึก ครอบคลุมประเด็นหลัก 3 ด้าน ได้แก่ (1) บทบาทและความคาดหวังต่อแพทย์ในระบบสุขภาพไทยในอนาคต (2) สมรรถนะที่จำเป็นของบัณฑิตแพทย์เพื่อรองรับบทบาทดังกล่าว และ (3) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์ การจัดการเรียนรู้ และการฝึกประสบการณ์ในระบบบริการ เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน และได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม-ตุลาคม 2568 โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง เพื่อสร้างความไว้วางใจและทำความเข้าใจบริบทของผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด การเก็บข้อมูลดำเนินการทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าและรูปแบบออนไลน์ตามความเหมาะสมของบริบทและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มได้รับการบันทึกเสียงเมื่อได้รับความยินยอม พร้อมทั้งมีการจดบันทึกภาคสนาม (Field Note) เพื่อบันทึกบรรยากาศการสนทนา ปฏิสัมพันธ์ และข้อสังเกตเชิงบริบทที่อาจไม่ปรากฏในข้อความถอดเทป การเก็บข้อมูลดำเนินไปควบคู่กับการทบทวนข้อมูลเบื้องต้น เพื่อปรับแนวคำถามให้ลึกและเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นตามประเด็นที่ค้นพบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มถูกถอดเทปเป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความถูกต้องก่อนการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้แนวทางผสมผสานระหว่างการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) โดยอาศัยทั้งการเข้ารหัสเชิงอุปนัย (Inductive Coding) จากข้อมูลภาคสนาม และการเข้ารหัสเชิงนิรนัย (Deductive Coding) จากกรอบแนวคิดสมรรถนะกำลังคนสุขภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิ และนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยเริ่มจากการอ่านทวนข้อมูลหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหา จากนั้นกำหนดรหัสข้อมูลจากข้อความที่สะท้อนบทบาท ความคาดหวัง และสมรรถนะของบัณฑิตแพทย์ และจัดกลุ่มรหัสที่มีความใกล้เคียงกันเป็นหมวดหมู่เชิงเนื้อหา เพื่อสร้างโครงสร้างข้อมูลอย่างเป็นระบบ ต่อมาได้สังเคราะห์หมวดหมู่เชิงเนื้อหาเป็นประเด็นย่อย และพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (Main Themes) ที่สะท้อนสาระสำคัญของสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์ในมิติคลินิก ระบบสุขภาพ และสังคม การพัฒนาและปรับปรุงประเด็นดำเนินการแบบวนซ้ำ โดยย้อนกลับไปตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลดิบอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล เพื่อเสริมความเชื่อมั่นและความเข้มแข็งของผลการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามกรอบแนวคิดของ Lincoln และ Guba โดยใช้ การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ดังนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data Triangulation): โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร หน่วยงานบริการ ผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์ นักศึกษา และภาคประชาชน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องและความแตกต่างของประเด็นที่ค้นพบ

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการ (Method Triangulation): โดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ร่วมกับการจัดบันทึกภาคสนาม เพื่อยืนยันข้อค้นพบจากหลายวิธีการเก็บข้อมูล

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation): โดยการอภิปราย ทบทวนรหัสข้อมูล หมวดหมู่ และประเด็นร่วมกับนักวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อช่วยลดอคติในการตีความข้อมูล

นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) การทบทวนโดยเพื่อนผู้ร่วมวิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) และการจัดทำหลักฐานกระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (Audit Trail) เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความโปร่งใส ตรวจสอบย้อนกลับได้ และสะท้อนมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบด้าน

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ

วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล

### ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วนสะท้อนฉันทามติร่วมกันว่า การเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะการเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการจัดการสุขภาพเชิงพื้นที่ ทำให้บทบาทของบัณฑิตแพทย์ต้องปรับเปลี่ยนจากการเป็นผู้ให้บริการรักษาเชิงรายบุคคล ไปสู่การเป็น “แพทย์เพื่อสังคม” ที่มีสมรรถนะเชิงระบบ เชิงเครือข่าย และความรับผิดชอบต่อสังคม

การสังเคราะห์ข้อมูลสามารถจัดกลุ่มเป็น 6 ประเด็นหลัก (Themes) โดยแต่ละประเด็นประกอบด้วยรหัสและประเด็นย่อยดังนี้:

#### 1. สมรรถนะด้านความเข้าใจระบบสุขภาพและบทบาทเวชศาสตร์ครอบครัว (Health System Literacy and Family Medicine Role)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “เข้าใจโครงสร้างระบบสุขภาพ (HS1) การดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ (HS2) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (HS3) บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (HS4)”

ข้อค้นพบ: ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับความเข้าใจโครงสร้างระบบสุขภาพไทยและบทบาทของแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยเฉพาะความสามารถในการประสานงานทีมสหวิชาชีพและ

เครือข่ายทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ รวมถึงการยึดหลักเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้ระบบบริการ “เป็นหนึ่งเดียว” ทั้งเชิงคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพ สมรรถนะย่อยที่ถูกกล่าวถึง ได้แก่ การจัดการผู้ป่วยเรื้อรังแบบทีม (Team-based Chronic Care), การส่งต่อที่มีคุณภาพ, การบริหารจัดการรายกรณี (Case Management) และภาวะผู้นำที่สร้างสรรค์ในหน่วยบริการและชุมชน

เสียงสะท้อน: “แพทย์รุ่นใหม่ต้องรู้ว่าตัวเองอยู่ตรงไหนของระบบ ไม่ใช่รักษาเสร็จแล้วจบ แต่ต้องเชื่อมต่อกับทีมและชุมชนได้” (EMP1)

## 2. สมรรถนะด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการดูแลทางคลินิกแบบองค์รวม (Biomedical and Holistic Clinical Competency)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “ความรู้พื้นฐานการแพทย์เข้มแข็ง (CL1) การใช้เหตุผลทางคลินิก (Clinical Reasoning) และความปลอดภัย (CL2) การดูแลแบบองค์รวม (CL3) และการรับมือโรคเรื้อรังและสังคมสูงวัย (CL4)”

ข้อค้นพบ: ผู้ใช้บัณฑิตและผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่า “แกนกลาง” ของความเป็นแพทย์ยังคงอยู่ที่ ความเข้มแข็งของพื้นฐานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และความสามารถทางคลินิก ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย วางแผนการรักษา ติดตามผล และดูแลอย่างปลอดภัย พร้อมทั้งขยายสู่การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงการรับมือสถานการณ์สุขภาพยุคใหม่ เช่น สังคมสูงวัย ผู้ป่วยหลายโรค โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภัยคุกคามสุขภาพ/ภัยพิบัติ ผู้ใช้บัณฑิตและผู้ทรงคุณวุฒิด้านแพทยศาสตร์ศึกษาย้ำว่า แม้บทบาทแพทย์จะเปลี่ยนไป แต่ความเข้มแข็งด้านคลินิกยังคงเป็นรากฐานสำคัญ อย่างไรก็ตาม การดูแลต้อง

ขยายจากมิติทางชีวการแพทย์ไปสู่การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และบริบทชีวิตของผู้ป่วย

เสียงสะท้อน: “คนไข้ไม่ได้มีแค่โรค แต่มีชีวิต มีครอบครัว แพทย์ต้องมองให้ครบ” (MED-ED2)

## 3. สมรรถนะด้านการคิดเชิงระบบสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ (Systems Thinking, Health Promotion and Prevention)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “เข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพ (PH1) การสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ (PH2) การทำงานเชิงพื้นที่และนโยบายท้องถิ่น (PH3)”

ข้อค้นพบ: ผู้กำหนดนโยบายและองค์กรภาคประชาชนสะท้อนว่า แพทย์ในอนาคตต้องมีบทบาทเชิงรุกในการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ เข้าใจปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และสามารถทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนได้ แพทย์ในอนาคตต้อง “สร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ” โดยเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเชิงระบบ วางแผนเชิงพื้นที่ และทำงานร่วมกับองค์กรท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคประชาสังคม เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรม สมรรถนะย่อย ได้แก่ การใช้ข้อมูลสุขภาพชุมชนเพื่อการวางแผน การสื่อสารความเสี่ยง การทำงานเชิงนโยบายระดับพื้นที่ และการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

เสียงสะท้อน: “ถ้าแพทย์เข้าใจชุมชน จะป้องกันโรคได้มากกว่ารักษาที่หลัง” (LAO1)

## 4. สมรรถนะด้านคุณธรรม จริยธรรม และหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanism, Ethics, and Social Responsibility)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “จิตสาธารณะและ ความรับผิดชอบต่อสังคม (HU1) การสื่อสารกับผู้ป่วย อย่างมีมนุษยธรรม (HU2) ความพร้อมทำงานพื้นที่ ชนบท (HU3)”

ข้อค้นพบ: ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มให้ความสำคัญสูง กับคุณลักษณะด้านมนุษยธรรมและจริยธรรม โดยมอง ว่าเป็นหัวใจของความเป็นแพทย์และเป็นปัจจัยสำคัญต่อ ความไว้วางใจของสังคม ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มให้ ความสำคัญสูงกับ “หัวใจความเป็นมนุษย์” ของแพทย์ ได้แก่ ความเมตตา กรุณา ความเคารพศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ การสื่อสารอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยทุกกลุ่ม ความไวต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม และความ รับผิดชอบต่อสังคม รวมถึงความพร้อมในการทำงานใน ทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ สมรรถนะย่อยที่ถูกกล่าวถึง ได้แก่ ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism), จิตสาธารณะ, การสื่อสารข่าวร้ายและการตัดสินใจร่วม (Shared Decision Making) และการดูแลตนเองเพื่อความยั่งยืน ในวิชาชีพ

เสียงสะท้อน: “ความเก่งอย่างเดียวไม่พอ ต้อง มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ด้วย” (CIVIL1)

### 5. สมรรถนะด้านการแพทย์บูรณาการ (Integrative Medicine Competency)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “เน้นการแพทย์แผน ไทยและทางเลือก (IM1) การบูรณาการอย่างปลอดภัย (IM2) การสื่อสารทางเลือกการรักษา (IM3)”

ข้อค้นพบ: ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าบัณฑิตแพทย์ควรมีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมต่อการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก เพื่อบูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างมีหลักฐานและความปลอดภัย บัณฑิตแพทย์ควรสามารถประยุกต์และบูรณาการการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทย

และการแพทย์ทางเลือกอย่างเหมาะสม โดยยึดหลัก ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และการสื่อสารกับผู้ป่วย อย่างโปร่งใส เพื่อเพิ่มทางเลือกการดูแลสุขภาพแบบองค์ รวม สมรรถนะย่อย ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การประเมิน ข้อบ่งชี้และข้อห้าม การประสานการดูแลร่วมกับผู้ ประกอบวิชาชีพอื่น และการใช้หลักฐานสนับสนุนการ ตัดสินใจ

### 6. สมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัล นวัตกรรม และการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Digital Health, Innovation, and Lifelong Learning)

ข้อค้นพบจากการวิจัย: “สุขภาพดิจิทัลและ ข้อมูล (DH1) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (DH2) การ เรียนรู้ตลอดชีวิตและการปรับตัว (DH3)”

ข้อค้นพบ: ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายเน้น ว่าบัณฑิตแพทย์ต้องพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน เทคโนโลยี สามารถใช้ข้อมูล หลักฐาน และนวัตกรรม เพื่อการตัดสินใจเชิงระบบ และพัฒนาตนเองอย่าง ต่อเนื่อง ผู้บริหารและภาคนโยบายเน้นว่าบัณฑิตแพทย์ ต้องมีทักษะด้านเทคโนโลยีการแพทย์และสุขภาพดิจิทัล สามารถใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการ ตัดสินใจทางคลินิกและเชิงระบบ รวมถึงมีทักษะคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหาเชิงระบบ และสร้างนวัตกรรมเพื่อ สุขภาพ พร้อมเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต ปรับตัวได้ดี และมี ทักษะการสื่อสารในยุคดิจิทัล สมรรถนะย่อย ได้แก่ ความเข้าใจดิจิทัลและข้อมูล (Data Literacy), การแพทย์ทางไกล (Telemedicine), การประเมิน เทคโนโลยีสุขภาพเบื้องต้น และการทำงานร่วมกับสาขา อื่นเพื่อพัฒนานวัตกรรม

เสียงสะท้อน: “ระบบเปลี่ยนเร็ว แพทย์ต้อง เรียนรู้เร็วและเรียนรู้ตลอดชีวิต” (MOPH2)

ผลการวิจัยสะท้อนว่าสมรรถนะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตแพทย์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยในอนาคตมีลักษณะเชิงบูรณาการ ครอบคลุมคลินิก ระบบสุขภาพ สังคม เทคโนโลยี และคุณค่าความเป็นมนุษย์ ข้อค้นพบเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นฐานเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบายการผลิตและพัฒนากำลังคนแพทย์ การออกแบบหลักสูตรแพทยศาสตร์ และการจัดระบบฝึกประสบการณ์ที่ตอบโจทย์การพัฒนาสุขภาพไทยในระยะยาว

ข้อค้นพบจากการวิจัย สำหรับข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการผลิตและพัฒนากำลังคนวิชาชีพแพทย์จากการวิเคราะห์มุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลากหลายภาคส่วน พบว่า การพัฒนากำลังคนวิชาชีพแพทย์ของประเทศไทยในอนาคตจำเป็นต้องปรับกรอบนโยบายจากการมุ่งเน้น “การผลิตแพทย์เชิงปริมาณและทักษะคลินิกเป็นหลัก” ไปสู่การพัฒนากำลังคนแพทย์เชิงระบบที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเชิงพื้นที่ ข้อค้นพบเชิงนโยบายสามารถสังเคราะห์ออกเป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การปรับนโยบายการผลิตแพทย์สู่กรอบสมรรถนะเชิงระบบและความรับผิดชอบต่อสังคม ผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องว่า นโยบายการผลิตแพทย์ควรกำหนด “สมรรถนะเป้าหมาย” ที่สะท้อนบทบาทแพทย์เพื่อสังคมและระบบสุขภาพ มากกว่าการเน้นผลลัพธ์ด้านความรู้และทักษะคลินิกเพียงอย่างเดียว สมรรถนะดังกล่าวควรครอบคลุมความเข้าใจระบบสุขภาพ การทำงานเชิงเครือข่าย การคิดเชิงระบบสาธารณสุข และความรับผิดชอบต่อสังคม ข้อค้นพบสะท้อนความจำเป็นในการเชื่อมโยงนโยบายการผลิตแพทย์กับความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทพื้นที่ เพื่อให้บัณฑิต

แพทย์สามารถทำงานตอบโจทย์ระบบสุขภาพไทยได้จริง โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิและพื้นที่ชนบท

2. การพัฒนานโยบายหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า นโยบายด้านหลักสูตรแพทยศาสตร์ควรเพิ่มน้ำหนักการเรียนรู้ในบริบทระบบสุขภาพปฐมภูมิ การดูแลแบบต่อเนื่อง และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยควรเปิดโอกาสให้นิสิตแพทย์ได้เรียนรู้และฝึกประสบการณ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่านโยบายการผลิตแพทย์ควรเชื่อมโยงการเรียนรู้ในชั้นเรียนกับการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงของระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจเชิงระบบและเสริมสร้างทักษะการทำงานเชิงพื้นที่ตั้งแต่ระยะการศึกษา

3. การเชื่อมโยงนโยบายกำลังคนแพทย์กับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสะท้อนว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลโดยตรงต่อบทบาทและสมรรถนะของแพทย์ในอนาคต นโยบายกำลังคนแพทย์จึงควรเตรียมความพร้อมให้บัณฑิตแพทย์สามารถทำงานภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ที่หลากหลาย และสามารถประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่น ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบนี้สะท้อนความจำเป็นของนโยบายกำลังคนที่มีมองแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบการพัฒนาพื้นที่ ไม่ใช่เพียงบุคลากรทางคลินิกในสถานพยาบาล

4. การพัฒนานโยบายเสริมสร้างแรงจูงใจและความยั่งยืนของกำลังคนแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลจากหน่วยบริการและองค์กรวิชาชีพเห็นว่า นโยบายกำลังคนแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจในการทำงานใน



ระบบสุขภาพปฐมภูมิและพื้นที่ชนบท โดยไม่จำกัด เฉพาะมาตรการด้านค่าตอบแทน แต่รวมถึงการพัฒนา สภาพแวดล้อมการทำงาน ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ และการสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าความยั่งยืนของระบบ สุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับการผลิตแพทย์ใหม่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการรักษาและพัฒนาศักยภาพของ กำลังคนแพทย์ในระบบอย่างต่อเนื่อง

5. การบูรณาการนโยบายสุขภาพดิจิทัลและ นวัตกรรมในการพัฒนากำลังคนแพทย์ ผู้กำหนด นโยบายและผู้บริหารสะท้อนว่า นโยบายการผลิตและ พัฒนากำลังคนแพทย์ควรบูรณาการสมรรถนะด้าน สุขภาพดิจิทัล การใช้ข้อมูล และการสร้างนวัตกรรม เพื่อ รองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพใน อนาคต บัณฑิตแพทย์ควรได้รับการพัฒนาให้สามารถใช้ เทคโนโลยีสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ และนำข้อมูลไป ใช้ในการตัดสินใจเชิงคลินิกและเชิงระบบ ข้อค้นพบนี้ สะท้อนความจำเป็นของนโยบายกำลังคนที่เตรียมแพทย์ ให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและรูปแบบ การให้บริการสุขภาพใหม่ ๆ

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้ให้ข้อมูลเห็น พ้องว่า การกำหนดนโยบายการผลิตและพัฒนากำลังคน วิชาชีพแพทย์ควรอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์จากมุมมอง ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน เพื่อให้สอดคล้อง กับบริบทจริงของระบบสุขภาพไทย ข้อค้นพบจากการ วิจัยเชิงคุณภาพนี้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการ กำหนดนโยบายเชิงระบบ การออกแบบหลักสูตร แพทย์ศาสตร์ และการวางแผนกำลังคนแพทย์ในระยะ ยาว เพื่อหนุนเสริมความเข้มแข็งและความยั่งยืนของ ระบบสุขภาพประเทศไทย

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้สะท้อนฉันทามติจากผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียหลายภาคส่วนว่า “บัณฑิตแพทย์ในอนาคต” ต้องขยายบทบาทจากการรักษารายบุคคลไปสู่การเป็น แพทย์เพื่อสังคมและระบบสุขภาพ ที่ทำงานเชิงระบบ เชิงพื้นที่ และเชิงเครือข่ายได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับ ทิศทางสากลที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนา PHC เพื่อ UHC และ SDGs โดยเน้น 3 องค์ประกอบหลักคือ นโยบายข้ามภาคส่วน ประชาชน/ชุมชนเข้มแข็ง และ บริการปฐมภูมิพร้อมงานสาธารณสุขจำเป็น (WHO & UNICEF, 2018) ในบริบทไทย ข้อค้นพบยังสอดคล้อง กับกรอบกฎหมายระบบสุขภาพปฐมภูมิที่นิยามบริการ ปฐมภูมิเป็นบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเชื่อมโยง ข้อมูล/การส่งต่อระหว่างระดับบริการ โดยมีทีมหมอ ครอบครัวยุคใหม่เป็นแกน (Primary Health System Act, B.E. 2562)

1) ความเข้าใจระบบสุขภาพ-เวชศาสตร์ ครอบครัวยุคใหม่: จาก “รักษา” สู่ “จัดการการดูแลต่อเนื่อง” ข้อค้นพบด้านความเข้าใจระบบสุขภาพและบทบาทเวช ศาสตร์ครอบครัวยุคใหม่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังให้ แพทย์เป็น “ผู้เชื่อมระบบ” มากกว่าผู้รักษาเฉพาะ เหตุการณ์ กล่าวคือ ต้องเข้าใจโครงสร้างบริการหลาย ระดับ การดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ และการทำงานเป็น ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ PHC สากลที่เน้น บริการแบบบูรณาการและเชื่อมโยงระบบ (WHO & UNICEF, 2018) อีกทั้งสอดคล้องกับมาตรฐานการศึกษา ของ WFME ที่ปรับเป็น Principles-based และเน้น การตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของสังคม/ ระบบสุขภาพมากขึ้น (WFME, 2020) ในเชิงนโยบาย และการจัดการศึกษาแพทย์ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนการ ออกแบบหลักสูตรที่ทำให้ผู้เรียน “คิดและทำงานแบบ ระบบ” ตั้งแต่ก่อนจบ เช่น การฝึกภาคสนามในหน่วย

บริการปฐมภูมิ การฝึกประสบการณ์ส่งต่อ และการเรียนรู้ร่วมสหวิชาชีพ (Interprofessional Education) เพื่อให้สมรรถนะด้านระบบไม่เป็นเพียงทฤษฎี แต่เป็นทักษะที่ปฏิบัติได้จริง

2) วิทยาศาสตร์การแพทย์เข้มแข็งร่วมกับคลินิกองค์รวม: รากฐานเดิมที่ต้อง “ต่อยอดให้ทันโจทย์สังคมสูงวัย-โรคเรื้อรัง” ด้านความรู้พื้นฐานและสมรรถนะทางคลินิกแบบองค์รวมสะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูล “ไม่ได้ลดความสำคัญของคลินิก” แต่ต้องการให้คลินิกถูกยกระดับสู่การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริบทผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งเป็นโจทย์ของระบบสุขภาพไทยในระยะยาว (WHO, 2018) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะวิชาชีพแพทย์ร่วมสมัย เช่น CanMEDS ที่มองแพทย์ต้องมีบทบาทมากกว่าผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้สื่อสาร ผู้ร่วมมือ ผู้พิทักษ์สุขภาพ ผู้เรียนรู้ และผู้นำระบบ (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, n.d.; Thoma et al., 2023)

3) การคิดเชิงระบบสาธารณสุข-สร้างเสริมสุขภาพ: สอดรับ PHC และลดความเหลื่อมล้ำ ด้านการคิดเชิงระบบสาธารณสุขและการสร้างเสริมสุขภาพสะท้อนความคาดหวังให้แพทย์มีความสามารถด้าน Population Perspective เข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพและทำงานเชิงรุกมากกว่ารอรักษา ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ PHC ที่เน้น Essential Public Health Functions และการทำงานข้ามภาคส่วนเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงและความเหลื่อมล้ำ (WHO & UNICEF, 2018) นอกจากนี้ ข้อค้นพบยังสัมพันธ์กับหลักฐานเชิงระบบเรื่อง “ความเป็นธรรมด้านการกระจายแพทย์” ในไทย ซึ่งมีงานศึกษาที่ประเมินผลนโยบายจัดสรรแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขต่อความเป็นธรรมในการกระจายกำลังคน (Noree et al., 2023) เมื่อระบบต้อง

ตอบโจทย์ความเหลื่อมล้ำ แพทย์จึงต้องมีสมรรถนะในการทำงานกับข้อมูลระดับพื้นที่ การวางแผนเชิงระบบและการประสานกับท้องถิ่น/ชุมชนเพื่อสุขภาพเชิงรุก

4) หัวใจความเป็นมนุษย์-จริยธรรม-ความรับผิดชอบต่อสังคม: แก่นของ “แพทย์เพื่อสังคม” ข้อค้นพบที่เน้น Humanism และ Social Responsibility สอดคล้องกับแนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) ในการศึกษาแพทย์ที่เสนอให้สถาบันผลิตแพทย์ตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพของประชาชนและบริบทสังคมอย่างแท้จริง และสะท้อนในทิศทางมาตรฐานการรับรองคุณภาพที่ให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมมากขึ้น (Lindgren & Karle, 2011; WFME, 2020) นัยสำคัญคือ “สมรรถนะเชิงคุณค่า” ไม่ควรถูกวางเป็นเนื้อหาทฤษฎี แต่ควรฝังอยู่ในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้และการประเมินผล เช่น การสื่อสารอย่างเคารพศักดิ์ศรีผู้ป่วย การตัดสินใจร่วม (Shared Decision-making) และความสามารถในการทำงานในบริบทชนบท/ปฐมภูมิอย่างมีความสุขและยั่งยืน

5) การแพทย์บูรณาการ: ความเฉพาะของบริบทไทยที่ต้อง “รู้จริง-ใช้เป็น-ปลอดภัย” การแพทย์บูรณาการสะท้อนความต้องการให้แพทย์มีความรู้และทัศนคติในการทำงานร่วมกับการแพทย์แผนไทย/ทางเลือกอย่างเหมาะสมบนฐานความปลอดภัยและการสื่อสารที่ถูกต้อง แม้งานหลักฐานเชิงระบบในประเทศนี้มีความหลากหลาย แต่ข้อค้นพบชี้ว่าการเพิกเฉยต่อบริบทดังกล่าวอาจทำให้แพทย์สื่อสารกับผู้ป่วยไม่ทันต่อพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจริง ดังนั้น การกำหนดสมรรถนะขั้นต่ำด้าน Integrative Care เช่น การซักประวัติการใช้สมุนไพร/ทางเลือก การประเมินความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยง-ประโยชน์ จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในเชิงหลักสูตร



6) สุขภาพดิจิทัล-นวัตกรรม-การเรียนรู้ตลอดชีวิต: สมรรถนะจำเป็นของระบบสุขภาพยุคใหม่ ข้อค้นพบด้าน Digital Health และ Lifelong Learning สอดคล้องอย่างยิ่งกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของ WHO ที่ระบุว่า การขับเคลื่อนต้องอาศัยทั้ง “คน ระบบ และธรรมาภิบาลข้อมูล” (WHO, 2021) นอกจากนี้ เอกสารของ WHO ในปี 2024 ยังตอกย้ำความจำเป็นของสมรรถนะด้านนี้ในช่วงเปลี่ยนผ่าน (WHO Executive Board document, 2024) ข้อค้นพบจึงชี้ว่า การผลิตแพทย์ยุคใหม่ควรบูรณาการ Health Data Literacy, Evidence-based Decision-making, Telehealth Readiness และ Innovation Mindset เข้ากับการเรียนรู้ทางคลินิกและระบบสุขภาพ โดยต้องพิจารณาควบคู่กับจริยธรรมข้อมูลและความเสมอภาค

บทสรุป กรอบสมรรถนะ 6 ด้านจากการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบหลักสูตรแบบ Competency-based Medical Education การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร และการจัดระบบฝึกประสบการณ์ที่เชื่อมโยงระหว่างทุกระดับบริการ รวมถึงการพัฒนากลไกประเมินสมรรถนะที่สะท้อนผลลัพธ์จริงในระบบบริการสุขภาพ

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการถอดบทเรียนการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด. กระทรวงสาธารณสุข.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). การกระจายอำนาจด้านสุขภาพและการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). รายงานสุขภาพคนไทย 2566. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

## ข้อเสนอเชิงนโยบายและการนำไปใช้

1. ควรกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะ 6 ด้าน และเพิ่มสัดส่วนการเรียนรู้ในระดับปฐมภูมิ เวชศาสตร์ครอบครัว และการทำงานเชิงพื้นที่ รวมถึงบูรณาการประเด็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) และการสร้างเสริมสุขภาพในทุกชั้นปี
2. ควรพัฒนาระบบฝึกประสบการณ์แบบเครือข่าย (Network-based Training) ที่เชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อฝึกทักษะการดูแลต่อเนื่องไร้รอยต่อ (Seamless Continuity of Care) และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรใช้กรอบสมรรถนะเป็นฐานในการกำหนดมาตรฐานบัณฑิตแพทย์ การวางแผนกำลังคน และการจัดระบบแรงจูงใจเพื่อดึงดูดและรักษาแพทย์ให้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพปฐมภูมิและพื้นที่ชนบท
4. ควรสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนเทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อพัฒนาทักษะสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) และความเข้าใจข้อมูล (Data Literacy) ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเชิงระบบและการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ

- 
- Boelen, C., & Woollard, R. (2011). Social accountability and accreditation: A new frontier for educational institutions. *Medical Education*, 45(1), 23–30. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03713.x>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Lindgren, S., & Karle, H. (2011). Social accountability of medical education: Aspects on global accreditation. *Medical Teacher*, 33(8), 667–672. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.590245>
- Noree, T., Phathamavong, O., & Jitapunkul, S. (2023). Effect of doctor allocation policies on the equitable distribution of doctors in Thailand. *International Journal for Equity in Health*, 22, Article 187. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01956-1>
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2015). *CanMEDS 2015 physician competency framework*. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- Thoma, B., Caretta-Weyer, H., Schumacher, D. J., Borman-Shoap, E., & Chan, T. M. (2023). Becoming a CanMEDS scholar: A contemporary framework for medical education. *Academic Medicine*, 98(2), 181–187. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000005011>
- World Federation for Medical Education. (2020). *WFME global standards for quality improvement: Basic medical education*. WFME. <https://wfme.org/standards/bme/>
- World Health Organization. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals* (WHO/HIS/SDS/2018.15). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- World Health Organization. (2024). *Thailand: Human resources for health country profile*. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. <https://www.who.int/publications>
- World Health Organization, & UNICEF. (2018). *Declaration of Astana*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและแนวทางแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนกลไกของคณะกรรมการศูนย์  
ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนและการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ  
Developing a model for preventing and resolving road accidents through the  
mechanism of the Road Safety Operations Center Committee and community  
participation in Huai Thap Than District, Sisaket Province

สุรัชชัย จันทรศรี

Surachai jantharasri

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(Received: December 20, 2025; Accepted: December 25, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ  
1) พัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่ และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของ  
รูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความปลอดภัยของประชาชน กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย  
ผู้ให้ข้อมูลหลักในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 68 คน ได้แก่ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน  
ระดับอำเภอและท้องถิ่น และประชาชนในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 400 คน ที่ได้จากการสุ่ม  
ตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย กระบวนการ PAR 4 ระยะ และแบบสอบถาม  
ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ "Huai Thap Than Integrated Road Safety Model"  
ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ, การส่งเสริมการใช้  
ถนนอย่างปลอดภัย, การส่งเสริมยานพาหนะที่ปลอดภัย, การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่ปลอดภัย และการดูแล  
หลังเกิดอุบัติเหตุ 2) ภายหลังจากดำเนินงานตามรูปแบบ ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและ  
ความปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก 7.90 เป็น 8.42 คะแนน ( $p < .001$ ) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุ  
เพิ่มขึ้นจาก 3.40 เป็น 3.52 คะแนน ( $p = .020$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจาก 3.38  
เป็น 3.55 คะแนน ( $p = .003$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบยืนยันว่าการพัฒนาศักยภาพกลไกศูนย์  
ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลในการสร้าง  
ความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: อุบัติเหตุทางถนน, นโยบายความปลอดภัยทางถนน, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ศูนย์ปฏิบัติการความ  
ปลอดภัยทางถนน, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

## Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to: 1) develop a district-level model for preventing and resolving road traffic accidents, and 2) examine the effectiveness of the developed model on public knowledge, attitudes, and safety behaviors. The participants consisted of 68 key informants involved in model development, including members of the District and Local Road Safety Operation Centers, as well as 400 residents in Huai Thap Than District, Sisaket Province, selected through a multi-stage sampling process. The research instruments included a 4-phase PAR process and questionnaires assessing knowledge, attitudes, and behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results revealed that: 1) The developed model, termed the "Huai Thap Than Integrated Road Safety Model," comprises five key components: systematic road safety management, promotion of safe road use, promotion of safe vehicles, development of safe infrastructure, and post-crash care. 2) After implementation, residents showed a statistically significant increase in mean knowledge scores regarding traffic rules and safety from 7.90 to 8.42 ( $p < .001$ ), mean attitude scores toward accident prevention from 3.40 to 3.52 ( $p = .020$ ), and mean safety behavior scores from 3.38 to 3.55 ( $p = .003$ ). These findings confirm that strengthening the Road Safety Operation Centers' mechanism, combined with community participation, is an effective strategy for establishing sustainable local road safety.

**Keywords:** Road traffic accidents, Road safety policy, Community participation, Road Safety Operation Center, Participatory Action Research

## บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนนับเป็นวิกฤตปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่คุกคามความมั่นคงของมนุษย์และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2018) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุนี้ประมาณ 1.35 ล้านคนต่อปี และมีผู้ได้รับบาดเจ็บอีกกว่า 20–50 ล้านคน โดยการสูญเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างมีนัยสำคัญ (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ยังคงมีความรุนแรง ข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่ามีผู้เสียชีวิตสูงกว่า 17,000 รายต่อปี คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 5 แสนล้านบาท (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2565; สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย [TDRI], 2567ก)

ข้อมูลช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ที่สวนทางกับเป้าหมาย โดยอัตราการเสียชีวิตปรับตัวสูงขึ้นจาก 25.92 เป็น 26.86 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565–2570 ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 12 ต่อแสนประชากร (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน, 2565; TDRI, 2567ก) ทั้งนี้ กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงสุดได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีสัดส่วนการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 74.5 ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สถิติดังกล่าวบ่งชี้ว่ามาตรการที่มีอยู่อาจขาดประสิทธิภาพหรือไม่สอดคล้องกับบริบทของปัญหาในปัจจุบัน (WHO, 2018; TDRI, 2567ข)

อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ กำลังเผชิญกับสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนที่มีความรุนแรงเรื้อรัง ข้อมูลสถิติระหว่างปี พ.ศ. 2564–2567 ระบุว่า มีผู้บาดเจ็บรวม 2,510 ราย และผู้เสียชีวิต 40 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตระหว่าง 18.94–28.44 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกบ่งชี้ว่า ปัจจัยก่อเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้รถใช้ถนน ได้แก่ การดื่มแล้วขับ การใช้ความเร็วเกินกำหนด และการไม่สวมหมวกนิรภัย ประกอบกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่สำคัญที่สุดคือการขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ ส่งผลให้การบริหารจัดการจุดเสี่ยงและการบังคับใช้มาตรการทางสังคมยังขาดประสิทธิภาพ

แม้ผลการศึกษาในอดีตจะยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการลดอุบัติเหตุ แต่บริบทของประเทศไทยยังขาดรูปแบบการดำเนินงานเชิงระบบที่เชื่อมโยงนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในระดับฐานราก โดยเฉพาะปัญหาช่องว่างในการประสานงานระหว่างศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ความไม่สอดคล้องดังกล่าวทำให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปในลักษณะแยกส่วน (Fragmented) และขาดความยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research [PAR]) จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการจัดการที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง



ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน ทั้งนี้ เพื่อมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของกลไกความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่และสร้างต้นแบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การขยายผลเพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยทางถนนของประเทศต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแนวทางแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอห้วยทับทัน ผ่านกลไกคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนและการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในพื้นที่

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน โดยบูรณาการแนวคิดระบบความปลอดภัย (Safe System Approach) และมาตรการ 5E/4E ควบคู่กับการศึกษาเชิงปริมาณแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group pretest-posttest design) ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการพัฒนารูปแบบคัดเลือกโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 68 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อ.), คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.), ผู้แทนหน่วยงานการขนส่ง, และบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานอุบัติเหตุในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผล (Survey Sample) คือ ประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ และมีประสบการณ์การใช้รถใช้ถนน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการใช้เครื่องมือ 2 ประเภทหลัก ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย (Intervention Instrument) เครื่องมือหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหา คือ รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ อำเภอห้วยทับทัน (Huai Thap Than Integrated Road Safety Model) ซึ่งพัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ร่วมกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความปลอดภัยทางถนน 5E/4E ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ 2) การส่งเสริมการใช้ถนนอย่าง

ปลอดภัย 3) การส่งเสริมยานพาหนะที่ปลอดภัย 4) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่ปลอดภัย และ 5) การดูแลหลังเกิดอุบัติเหตุ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Instruments) ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งมิติเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชาชนจำนวน 400 คน แบ่งโครงสร้างออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประเภทยานพาหนะ ความถี่ในการใช้รถ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ และสถานะใบอนุญาตขับขี่

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุ ข้อคำถามเกี่ยวกับการประสพอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดจากอุบัติเหตุทางถนน

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน (Knowledge Test) เป็นข้อสอบปรนัยแบบเลือกตอบ (Multiple Choice) และแบบถูก-ผิด (True-False) เพื่อวัดระดับความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน (Attitude Scale) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ประเมินความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทศนคติต่อกฎหมายและมาตรการด้านความปลอดภัย

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชน (Behavioral Scale)

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ เพื่อประเมินความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย ได้แก่ ไม่เคยเลย น้อย บางครั้ง บ่อย และทุกครั้ง ครอบคลุมพฤติกรรมสำคัญ เช่น การสวมหมวกนิรภัย การคาดเข็มขัดนิรภัย การขับขี่ด้วยความเร็วที่เหมาะสม และการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่

2.2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Guideline) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ใช้สำหรับระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในระดับพื้นที่

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Quality Verification) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและถูกต้องตามหลักวิชาการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานและมีความเหมาะสม

3.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่าแบบทดสอบความรู้มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.85 ส่วนแบบวัดทัศนคติและพฤติกรรมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha) เท่ากับ 0.88 และ 0.92 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (0.70) ทุกฉบับ

3.3 การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของเนื้อหาที่ได้จากการถอดบทเรียน

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการและวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาข้อมูลสถิติอุบัติเหตุย้อนหลังและบริบทพื้นที่ ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจุดเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่ายศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เพื่อกำหนดทิศทางและเป้าหมายการดำเนินงาน

### 2. ระยะวางแผนและพัฒนารูปแบบ

จัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อระดมความคิดเห็นและยกร่าง "รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ" (Huai Thap Than Integrated Road Safety Model) โดยบูรณาการมาตรการ 5E/4E เข้ากับบริบทชุมชน พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน

### 3. ระยะดำเนินงานตามรูปแบบ

ขับเคลื่อนกิจกรรมตามแผนสู่การปฏิบัติ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 5 มิติ ได้แก่ 1) การจัดการระบบข้อมูล 2) การสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) การตรวจเช็คยานพาหนะ 4) การปรับปรุงกายภาพและจุดเสี่ยง และ 5) การเตรียมพร้อมระบบกู้ชีพฉุกเฉิน

### 4. ระยะประเมินผลและสะท้อนผล

ติดตามความก้าวหน้าและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยเปรียบเทียบข้อมูลความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมของประชาชน พร้อมจัดเวทีถอดบทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อสรุปผลสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และวางแนวทางสร้างความยั่งยืน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ และดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) จากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิการเข้าร่วมและการรักษาความลับของข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

2.1 ระยะก่อนการดำเนินงาน (Pre-test) เพื่อประเมินข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data) ด้านความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม

2.2 ระยะหลังการดำเนินงาน (Post-test) ดำเนินการเมื่อสิ้นสุดโครงการในระยะที่ 4 ด้วยเครื่องมือชุดเดิม เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลง

3. ดำเนินการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนและผู้นำชุมชน ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อครั้ง โดยมีการจดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียงเพื่อนำมาถอดบทเรียนและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูลจากการบันทึกทันทีหลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถิติ Paired t-test นำเสนอผลด้วยค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.), ขนาดความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean Difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%
3. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการจดบันทึก ตรวจสอบความถูกต้อง จัดหมวดหมู่ข้อมูล และสังเคราะห์สรุปเป็นประเด็นสำคัญที่สะท้อนสถานการณ์และแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รหัสจริยธรรมการวิจัย SPPH-2025-201

#### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และลักษณะการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ศึกษา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ศึกษายังคงมีความรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565-2567) พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นจาก 535 ราย เป็น 623 ราย ขณะเดียวกันอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรอยู่ในช่วง 19.03-28.44 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับนโยบายของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบสูงสุด ได้แก่ เพศชายและประชาชนวัยทำงาน โดยยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุมากที่สุดคือรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 79.7 ของอุบัติเหตุทั้งหมด สะท้อนถึงความเปราะบางของกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในบริบทพื้นที่ชนบท

จากการสำรวจประชาชนทั่วไปจำนวน 400 คน พบว่าร้อยละ 39.3 เคยประสบอุบัติเหตุทางถนน และในกลุ่มดังกล่าวมีผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้งถึงร้อยละ 19.1 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องของปัญหาและการขาดมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพสำหรับสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ สภาพถนนไม่ดี (ร้อยละ 24.8) รองลงมาคือ การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างการขับขี่ (ร้อยละ 24.2) และการขับขี่ด้วยความเร็วเกินกำหนด (ร้อยละ 22.9) ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนถึงข้อจำกัดทั้งในมิติด้านพฤติกรรมของผู้ใช้ถนน โครงสร้างพื้นฐาน และการบังคับใช้กฎหมายในระดับพื้นที่

2. ผลการพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน

จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 และ 2 ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ที่เน้นการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจของภาคีเครือข่าย นำไปสู่การพัฒนา "รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ อำเภอห้วยทับทัน" (Huai Thap Than Integrated Road Safety Model) ซึ่งมีโครงสร้างการดำเนินงานประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

2.1 การจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ (Safe Road Management System) มุ่งเน้นการสร้างกลไกการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน โดยมีคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นแกนหลักในการกำหนดนโยบาย จัดสรรทรัพยากร และเชื่อมโยงฐานข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาย่างตรงจุด

2.2 การส่งเสริมการใช้ถนนอย่างปลอดภัย (Safe Road Users) มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ใช้ถนนผ่านกระบวนการทางสังคมและการบังคับใช้กฎหมายชุมชน โดยเน้นการณรงค์สวมหมวกนิรภัย

การคาดเข็มขัดนิรภัย การไม่ขับขณะเมาสุรา และการใช้ความเร็วที่เหมาะสม ผ่านกลไกการทำงานของอาสาสมัครและเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวัง

2.3 การส่งเสริมยานพาหนะที่ปลอดภัย (Safe Vehicles) มุ่งเน้นให้ยานพาหนะมีสภาพพร้อมใช้งานและได้มาตรฐานความปลอดภัย โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ซึ่งเป็นยานพาหนะหลักของประชาชนในพื้นที่ ผ่านกิจกรรมบริการตรวจสภาพรถ และการให้ความรู้เรื่องการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

2.4 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่ปลอดภัย (Safe Roads and Mobility) มุ่งปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและแก้ไขจุดเสี่ยงในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการชี้เป้าจุดอันตราย และร่วมดำเนินการติดตั้งป้ายเตือน ไฟส่องสว่าง หรือกระจกโค้ง เพื่อลดความเสี่ยงทางกายภาพ

2.5 การดูแลหลังเกิดอุบัติเหตุ (Post-Crash Response) มุ่งพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนการแจ้งเหตุ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงการนำส่งโรงพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพทีมกู้ชีพ-กู้ภัยในชุมชน



3. ประสิทธิภาพของรูปแบบต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชน

ภายหลังการนำรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ (Huai Thap Than Integrated Road Safety Model) ไปใช้ในการดำเนินงาน พบว่าประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรและความปลอดภัยทางถนนเพิ่มขึ้นจาก 7.90 เป็น 8.42 คะแนน ( $p < .001$ )

คะแนนเฉลี่ยทักษะในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นจาก 3.40 เป็น 3.52 คะแนน ( $p = .020$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นจาก 3.38 เป็น 3.55 คะแนน ( $p = .003$ ) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ก่อนและหลังการดำเนินงาน( $n=400$ )

การวัดผล	ก่อนการดำเนินงาน (Mean ± S.D.)	หลังการดำเนินงาน (Mean ± S.D.)	ผลต่างเฉลี่ย (Mean Diff)	95% CI	t	p-value
ความรู้	7.90 ± 1.46	8.42 ± 1.12	0.517	0.372-0.661	-7.021	<.001*
ทัศนคติ	3.40 ± 0.98	3.52 ± 0.83	0.125	0.014-0.235	-2.230	.020*
พฤติกรรม	3.38 ± 1.02	3.55 ± 0.84	0.177	0.061-0.293	-3.011	.003*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ศึกษา ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ มีความรุนแรงและซับซ้อนจากปัจจัยหลายด้าน โดยข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565–2567) พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นจาก 535 ราย เป็น 623 ราย ขณะที่อัตราการเสียชีวิตอยู่ในช่วง 19.03–28.44 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายเชิงนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศอย่างต่อเนื่อง ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่การเข้าถึงมาตรการ

ป้องกันและการจัดการความเสี่ยงยังมีข้อจำกัด กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบสูงสุดคือเพศชายและประชาชนวัยทำงาน โดยรถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.7 ของอุบัติเหตุทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) ที่ระบุว่าผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นกลุ่มเสี่ยงหลักของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศรายได้ปานกลาง รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Peden et al. (2016) ที่ชี้ว่าเพศชายวัยทำงานมีแนวโน้มเกิดอุบัติเหตุสูง เนื่องจากพฤติกรรมการใช้ความเร็วและการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ผลการสำรวจประชาชนจำนวน 400 คน พบว่าร้อยละ 39.3 เคยประสบอุบัติเหตุทางถนน และใน

จำนวนนี้มีผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้งถึงร้อยละ 19.1 สะท้อนว่าการจัดการปัญหาในอดีตยังไม่สามารถลดความเสี่ยงได้อย่างยั่งยืน สาเหตุสำคัญ ได้แก่ สภาพถนนไม่ดี (ร้อยละ 24.8) การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดก่อนหรือระหว่างการขับขี่ (ร้อยละ 24.2) และการขับขี่ด้วยความเร็วเกินกำหนด (ร้อยละ 22.9) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระบบความปลอดภัยทางถนน (Safe System Approach) และกรอบ 5E/4E ที่มองว่าอุบัติเหตุเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของพฤติกรรมมนุษย์ ยานพาหนะ สิ่งแวดล้อม และกลไกการจัดการ (OECD, 2019)

รูปแบบการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนต่อความรู้ของประชาชน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของประชาชนหลังการดำเนินโครงการ (Mean = 8.42, S.D. = 1.12) สูงกว่าก่อนการดำเนินโครงการ (Mean = 7.90, S.D. = 1.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -7.021, p < .001$ ) แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มีประสิทธิผลในการยกระดับความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนของประชาชนในพื้นที่ศึกษา ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดของ Baum, MacDougall และ Smith (2006) ที่ระบุว่ากระบวนการ PAR ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน ซึ่งทำให้การเรียนรู้มีความหมายและยั่งยืนมากกว่าการให้ความรู้แบบถ่ายทอดทางเดียว นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ชี้ว่าการพัฒนาความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นพื้นฐานสำคัญของการลดพฤติกรรมเสี่ยงและการส่งเสริมความปลอดภัย

การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติของประชาชนต่อความปลอดภัยทางถนนหลังการดำเนินโครงการ ผลการวิเคราะห์พบว่าทัศนคติของประชาชนหลังเข้าร่วมโครงการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.23, p = 0.02$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลง แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความคิดเห็นที่สอดคล้องและเป็นเอกภาพมากขึ้นต่อประเด็นความปลอดภัยทางถนน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ซึ่งอธิบายว่าทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรม รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elliott et al. (2017) ที่พบว่าการรณรงค์ด้านความปลอดภัยทางถนนที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ใช้ถนนได้อย่างมีนัยสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนหลังการดำเนินโครงการเพิ่มขึ้นจาก 3.38 เป็น 3.55 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.011, p = 0.003$ ) สะท้อนว่าประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ปลอดภัยมากขึ้น และมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติมากขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green และ Kreuter (2005) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยทั้งปัจจัยนำ (ความรู้และทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งกระบวนการ PAR สามารถสนับสนุนองค์ประกอบเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rimal และ Lapinski (2009) ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

ผลเชิงสังเคราะห์และนโยบาย โดยสรุป ผลการวิจัยยืนยันว่า รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลทั้งในด้านการยกระดับความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการส่งเสริมพฤติกรรมที่ปลอดภัยของประชาชน ขณะเดียวกัน ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสะท้อนว่า ภาวการณ์ช่วยในพื้นที่ตระหนักถึงความจำเป็นของการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน ระดับอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างยั่งยืนจึงควรดำเนินการควบคู่กันทั้งด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Education และ Enforcement) การจัดการสภาพแวดล้อมและจุดเสี่ยง (Engineering และ Environment) และการเตรียมความพร้อมด้านการช่วยเหลือหลังเกิดอุบัติเหตุ (Emergency) ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนในระดับพื้นที่ และเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ควรขยายผลรูปแบบ "Huai Thap Than Integrated Road Safety Model" ไปยังอำเภอและจังหวัดใกล้เคียงที่มีลักษณะบริบทคล้ายคลึงกัน โดยปรับให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ทั้งนี้ควรเน้นการถ่ายทอดกระบวนการ PAR และการสร้างเครือข่ายผู้ขับเคลื่อนในพื้นที่ใหม่ให้มีความเข้มแข็ง เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

2. ควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืน โดยเฉพาะการจัดทำฐานข้อมูลอุบัติเหตุในระดับพื้นที่ที่เชื่อมโยงกับระบบระดับจังหวัดและระดับประเทศ การพัฒนาตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน และการสร้างกลไกการรายงานผลที่เป็นระบบ เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาแบบได้อย่างทันที่และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

#### ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว (Longitudinal Study) อย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานระยะยาว เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นสำหรับการขยายผล

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ชนบทห่างไกล หรือพื้นที่ที่มีเส้นทางหลวงตัดผ่าน เพื่อพัฒนาแนวทางการปรับใช้รูปแบบให้เหมาะสมกับความหลากหลายของบริบท และศึกษาต้นทุนและผลตอบแทนทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Benefit Analysis) ของการดำเนินโครงการเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการบรรจุรูปแบบ "Huai Thap Than Integrated Road Safety Model" เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดศรีสะเกษ พร้อมกำหนดให้เป็นวาระสำคัญของอำเภอโดยมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง กำหนดให้คณะกรรมการความปลอดภัยทางถนนระดับพื้นที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนใน

การกำกับติดตามและประเมินผล รวมทั้งสร้างกลไกการประสานงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ เพื่อให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ

ทางถนนเป็นวาระร่วมของทุกภาคส่วนและดำเนินการได้อย่างยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

1. ชัยยุทธ นามวงษ์, อัมพร บุญมา, และวิไล ศิริพันธ์. (2020). การวิเคราะห์ลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 18(2), 75–89.
2. กิตติพงษ์ ศรีสุวรรณ, วัชรกร ทองคำ, และสุภาพร มาลัยวงศ์. (2021). การพัฒนาระบบฐานข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนแบบบูรณาการ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(3), 458–472.
3. นิภา ศรีวิชัย, สมบัติ ใจดี, และอรรถพล พันธุ์ดี. (2021). การพัฒนาแบบจำลองศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนแบบบูรณาการในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 14(4), 234–249.
4. พรทิพย์ แก้วสอน, สมชาย จันทรเรือง, และวิภาวี ศรีบุญเรือง. (2021). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มข., 14(1), 45–58.
5. สมชาย จันทรเรือง, พรทิพย์ แก้วสอน, และนิภา ศรีวิชัย. (2022). แนวทางการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในภาคอีสาน. วารสารวิจัยสังคม, 45(1), 123–139.
6. ธนวัฒน์ พลแสน, สมชาย วงศ์ใหญ่, และนิภา แสงทอง. (2023). การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มรภ.ศรีสะเกษ, 5(1), 112–128.
7. สุรพล สุขสำราญ, นิภา ศรีวิชัย, และวิภาวี ศรีบุญเรือง. (2020). กลไกการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพชุมชน, 13(2), 67–82.
8. วิไลวรรณ ชัยชนะ, อนุชา ภูมิภาค, และธนวัฒน์ พลแสน. (2022). การพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยในวัยรุ่นไทย. วารสารนิเทศศาสตร์และนวัตกรรม นิด้า, 8(2), 78–94.
9. สุภาพร แสงจันทร์, อรรถพล พันธุ์ดี, และกิตติพงษ์ ศรีสุวรรณ. (2024). บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน. วารสารการบริหารท้องถิ่น, 17(1), 34–51.
10. อรรถพล พันธุ์ดี, สุภาพร แสงจันทร์, และธนวัฒน์ พลแสน. (2023). บทบาทของข้อบัญญัติท้องถิ่นในการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารนิติศาสตร์และการจัดการ, 12(3), 178–195.
11. Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
12. Arnstein, S. R. (1969). *A ladder of citizen participation*. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

13. Haddon, W., Jr. (1972). *A logical framework for categorizing highway safety phenomena and activity*. The Journal of Trauma, 12(3), 193–207.
14. Kanitpong, K., Boontob, N., & Tanaboriboon, Y. (2021). *Analysis of road traffic injury mortality in Thailand*. IATSS Research, 45(1), 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.iatssr.2020.06.001>
15. Phillips, R. O., Ulleberg, P., & Vaa, T. (2021). *Meta-analysis of the effect of road safety campaigns on accidents*. Accident Analysis and Prevention, 48, 1204–1218. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2011.08.013>
16. Saengow, U., Assanangkornchai, S., Casswell, S., & Suphanchaimat, R. (2021). *The impact of helmet law enforcement on motorcycle-related injuries and deaths in Thailand's southern border provinces*. Accident Analysis and Prevention, 159, 106297. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2021.106297>
17. Sukhai, A., Jones, A. P., Haynes, R., & Rodgers, S. E. (2020). *Community-based road safety interventions in South Africa: A participatory action research approach*. Injury Prevention, 26(5), 431–437. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043423>
18. Mulholland, E., Nguyen, H. T., & Pham, C. V. (2023). *Community-led versus government-led road safety interventions in Vietnam*. Global Health Action, 16(1), 2178594. <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2178594>
19. Rahman, A., Islam, M. M., & Rahman, M. (2023). *Multi-level intervention to promote helmet use in Bangladesh*. BMC Public Health, 23(1), 456. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15401-2>
20. Vasudevan, V., Nambisan, S. S., & Singh, A. K. (2023). *Interventions to reduce motorcycle crashes in developing countries*. Transport Reviews, 43(2), 248–272. <https://doi.org/10.1080/01441647.2022.2098874>